

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie

Vom 16. Juni 2016

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1	Formales Vorgehen	3
2.2	Begründung der in der Psychotherapie-Richtlinie vorgenommenen Änderungen	3
3	Würdigung der Stellungnahmen	23
4	Bürokratiekostenermittlung.....	23
5	Verfahrensablauf	29
6	Fazit.....	30
7	Anhang: Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens	31
7.1	Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt wurde.....	31
7.2	Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren	32
7.3	Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren	72
7.4	Synopse der Psychotherapie-Richtlinie zum Stellungnahmeverfahren.....	109
7.5	Fristgerecht eingegangene schriftliche Stellungnahmen der in Tabelle 1 aufgeführten Institutionen/ Organisationen.....	172
7.6	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen.....	251
7.7	Mündliche Anhörung und Wortprotokoll	324

1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 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.

Mit dem am 16. Juli 2015 beschlossenen Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz GKV-VSG) hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V aufgegeben, in seinen Richtlinien bis zum 30. Juni 2016 Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens zu beschließen.

Bei der gegenständlichen Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) hat der G-BA die in der Gesetzesbegründung zum GKV-VSG aufgeführten Aspekte zu Grunde gelegt:

„Mit dem neuen Satz 3 wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, diese Rahmenbedingungen bis zum 30.06.2016 weiterzuentwickeln. Ziel dieser Weiterentwicklung ist eine effektivere psychotherapeutische Versorgung. Neben einer Bündelung von Ressourcen und einem zielgenaueren Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel sind zur Erreichung dieses Ziels gegebenenfalls auch weitere Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen.

Bei der Umsetzung des Auftrags hat der Gemeinsame Bundesausschuss klarstellende Regelungen zu treffen, die ermöglichen, dass Versicherte im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Regelung angemessene psychotherapeutische Leistungen zur Krankenbehandlung erhalten können. Hierbei sind auch die Regelungen der Selbstverwaltung zu Höchstgrenzen der Stundenkontingente und zur Neubeantragung einer Psychotherapie innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss einer Therapie einer Überprüfung zu unterziehen.

Zur Verringerung von Wartezeiten hat der Gemeinsame Bundesausschuss Regelungen zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden zu treffen. Diese sollen für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen. In diesen Sprechstunden sollen ein Erstgespräch und eine individuelle Beratung über verschiedene Versorgungsangebote möglich sein. Ziel der Sprechstunden ist insbesondere, eine kurzfristige Abklärung des Behandlungsbedarfs zu ermöglichen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Maßnahmen zur Förderung der Gruppentherapie zu treffen. Dazu müssen Umsetzungshindernisse für die Gruppentherapie, die derzeit nur in geringem Umfang durchgeführt wird, beseitigt werden. Damit wird mehr Versicherten eine zeitnahe psychotherapeutische Versorgung ermöglicht.

Weiterhin wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, das Antrags- und Gutachterverfahren nach §§ 25 ff. der Psychotherapie-Richtlinie zu vereinfachen. Dazu legt er unter anderem fest, in welchen Fällen eine Begutachtung entfallen könnte. Für die Kurzzeit- und die Gruppentherapie ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu prüfen, ob diese generell vom Antrags- und Gutachterverfahren zu befreien sind oder ob dieses durch

eine einfaches Anzeigeverfahren ersetzt werden kann.“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/4095, S. 99 - 100)

Die gegenüber dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung durch den Ausschuss für Gesundheit vorgenommenen Änderungen zu § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V werden wie folgt begründet:

„Mit der Änderung wird der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), seine Psychotherapie-Richtlinie bis zum 30. Juni 2016 zu überarbeiten weiter präzisiert und insoweit um die zu fördernden Elemente frühzeitige diagnostische Abklärung, Akutversorgung und Rezidivprophylaxe ergänzt.

Die frühzeitige diagnostische Abklärung soll die Einschätzung weiterer Behandlungsnotwendigkeiten und einen zielgerichteten Einsatz therapeutischer Maßnahmen ermöglichen. Ziel der zu treffenden Regelungen zur Förderung der Akutversorgung und der Rezidivprophylaxe ist es, einen zeitnahen Zugang sowie erforderlichenfalls eine optimierte psychotherapeutische Behandlung für chronisch kranke Patienten zu gewährleisten.

Die Definition und Ausgestaltung der zusätzlich einzuführenden Elemente obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen der Gesamtkonzeption zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. Die neuen Elemente können auch Bestandteil der einzurichtenden Sprechstunden werden. Diese sollen für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen. Ziel dieser Sprechstunden ist es insbesondere, zeitnah ein Erstgespräch, eine kurzfristige Abklärung eines psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs und eine individuelle Beratung über verschiedene Versorgungsangebote zu ermöglichen. Dies dient der Verringerung von Wartezeiten auf eine notwendige psychotherapeutische Behandlung.“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5123, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), S. 127)

2 Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Formales Vorgehen

Der Unterausschuss Psychotherapie hat in seiner Sitzung vom 12.03.2014 eine Arbeitsgruppe eingesetzt und damit beauftragt, verschiedene bereits vorliegende Reformvorschläge zu beraten und ein gemeinsames Konzept zur Strukturreform der ambulanten Psychotherapie zu entwickeln. Von Seiten der KBV und des GKV-SV wurden jeweils differenzierte Vorschläge zu einer Strukturreform der ambulanten Psychotherapie sowie zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben erarbeitet. Ergänzt wurden diese durch Vorschläge der Patientenvertretung. Auch weitere Institutionen und Fachgesellschaften reichten Vorschläge ein. Alle eingereichten Vorschläge wurden in der AG ausführlich diskutiert.

2.2 Begründung der in der Psychotherapie-Richtlinie vorgenommenen Änderungen

Die vorgeschlagenen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie dienen der Umsetzung der Anforderungen aus dem GKV-VSG (Begründung in chronologischer Reihenfolge).

§ 1 Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenkasse

In Absatz 1 wird die Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung dargestellt, nämlich eine seelische Krankheit gemäß § 2; dieser Passus ist unverändert. Darüber hinaus

wird definiert, welche Leistungen der Richtlinien-therapie zugerechnet werden, nämlich Psychotherapeutische Verfahren nach § 15, und welche Leistungen nicht als Richtlinien-therapie, sondern als psychotherapeutische Leistungen definiert werden, nämlich Sprechstunde, Probatorische Sitzungen, Akutbehandlung nach § 13, sowie Psychosomatische Grundversorgung. Eine wesentliche Unterscheidung hierbei ist, dass bei der Behandlung in der Sprechstunde und in den Probatorischen Sitzungen noch keine seelische Krankheit eindeutig diagnostiziert sein muss, es vielmehr gerade Ziel dieser Leistungen ist, einen Verdacht auf eine seelische Erkrankung zu bestätigen oder auszuräumen. Bei der Akutbehandlung ist zwar von einer seelischen Erkrankung auszugehen, jedoch sind die Voraussetzungen für Richtlinien-therapie nach § 5 z.B. eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung oder verschiedene Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung auf der Basis gemeinsamer theoriegebundener Grundannahmen, eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen oder mehrere darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsmethoden für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen usw. nicht gegeben. Auf diesen Sachverhalt wird in den jeweiligen Paragraphen genauer eingegangen. Psychosomatische Grundversorgung ergänzt hingegen die Psychotherapie im Sinne der Richtlinie und wird daher nicht der Richtlinien-psychotherapie zugerechnet; eine genauere Spezifizierung erfolgt in Abschnitt C.

In Absatz 2 erfolgt eine klarstellende Ergänzung. Es wird definiert, welche Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit dem Terminus „Therapeutinnen und Therapeuten“ gemeint sind, dieser Passus befand sich zuvor in § 25 Absatz 1. Darüber hinaus wird die Begrifflichkeit der fachlichen Befähigung ergänzt, da bisher nur in den §§ 5 bis 7 der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt war, dass Erwachsenentherapeuten nur Patienten ab 18 Jahren behandeln dürfen und Kinder- und Jugendtherapeuten Patienten bis 21 Jahren. Diese Regelungen gelten nun auch entsprechend für die neuen Behandlungselemente, d.h. Sprechstunde, Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe. Eine Anpassung in der Psychotherapievereinbarung ist aus Gründen der Übersichtlichkeit dennoch vorgesehen.

In Absatz 3 wurde zudem klar gestellt, dass für alle Leistungen, die in der PT-RL geregelt werden, die Leistungserbringung auf die Therapeutinnen und Therapeuten beschränkt ist, die die Regelungen der Psychotherapie-Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen erfüllen. Dies bedeutet, dass bspw. die neue Leistung der Psychotherapeutischen Sprechstunde nur von Therapeutinnen oder Therapeuten erbracht werden können, die auch befugt sind, die Leistungen nach § 15 der PT-RL zu erbringen. Der Grund für diese Regelung ist, dass bei den neuen Leistungen eine unmittelbare Nähe zu den Psychotherapeutischen Verfahren nach § 15 besteht und eine Leistungserbringung ohne profunde Kenntnisse nicht zulässig sein kann. Die Psychosomatische Grundversorgung bildet hiervon eine Ausnahme, da sie auch von Ärzten mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation erbracht werden kann, die keine psychotherapeutische Behandlung nach § 15 erbringen können.

Es wurde der Absatz 4 ergänzt, der sich auf die Regelungen des Psychotherapeuten-Gesetzes für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bezieht. Da es immer wieder zu Unklarheiten bei der Beantragung von Therapien für Kinder und Jugendliche gekommen ist, wird hier eine Klarstellung vorgenommen.

In Absatz 8 wurde eine neue Regelung zur Erreichbarkeit der Therapeutinnen und Therapeuten aufgenommen, die einen besseren Zugang der Patientinnen und Patienten zur

psychotherapeutischen Behandlung gewährleisten soll. Zukünftig sollen alle Therapeutinnen und Therapeuten mit einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 150 Minuten die Woche und mit einem halben Versorgungsauftrag mindestens 75 Minuten pro Woche erreichbar sein. Die Erreichbarkeitszeiten sind in mindestens 25-Minuten-Einheiten zu erbringen. Für Therapeutinnen und Therapeuten, die eine Sprechstunde anbieten, gelten die getroffenen Regelungen nicht, da diese eine Erreichbarkeit von 250 Minuten die Woche bei einem vollen Versorgungsauftrag und 125 Minuten die Woche bei einem halben Versorgungsauftrag sicherstellen müssen (vgl. § 11 Abs. 5). Der Grund für die Regelung ist, dass nur ein Teil der Therapeuten eine sogenannte offene Sprechstunde anbietet, in der Patienten ohne vorherige Terminvereinbarung erscheinen können. Der Zugang zu dem anderen Teil der Therapeuten kann ausschließlich über eine vorherige Kontaktaufnahme erfolgen. Zielsetzung der neuen Regelung ist es, den Zugang der Patienten zur psychotherapeutischen Versorgung insgesamt deutlich zu verbessern. Therapeuten, die eine offene Sprechstunde anbieten, haben in der Regel auch eine Erreichbarkeit, die deutlich über den drei Stunden pro Woche liegt; die Regelung betrifft daher vorrangig die Therapeuten, die keine offene Sprechstunde anbieten, aber auch für Patienten erreichbar sein müssen. Der Patientin oder dem Patienten ist damit die Möglichkeit gegeben, sich nach den veröffentlichten Erreichbarkeitszeiten zu richten und schneller mit dem Therapeuten in ein erstes Gespräch zu kommen. Dieser Aspekt ist gerade unter dem Gesichtspunkt von zentraler Bedeutung, dass hier ein viel thematisiertes Defizit gesehen wird.

§ 4 Übergreifende Merkmale von Psychotherapie und § 10 Verbindung von Diagnostik und Therapie

Die Ergänzungen in Absatz 3 und 4 des bereits bestehenden § 4 „Übergreifende Merkmale von Psychotherapie“ sowie die Einfügung eines neuen Satz 4 in § 10 Absatz 1 „Verbindung von Diagnostik und Therapie“ dienen der Förderung der Gruppentherapie. Durch Benennung und Darstellung des Gruppensettings sowie die Vorgabe, dass die Möglichkeit der Behandlung in Gruppen bei der Indikationsentscheidung angemessen zu berücksichtigen ist – bereits zu Beginn der Richtlinie im Teil A „Allgemeines“ –, soll die Gruppenpsychotherapie als Behandlungsmöglichkeit und deren Gleichwertigkeit im Vergleich zur Einzeltherapie deutlich herausgestellt werden.

Häufig tritt im Rahmen der Entscheidung über eine mögliche Behandlung die Gruppentherapie eher in den Hintergrund; dies hat verschiedene Gründe.

Zunächst verfügen nicht alle Therapeuten über eine Qualifikation zur Erbringung von Gruppenpsychotherapie, so dass dieses Angebot nicht von allen Therapeuten vorgehalten werden kann. Zudem sind weitere organisatorische und strukturelle Vorhaltungen in der Praxis erforderlich und erschweren damit die Durchführung einer Gruppentherapie. Darüber hinaus ist auch in der Forschung erst in den letzten Jahren der Nachweis erbracht worden, dass Psychotherapie im Gruppensetting die gleiche Wirksamkeit wie im Einzelsetting haben kann. Dieser Entwicklung wird mit den eingefügten Passagen Rechnung getragen, in dem bereits an sehr prominenter Stelle, nämlich im Teil A „Allgemeines“, die verschiedenen Anwendungsformen gleichrangig dargestellt werden.

Im Übrigen weist der G-BA darauf hin, dass in der der Aus- und Weiterbildung die Qualifikation zur Durchführung der Gruppentherapie als fester Bestandteil vorgeschrieben werden sollte.

Darüber hinaus werden im Bundesmantelvertrag die Formularsätze (PTV) überarbeitet, mit dem Ziel, eine Gleichbehandlung der Einzel- und Gruppentherapie zu erreichen (u.a.

einheitliche Berichtsinhalte für alle Gruppen-PT-Verlängerungsanträge für die Mitglieder einer Gruppe, Entwicklung eines separaten Informationsblattes für die Gruppentherapie, Ergänzung eines Feldes für die Beantragung einer Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie und eines Feldes aus dem ersichtlich ist, ob die Therapie in Kooperation mit einem anderen Therapeuten erfolgt).

§ 9 Einbeziehung des sozialen Umfeldes

In § 9 wurde eine redaktionelle Änderung vorgenommen; der Begriff Beziehungsperson wurde aus Gründen der Einheitlichkeit in Bezugsperson umgewandelt. Zudem wurde ein Passus ergänzt, der klarstellt, dass es bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erforderlich sein kann, nicht nur Familienmitglieder bzw. die Partnerin oder den Partner einzubeziehen, sondern auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen. Solche relevanten Bezugspersonen können insbesondere Erzieher und Lehrer oder sonstige Personen sein, die unmittelbar und regelmäßig mit der Krankheit des Patienten konfrontiert sind – so zum Beispiel bei Kindern und Jugendlichen, die in einem Heim leben.

§ 10 Verbindung von Diagnostik und Therapie

Die bisherigen Ausführungen in § 10 sowie der neu eingefügte Satz 4 mit der Vorgabe, die Möglichkeit der Behandlung in Gruppen in angemessener Weise zu berücksichtigen, werden nun unter Absatz 1 geführt. Zudem wird ein neuer Absatz angefügt. In diesem wird die Durchführung einer frühzeitigen diagnostischen Abklärung geregelt. Diese findet in der Sprechstunde statt und beinhaltet eine „Orientierende Diagnostische Abklärung (ODA)“ und wenn notwendig eine „Differenzialdiagnostische Abklärung (DDA)“.

Einer frühzeitigen diagnostischen Abklärung der von der Patientin bzw. vom Patienten geschilderten Probleme und Symptome kommt im Hinblick auf eine effektive Steuerung und Zuweisung eine besondere Bedeutung zu. Dies begründet auch die Verortung der ODA und – wenn notwendig – der DDA bereits in der Sprechstunde. Zur orientierenden diagnostischen Abklärung der vom Patienten geschilderten psychischen Symptomatik sind in der Regel standardisierte diagnostische Instrumente einzusetzen, um die diagnostische Einschätzung der Therapeutin bzw. des Therapeuten zu fundieren/validieren.

Die ODA und – sofern erforderlich – die DDA bilden die Grundlage für die Verknüpfung der Diagnose bzw. Diagnosen mit unterschiedlichen Interventionsentscheidungen bis hin zur Indikationsstellung für eine spezifische Therapie für die Feststellung von Kontraindikationen sowie für die Bestimmung der Prognose, z.B. im Hinblick auf den weiteren Verlauf, die Remission der Symptomatik das Rückfallrisiko sowie auch bezüglich der Planung von weiterführenden Maßnahmen.

Zielsetzung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung ist eine erste Einschätzung des Behandlungsbedarfes des Patienten, um dem Patienten das geeignete Behandlungsangebot aufzuzeigen. Dabei kann es sich sowohl um eine Empfehlung für ein spezifisches Psychotherapieverfahren, als auch um alternative Versorgungsangebote (z. B. stationäre Behandlung, psychiatrische Behandlung, gemeinnützige Einrichtungen etc.) handeln. Bei einer Indikationsstellung für eine Richtlinientherapie erfolgt die Überprüfung der Psychotherapiefähigkeit des Patienten und der Passung zwischen dem Patienten, dem Therapeuten und dem gewählten Psychotherapieverfahren während der probatorischen Sitzungen.

§ 11 alt: Psychosomatische Grundversorgung

Der § 11 wird in Kapitel C § 23 Absatz 1 eingefügt.

§ 11 neu: Psychotherapeutische Sprechstunde

Um für Patientinnen und Patienten einen zeitnahen Zugang zur Therapeutin oder zum Therapeuten zu ermöglichen, und zur Flexibilisierung des Therapieangebotes wird ein neuer § 11 eingeführt, der die Erbringung von psychotherapeutischen Sprechstunden regelt.

Die Festlegungen in § 11 sollen sicherstellen, dass jede Patientin und jeder Patient vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen von ein bis maximal sechs Sprechstundeneinheiten à 25 Minuten (maximal 150 Minuten) die Art der vorliegenden Problematik zeitnah mit einer Therapeutin bzw. einem Therapeuten klärt. So ist insbesondere zu klären, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und ob ein psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht oder welche weiteren fachspezifischen Hilfen notwendig erscheinen. Die Zielsetzung der Sprechstunde ist dabei, das für den Patienten geeignete Versorgungsangebot zu finden, ihn entsprechend zu beraten und bei der Inanspruchnahme zu unterstützen. Sofern sich keine weitergehende Psychotherapeutische Behandlungsnotwendigkeit anschließt, ist es natürlich auch möglich nur eine Einheit à 25 Minuten zu erbringen.

Die Therapeutinnen und Therapeuten sind nicht verpflichtet, Sprechstunden anzubieten. Da der Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung für den Patienten über die Sprechstunde erfolgt (Ausnahmen sind in § 11 Abs. 8 geregelt), wird bei Therapeutinnen und Therapeuten, die keine Sprechstunde anbieten, die Sprechstunde durch eine andere Therapeutin oder einem anderen Therapeuten erbracht. Sofern in der Sprechstunde psychische oder psychisch bedingte Symptome festgestellt werden, ist eine orientierende diagnostische Abklärung (ODA) durchzuführen. Bei Bedarf kann auch eine differenzialdiagnostische Abklärung (DDA) erfolgen.

Sprechstunden finden im persönlichen Gespräch der Patientin oder des Patienten mit den Therapeutinnen und Therapeuten in den Praxisräumen statt. Bei Kindern und Jugendlichen kann hiervon insofern abgewichen werden, als das auch relevante Bezugspersonen ohne Anwesenheit der Patientin oder des Patienten eine Sprechstunde erhalten können. Beispiele können sein, dass Eltern zunächst die vermeintliche Symptomatik skizzieren wollen und eine erste Einschätzung über die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen einer psychotherapeutischen Versorgung erhalten; die Anwesenheit eines Kindes oder Jugendlichen könnte das Verhältnis zu den Eltern und beim Erfordernis einer psychotherapeutischen Behandlung auch zum Therapeuten belasten.

Um Patientinnen und Patienten die Kontaktaufnahme zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten zu erleichtern und einen zeitnahen Zugang zur Sprechstunde zu gewährleisten, ist eine gute Erreichbarkeit eines Ansprechpartners in einer psychotherapeutischen Praxis unverzichtbar. Aus diesem Grund ist eine der Bedingungen zur Erbringung von Sprechstunden, dass eine gute telefonische Erreichbarkeit gegeben ist. Daher haben Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag hierfür 250 Minuten pro Woche und Psychotherapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag 125 Minuten pro Woche zur Verfügung zu stellen. Die Regelung, dass die telefonische Erreichbarkeit mindestens in halbstündigen Zeiteinheiten gegeben sein muss, soll den Zugang für die Patienten erleichtern und auch eine ggf. erforderliche weitere telefonische Klärung des Anliegens ermöglichen. Vorgehensweisen wie beispielsweise eine telefonische Erreichbarkeit allein jeweils fünf Minuten vor der vollen Stunde sind nicht zulässig, da sie keinen schnellen, unkomplizierten

Zugang für Patienten gewährleisten. Die Zeiten der Erreichbarkeit sind eindeutig zu definieren und öffentlich zugänglich zu machen. Patientinnen und Patienten sollen sich schnell über Therapeutinnen und Therapeuten, die psychotherapeutische Sprechstunden anbieten, informieren können. Dazu sollen deren Namen und Adressen veröffentlicht werden (z.B. in den Arzt-/Therapeutenprofilen der KVen im Internet) und den Patienten bekannt gemacht werden. Ansprechpartner in der Praxis muss nicht der Psychotherapeut selbst sein, vielmehr kann die Erreichbarkeit durch Praxispersonal sichergestellt werden. Die Erreichbarkeitszeiten können durch elektronische Hilfsmittel wie z.B. einen Anrufbeantworter mitgeteilt, aber nicht abgedeckt werden.

Die Sprechstunde kann mit oder ohne Terminvergabe erfolgen; dies ist den organisatorischen Anforderungen der jeweiligen psychotherapeutischen Praxis überlassen und erfordert daher keine Vorgaben auf Bundesebene; die Entscheidung über die gewählte Organisationsform ist jedoch über die KV zu veröffentlichen.

Sofern Termine für eine Sprechstunde vergeben werden, ist die nach Absatz 1 Satz 1 erforderliche Zeitnähe jedenfalls dann gegeben, wenn eine den Zeitbedürfnissen der Patienten angemessenen Terminierung gefunden wird.

Bei der Terminvergabe ist selbstverständlich zu berücksichtigen, dass der schnellen Identifizierung von akuten Behandlungsfällen eine besondere Bedeutung zukommt. Die Sprechstunde ist vom Therapeuten persönlich, d. h. im unmittelbaren Patientenkontakt in einem Raum der Praxis zu erbringen, da eine Klärung und frühzeitige diagnostische Einschätzung vorzunehmen ist, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und dem Patienten dann entsprechende Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden sollen. Hierbei handelt es sich nicht nur um eine Beratung hinsichtlich eines zu wählenden Psychotherapieverfahrens, sondern auch um Aufklärung über alternative Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, bzw. bei Problemen, die noch keine psychische Störung mit Krankheitswert i.S. der Psychotherapie-Richtlinie darstellen (z.B. Erziehungsberatung, Eheberatung durch entsprechende Beratungsstellen in freier Trägerschaft) oder bspw. bei psychischen Erkrankungen, bei denen aktuell kein Behandlungsbedarf besteht (z.B. Selbsthilfegruppen, gemeindepsychiatrischer Dienst der Gesundheitsämter).

Um auf den jeweiligen Bedarf der Patientin oder des Patienten besser eingehen zu können, wurde zur Flexibilisierung der psychotherapeutischen Sprechstunde die Möglichkeit geschaffen, die Sprechstunde in Zeiteinheiten à 25 Minuten zu erbringen. Dies ermöglicht z.B. bei Patienten mit nicht ausreichender psychischer Belastbarkeit bzw. Konzentrationsfähigkeit eine sinnvolle Arbeit.

Um den besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen, können bei Einbeziehung von Bezugspersonen bis zu 10 Sprechstundeneinheiten à 25 Minuten (maximal 250 Minuten) durchgeführt werden.

Sofern nach einer Sprechstunde oder im Rahmen einer laufenden Psychotherapie ein Therapeutenwechsel stattgefunden hat, oder wenn ein Patient aus stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder aus rehabilitativer Behandlung nach § 40 Absatz 1 oder 2 SGB V aufgrund einer Diagnose nach § 26 mit einer weiterführenden ambulanten Therapieempfehlung entlassen wurde, kann auf die Durchführung von Sprechstunden verzichtet werden.

Im Rahmen der erfolgten ambulanten bzw. stationären oder rehabilitativen Vorbehandlung ist der psychotherapeutische Behandlungsbedarf hinreichend festgestellt und die Patientin bzw. der Patient über die Behandlungserfordernisse und -möglichkeiten informiert worden.

Ansonsten ist die Durchführung einer Sprechstunde vor einer psychotherapeutischen Behandlung verpflichtend.

Um dem mit der Einführung dieser neuen Leistung entstehenden Bedarf Rechnung zu tragen, insbesondere aufgrund der verpflichtenden Koppelung der Sprechstunde für Patienten zum Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung, sind diejenigen Therapeuten, die Psychotherapeutische Sprechstunden anbieten, verpflichtet, bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 100 Minuten pro Woche, im Falle eines hälftigen Versorgungsauftrages mindestens 50 Minuten pro Woche für Sprechstunden vorzuhalten. Bei der Bemessung der zur Verfügung zu stellenden Gesprächszeit kommt es – genau wie bei den Erreichbarkeitszeiten – auf den Umfang des Versorgungsauftrages (voll oder hälftig) entsprechend § 19a Zulassungsverordnung für Vertragsärzte an und nicht auf den Umfang der tatsächlich erbrachten Leistungen der Therapeutin oder des Therapeuten.

Der Konsiliarbericht oder eine unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung sind zur Inanspruchnahme der Sprechstunde zwar nicht obligatorisch, jedoch ist ein Konsiliarbericht vor einer psychotherapeutischen Behandlung verpflichtend einzuholen. Soweit weitere spezifische somatische Anzeichen für eine Erkrankung vorliegen, sind auch weitergehende somatische Abklärungen einzuleiten.

Eine der Zielsetzungen der Sprechstunde ist festzustellen, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung gemäß § 26 vorliegt, die die Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung nach § 15 ist.

Sofern sich im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung herausstellt, dass eine Richtlinientherapie nach § 15 sinnvoll ist, sollte einer eingehenden Beratung des Patienten Raum gegeben werden. Grundsätzlich lassen sich zwar alle in § 26 gefassten Krankheitsbilder durch die zugelassenen Verfahren behandeln. Es kann jedoch Faktoren geben (z.B. im Charakter des Patienten verankert), die ein Verfahren besser als das andere Verfahren geeignet erscheinen lassen. Zielsetzung des Absatzes 11 ist es, dass der Patient eine informierte Entscheidung für ein Verfahren treffen kann.

Um die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung sicherzustellen und um einen angemessenen psychotherapeutischen Behandlungsplan aufstellen zu können, ist es zwingend erforderlich, dass mögliche somatische Ursachen der Erkrankung vor Beginn psychotherapeutischer Behandlung nach dieser Richtlinie gemäß § 15 ausgeschlossen werden. Dies sollte bei Indikationsstellung für eine Akutbehandlung bereits im Rahmen der Sprechstunde veranlasst werden, damit das Ergebnis (Konsiliarbericht gemäß § 31) rechtzeitig vorliegt und eine notwendige psychotherapeutische Behandlung zeitnah begonnen werden kann, sofern eine Richtlinientherapie nach § 15 stattfinden soll, spätestens im Rahmen der Probatorischen Sitzungen.

Die Information und Beratung der Patientin und des Patienten über Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten ist ein essentieller Bestandteil der Sprechstunde. Damit der Patient auch nach der Sprechstunde auf diese Informationen zurückgreifen kann, wurde in Absatz 15 festgelegt, dass er von der Therapeutin oder vom Therapeuten ein Informationsblatt „Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte“ erhält, dem die wichtigsten Informationen zu den verschiedenen Psychotherapieverfahren und zum formalen Ablauf von ambulanter Psychotherapie gemäß dieser Richtlinie zu entnehmen sind. In dem Informationsblatt werden die Grundlagen der psychotherapeutischen Versorgung dargestellt (Richtlinienverfahren, Behandlungsformen, -setting, -umfang) und auch die bestehenden Regelungen erläutert, wenn Patienten innerhalb eines Zwei-Jahres-Zeitraums

eine weitere Kurzzeittherapie beginnen möchten. Hiermit soll klargestellt werden, dass die immer wieder vertretene Annahme, dass eine Pause von zwei Jahren zwischen zwei Richtlinientherapien notwendig ist, nicht zutrifft.

Die Patientin oder der Patient erhalten von der Therapeutin oder vom Therapeuten eine schriftliche Rückmeldung über das Ergebnis der Sprechstunde („Individuelle Patienteninformation“), als Hilfestellung für das weitere Vorgehen. Eine Version dieser schriftlichen Rückmeldung ist gemäß § 37 Absatz 1 auch Bestandteil der Patientendokumentation der Therapeutin oder des Therapeuten.

Das Nähere zu den beiden v. g. Informationsblättern regelt gemäß § 11 Absatz 15 Satz 2 die Psychotherapie-Vereinbarung. In der Psychotherapie-Vereinbarung werden bereits derzeit die Formulare definiert; daher ist es auch in diesem Kontext sinnvoll, die einheitlichen formalen Vorgaben für die Information der Therapeuten gegenüber den Patienten dort zu regeln. Die Informationsblätter werden dem G-BA zur Kenntnis gegeben.

Da es sich bei der Sprechstunde um eine neu zu schaffende Leistung handelt, soll innerhalb von fünf Jahren eine Evaluation dieser Leistung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgen. Gegenstand der Evaluation ist, ob die vom Gesetzgeber intendierten Ziele – Wartezeiten zu verringern, Patientinnen und Patienten einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten zu ermöglichen und durch individuelle Beratung über Versorgungsmöglichkeiten eine entsprechende Steuerung, sowie durch eine frühzeitige Abklärung des Behandlungsbedarfs eine Optimierung der psychotherapeutischen Behandlung zu erzielen – mit diesem Instrument erreicht werden konnten und je nach Ergebnis, welche Sachverhalte die Zielerreichung beeinträchtigt oder verhindert haben und welche Änderungen ggf. notwendig sind, um die vorbeschriebenen Ziele zu erreichen.

§ 12 Probatorische Sitzungen

Der Gemeinsamen Bundesausschuss hat gemäß § 92 Absatz 6a SGB V auch das Nähere über die probatorischen Sitzungen zu regeln. Die diesbezügliche Regelung beschränkte sich bisher auf den Leistungsumfang. Um auch hinsichtlich der Inhalte Klarheit und Verbindlichkeit zu schaffen, wird nun das Nähere zum Umfang und zu den Inhalten der probatorischen Sitzungen in einem eigens dafür geschaffenen neuen Paragraphen geregelt.

Probatorische Sitzungen dienen der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15. Notwendige Voraussetzung für eine Behandlung nach § 15 ist die Durchführung von mindestens zwei probatorischen Sitzungen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zwei weitere probatorische Sitzungen durchzuführen; insgesamt können also vier probatorische Sitzungen bei allen Verfahren durchgeführt werden.

Probatorische Sitzungen sind keine Psychotherapie im Sinne der Richtlinie und werden daher nicht auf die Therapiekontingente angerechnet. In den Probatorischen Sitzungen sollen weitere differenzialdiagnostische Abgrenzungen des Krankheitsbildes und eine Einschätzung der Prognose vorgenommen werden. Des Weiteren soll auch eine Klärung der Motivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit sowie der Verlässlichkeit des Patienten für die geplante Behandlung erfolgen. Dabei ist auch von beiden Seiten, also Patient und Therapeut, zu prüfen, ob das Verfahren zur Behandlung des Krankheitsbildes des Patienten geeignet erscheint.

Darüber hinaus besteht für den Patienten die Möglichkeit zu prüfen, ob er ein Vertrauensverhältnis zum Therapeuten aufbaut und sich bei diesem Therapeuten auf eine psychotherapeutische Behandlung einlassen kann.

Hierfür sind bei erwachsenen Versicherten vier probatorische Sitzungen von je 50 Minuten vorgesehen.

Um den besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen, können bei diesen bis zu sechs Sitzungen von je 50 Minuten durchgeführt und die Bezugspersonen bei Bedarf miteinbezogen werden.

Bei nicht ausreichender psychischer Belastbarkeit bzw. Konzentrationsfähigkeit des Patienten ist, wie bereits im EBM geregelt, auch eine Leistungserbringung in Einheiten von 25 Minuten möglich.

Probatorische Sitzungen sind im Einzelsetting zu erbringen, weil damit sowohl für den Psychotherapeuten als auch für den Patienten ausreichend Zeit und ein geschützter Raum zur genaueren Erfassung der Problematik, zum gegenseitigen Kennenlernen und zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zur Verfügung steht.

Da es sich bei probatorischen Sitzungen nicht um Richtlinienbehandlung handelt und diese auch nicht Teil des Therapiekontingentes sind, wird hier anstelle des Begriffes „Einzeltherapie“ der unspezifischere Begriff „Einzelbehandlung“ gewählt.

§ 13 Psychotherapeutische Akutbehandlung

An die Sprechstunden können sich bei Bedarf zwei verschiedene Behandlungswege anschließen, nämlich Probatorische Sitzungen mit anschließender Richtlinienbehandlung nach § 15 oder eine Akutbehandlung. Für Patientinnen und Patienten, die nach der Sprechstunde aufgrund der Art und der Akuität ihrer psychischen Symptome zeitnah psychotherapeutischer Behandlung bedürfen, wird eine psychotherapeutische Akutbehandlung eingeführt.

Der Zugang des Patienten zur psychotherapeutischen Behandlung findet grundsätzlich im Rahmen von Sprechstunden statt.

Ziel der psychotherapeutischen Akutbehandlung ist die Besserung akuter psychischer Krisen- bzw. Ausnahmezustände mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen aus den Verfahren nach § 15 dieser Richtlinie. Der Einschätzung einer möglichen Selbst- oder Fremdgefährdung sowie der Einleitung ggf. erforderlicher anderer Behandlungsmaßnahmen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Hierfür ist eine Zusammenarbeit der Therapeutin oder des Therapeuten mit zuweisenden und kooperierenden Fachgruppen sowie teilstationären und stationären Einrichtungen sinnvoll.

Die psychotherapeutische Akutbehandlung erfolgt als Einzelbehandlung mit einer Dauer von mindestens 25 Minuten, bei Erwachsenen höchstens 24-mal je Krankheitsfall, bei Kindern und Jugendlichen auch mit Einbeziehung von Bezugspersonen. Häufigkeit und Frequenz sind auf die Behandlungserfordernisse der jeweils vorliegenden psychischen Symptomatik auszurichten.

Um einen schnellen Zugang zu dieser Versorgung zu gewährleisten, besteht für den Therapeuten lediglich die Pflicht, den Beginn der psychotherapeutischen Akutbehandlung bei der zuständigen Krankenkasse anzuzeigen. Eine psychotherapeutische Akutbehandlung, die nicht bis spätestens 14 Tage nach Indikationsstellung begonnen wurde, erfüllt nicht den Zweck dieser neuen Versorgungsmöglichkeit und kann nicht mehr als psychotherapeutische Akutbehandlung bewertet werden.

Erbrachte Stunden in der Akutbehandlung sind Bestandteil des ersten Stundenkontingents der Kurzzeittherapie.

§ 14 Rezidivprophylaxe

Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe sind integraler und unverzichtbarer Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlung nach § 15 dieser Richtlinie. Der Einführung einer gesonderten Leistung zur Rezidivprophylaxe als eigenständiges Modul zur psychotherapeutischen Nachbehandlung im Gefolge einer regulär durchgeführten Psychotherapie bedarf es dagegen nicht. Ziel ist es, einem Wiederauftreten von bereits behandelten psychischen Symptomen nach Therapieende vorzubeugen bzw. den Patienten dazu zu befähigen, ein erneutes Aufkommen der Symptomatik frühzeitig wahrzunehmen und die diesbezüglich in der Behandlung erlernten Strategien und Bewältigungsmechanismen anzuwenden.

Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe sind bei der Behandlungsplanung einer Langzeittherapie angemessen zu berücksichtigen und können, sofern erforderlich, zum Behandlungsende einen Schwerpunkt der Behandlung darstellen. Es besteht auch die Möglichkeit, Maßnahmen zur Rückfallverhinderung nach Behandlungsende in einer längeren niederfrequenten Phase zu vermitteln und damit auch deren Wirksamkeit zu erproben. Hierfür besteht die Möglichkeit, das nicht ausgeschöpfte Behandlungskontingent nach bereits erfolgtem Behandlungsabschluss in der Langzeittherapie bei gegebener Notwendigkeit zur Rezidivprophylaxe zu verwenden. Der hierfür festgelegte Zeitraum beträgt ab Therapieende zwei Jahre.

Da die Regelungen der Richtlinie vorsehen, dass die verbliebenen bewilligten Stunden für die Rezidivprophylaxe bis zu zwei Jahre genutzt werden können und damit auch eine Unterbrechung für mehr als sechs Monate möglich ist – im Gegensatz zur sonst zulässigen Unterbrechung von bis zu sechs Monaten (vgl. § 11 Absatz 13 Psychotherapie-Vereinbarung) - soll eine Kennzeichnung der erbrachten Langzeittherapieleistungen erfolgen, die im Rahmen der Rezidivprophylaxe durchgeführt werden (z.B. über die Aufnahme einer Kennzeichnungspflicht für die betroffenen Gebührenordnungspositionen im EBM).

Um ein angemessenes Verhältnis des Einsatzes von Rezidivprophylaxe zur Richtlinien-therapie zu erreichen, ist vorgesehen, dass bei einem Abschluss der Therapie mit 40 bis 52 Stunden acht Stunden Rezidivprophylaxe erbracht werden können und bei einem Abschluss der Therapie nach mehr als 60 Stunden 16 Stunden Rezidivprophylaxe erbracht werden können. Wie bereits ausgeführt, sind die Stunden der Rezidivprophylaxe Bestandteil des nicht ausgeschöpften Restkontingents. und damit Bestandteil der Höchstgrenzen der jeweiligen Verfahren.

Die Entscheidung, ob eine Rezidivprophylaxe nach Abschluss der Behandlung erfolgen soll oder nicht, soll in den Behandlungsplan Eingang finden. Entsprechend ist auf dem Antrag für eine Langzeittherapie vorzusehen, dass verschiedene Optionen angegeben werden können:

- a) Abschluss der Behandlung mit X Stunden Rezidivprophylaxe
- b) Abschluss der Behandlung ohne Rezidivprophylaxe
- c) Einsatz von Rezidivprophylaxe noch nicht absehbar
- d) Weitere Therapiekontingente voraussichtlich erforderlich

Bei den Optionen c) und d) ist eine Begründung im Bericht an den Gutachter auszuführen, sofern der Langzeitantrag gutachterpflichtig ist.

Da es sich bei der Rezidivprophylaxe um eine neu zu schaffende Leistung handelt, soll innerhalb von 5 Jahren eine Evaluation dieser Leistung durch den G-BA erfolgen.

§ 20 Anwendungsformen

Punkt 2

Die bisherige Formulierung zur Gruppentherapie unter Punkt 2 sah vor, dass eine Gruppentherapie nur durchgeführt werden konnte, sofern sie therapeutisch erforderlich war und die entsprechenden gruppenspezifischen Prozesse genutzt werden konnten. Die neue Formulierung greift diesen Punkt auf und erweitert den Einsatzbereich der Gruppentherapie. Nun können Gruppentherapien Einsatz finden, wenn sie bereits förderlich für die Behandlung des Patienten sind. Das heißt, dass bei einer gleich guten Prognose des Behandlungsergebnisses im Einzel- wie im Gruppensetting beide Anwendungsformen gleichberechtigt Einsatz finden können.

Punkt 5

Die bisherige Regelung in der Psychotherapie-Richtlinie (§ 20 „Anwendungsformen“, Nr. 5) sieht für die psychoanalytisch begründeten Verfahren bei Erwachsenen eine Gruppengröße von „6 bis 9 Patienten“, bei Kindern und Jugendlichen „3 bis 9 Patienten“ und für die Verhaltenstherapie eine Gruppengröße von „2 bis 9 Patienten“ vor. Im Zuge der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie soll eine Vereinheitlichung dieser Vorgabe dahingehend erfolgen, dass bei der Behandlung von Patienten im Gruppensetting die Gruppe mindestens drei und höchstens neun Patienten umfasst.

Im Rahmen einer kursorischen Evidenzprüfung des G-BA zur Gruppengröße wurde die bestehende Gruppengröße bei psychoanalytisch begründeten Verfahren zwar im Wesentlichen bestätigt, jedoch zeigten sich keine Kontraindikationen für eine Gruppengröße von drei bis fünf Teilnehmern. Auf Grund von organisatorischen Schwierigkeiten oder regionalen Divergenzen kann es insbesondere zum Aufbau einer Gruppe sinnvoll sein, auch eine geringere Gruppengröße zuzulassen. Aus diesem Grunde wurde vom G-BA eine Gruppengröße von drei bis neun Patienten festgelegt.

Die bisher bestehende Festlegung zur Gruppengröße im Rahmen der Verhaltenstherapie erfolgte 1987 im Zuge der Aufnahme der Verhaltenstherapie in die Psychotherapie-Richtlinie und basierte auf dem damaligen Entwicklungsstand des Verfahrens und nicht auf Basis einer evidenzbasierten Prüfung anhand von wissenschaftlichen Studien. Seit ihrer Einführung in die Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter hat sich die Verhaltenstherapie, auch im Bereich der Behandlung in Gruppen, umfänglich weiterentwickelt.

Der Grund für die jetzige Anpassung liegt zum einen darin, dass in der Literatur auch für die Verhaltenstherapie in Gruppen Wirkfaktoren postuliert werden, die nur in Gruppen – zwei Personen sind per definitionem keine Gruppe – mit geeigneter Größe ausreichend Wirksamkeit entfalten können (z.B. spezifische Wirkfaktoren wie Rückmeldung erhalten, annehmen und geben, Unterstützung, Altruismus, Modelllernen, Rollenspiele). Zum anderen, weil keine der im Rahmen der evidenzbasierten Prüfung der Psychotherapie-Richtlinienverfahren zur Verhaltenstherapie in Gruppen gefundenen Publikationen/Studien „Behandlungsgruppen“ mit nur 2 Teilnehmern konzipiert, durchgeführt und untersucht haben. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Änderung der Vorgabe zur Gruppengröße geboten. Der G-BA hat daher auch bei der Verhaltenstherapie eine Gruppengröße von drei bis neun Teilnehmern festgelegt.

Wegen der eingeschränkten Erkenntnismöglichkeiten aus der vorliegenden Literatur überprüft der G-BA auf Basis von Routinedaten innerhalb von 4 Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen in § 20 deren Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der ambulanten Gruppenpsychotherapie. Ziel der Evaluation ist es, auf der Basis einer nichtpersonenbezogenen Auswertung von Routinedaten die Inanspruchnahme ambulanter Gruppenpsychotherapie vor Inkrafttreten der Regelung in § 20 Nr. 4 und deren Entwicklung in der Zeit nach Inkrafttreten zu vergleichen. Die Auswirkungen des Beschlusses sollen hinsichtlich der Verfahren differenziert dargestellt werden.

§ 21 Kombination von Anwendungsformen (alt § 19)

Absatz 3 (neu)

Grundsätzlich ist beim Antrag auf psychotherapeutische Behandlung anzugeben, in welchem Setting die Behandlung erfolgen soll. Wird eine Veränderung des bewilligten Behandlungssettings in der Kurzzeittherapie angestrebt, so war es bisher erforderlich einen Änderungsantrag zu stellen. Durch die neue Regelung ist dies nun nicht mehr erforderlich; vielmehr ist eine Anzeige der Änderung ausreichend. In der Langzeittherapie ist ein Umwandlungsantrag zur Änderung des Behandlungssettings erforderlich.

§ 27 Behandlungsumfang und -begrenzung (alt § 23)

Im § 27 werden einige Regelungsinhalte, die bisher in Folgeparagrafen eingeordnet waren, im Sinne einer Präambel vor die Kontingentschritte in § 28 gesetzt. Inhaltlich haben sich hier grundsätzlich keine Änderungen ergeben.

Die bisher bestehende Möglichkeit, eine Probetherapie durchzuführen wurde gestrichen. Einerseits zeigte sich, dass die Probetherapie nur noch in sehr wenigen Fällen Einsatz fand. Grund hierfür ist einerseits die Möglichkeit sowohl in der Verhaltenstherapie als auch in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eine Kurzzeittherapie im Sinne einer Probetherapie durchzuführen und andererseits besteht für die Analytische Psychotherapie (wie auch für die anderen Verfahren) die Möglichkeit, dass bei der Bewertung durch den Gutachter im Sinne einer Probetherapie nur ein erstes Therapiekontingent bewilligt wird.

In Absatz 3 wurde die Länge der Therapiestunden, die bisher in Absatz 2 des § 23a (alt) definiert wurde aufgegriffen; die Regelung wurde auf die Richtlinienpsychotherapie, d.h. Therapie nach § 15 zugespitzt. Zudem wurde die Verrechenbarkeit bei einer Kombinationsbehandlung ergänzt, die bisher in den § 23b Absatz 1 Nr. 3 und 4 (alt) geregelt wurde.

Die Regelung im Absatz 4 befand sich in § 23b Absatz 1 Nr. 2 (alt) und wurde nur redaktionell angepasst. Die Regelung zur Anrechenbarkeit wurde nur auf Erwachsene bezogen, da in § 11 Abs. 9 PT-Vereinbarung geregelt wird, wie die Einbeziehung von Bezugspersonen möglich ist und wie diese angerechnet werden.

Die Absätze 5 und 6 wurden vorangestellt, sie waren bisher in den § 23b Absatz 1 Nr. 2 und 4 (alt).

Der Absatz 7 wurde neu gefasst, drückt inhaltlich aber unverändert die Anrechnung der Kurzzeittherapiekontingente auf die Langzeitkontingente aus. Diese Regelung befand sich in § 23b Absatz 2 (alt).

§ 28 Therapieansätze in den Verfahren nach § 15 (alt 23a)

Absatz 1, vormals Nummer 1

Die vormalige Nummer 1 wurde gestrichen, da in diesem Abschnitt die Probatorischen Sitzungen hinsichtlich der verfügbaren Stunden beschrieben wurden. Dieser Absatz ist nun redundant, da für die Probatorischen Sitzungen der § 12 geschaffen wurde.

Nummer 1 und 2 (neu)

Nach der Abwägung heterogener Versorgungsanalysen wurde deutlich, dass ein relevanter Anteil der Patienten ihre Therapie innerhalb des jetzt geschaffenen ersten Kontingentschrittes (12 Stunden) abschließt. Die bisherige Kurzzeittherapie mit 25 Stunden wird daher in zwei Blöcke zu je 12 Stunden aufgeteilt.

Für Versicherte, die im ersten Abschnitt der Kurzzeittherapie (KZT 1) noch keine ausreichende Besserung erreichen konnten, besteht die Möglichkeit einer Fortsetzung der Behandlung, zunächst als KZT 2 oder bei weiterem Behandlungsbedarf auch durch Umwandlung der KZT als Langzeittherapie (LZT). Für komplexe Krankheitsbilder ist es weiterhin möglich, sowohl eine KZT als auch eine LZT durchzuführen. Unverändert kann eine LZT aus der Probatorischen Sitzung beantragt und eine KZT in eine LZT umgewandelt werden. In besonders begründeten Einzelfällen genehmigen die Krankenkassen darüber hinaus bereits heute Psychotherapien, die über die Kontingentgrenzen hinausgehen. Die Regelungen zur KZT in Gruppen wurden mit den Regelungen für die KZT im Einzelsetting zusammengeführt und sind nun so gefasst, dass diese zukünftig für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen gelten. Damit wird auch für Kinder die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung im Gruppensetting (KZT) möglich.

Nummer 6

Entfällt, vgl. § 27 und § 28 Nr. 1

Absatz 2

Entfällt, da die Dauer der Therapiestunde in § 27 geregelt ist.

§ 29 Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15 (alt § 23b)

Absatz 1

Im Rahmen der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie wurde von den Bänken des G-BA die Vereinbarung getroffen, die Höchstgrenzen der Psychotherieverfahren zunächst nicht zu verändern, da derzeit im G-BA im Rahmen der Prüfung der Richtlinien-Verfahren auch die maximalen Therapiestunden geprüft werden. Deshalb werden die Höchstkontingente mit 80 Stunden bei VT, 100 Stunden bei TP und 300 Stunden bei AP derzeit nicht geändert. In besonders begründeten Einzelfällen genehmigen die Krankenkassen darüber hinaus bereits heute Psychotherapien, die über die Kontingentgrenzen hinausgehen.

Grundsätzlich entfällt bei allen Verfahren ein Kontingentschritt, so dass sich die folgenden Bewilligungsschritte ergeben. Grund hierfür ist die Zielsetzung die Richtlinien-therapie insgesamt zu entbürokratisieren; gleichzeitig wurde angestrebt, nicht nur Anreize für die Erbringung von Kurzzeittherapie, sondern auch für Langzeittherapie bei entsprechenden Krankheitsverläufen zu setzen. Die bisherigen Erläuterungen zur Überschreitung des festgelegten Therapieumfanges wurden aus der bisherigen Nummer 9 nach vorne gezogen und den folgenden Nummern 1 bis 7 entsprechend als eine Art Präambel vorweg gestellt; die Höchstgrenzen wurden in den Nummern 1 bis 7 entsprechend integriert.

Einzeltherapie (Erwachsene)					
Analytische Psychotherapie		Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		Verhaltenstherapie	
„alt“	„neu“	„alt“	„neu“	„alt“	„neu“
160	160	50	60	45	60
240		80		60	
300	300	100	100	80	80
Einzeltherapie (Jugendliche)					
90	90	90	90	45	60
140		140		60	
180	180	180	180	80	80
Einzeltherapie (Kinder)					
70	70	70	70	45	60
120		120		60	
150	150	150	150	80	80
Gruppentherapie (Erwachsene) in Doppelstunden					
Analytische Psychotherapie		Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		Verhaltenstherapie	
„alt“	„neu“	„alt“	„neu“	„alt“	„neu“
80	80	40	60	45	60
120		60		60	
150	150	80	80	80	80
Gruppentherapie (Jugendliche) in Doppelstunden					
40	60	40	60	45	60
60		60		60	
90	90	90	90	80	80
Gruppentherapie (Kinder) in Doppelstunden					
40	60	40	60	45	60
60		60		60	
90	90	90	90	80	80

Nummer 1

Umsetzung der Änderung entsprechend der neuen Kontingentschritte und Ergänzung der Höchstgrenze.

Nummer 2

Umsetzung der Änderung entsprechend der neuen Kontingentschritte und Ergänzung der Höchstgrenze. Darüber hinaus wurden der erläuternde Abschnitt zur Behandlung von Indexpatienten und die Einbeziehung von Partner oder Familie in § 27 Absatz 4 überführt.

Nummer 3 (alt)

Der Abschnitt wurde gestrichen, da er bereits in § 4 Absatz 4 und § 27 enthalten ist.

Nummer 3 (neu)

Umsetzung der Änderung entsprechend der neuen Kontingentschritte und Ergänzung der Höchstgrenze. Die Angaben zur Taktung der Sitzungseinheiten der Verhaltenstherapie

wurden in den § 27 Absatz 6 überführt. Zudem wurden die Regelungen zur Kombination von Einzel- und Gruppentherapie gestrichen, da entsprechende Passagen bereits in § 4 Absatz 4 und § 27 enthalten sind.

Nummer 4 (neu)

Umsetzung der Änderung entsprechend der neuen Kontingentschritte und Ergänzung der Höchstgrenze.

Nummer 5 (neu)

Umsetzung der Änderung entsprechend der neuen Kontingentschritte und Ergänzung der Höchstgrenze.

Nummer 6 (neu)

Umsetzung der Änderung entsprechend der neuen Kontingentschritte und Ergänzung der Höchstgrenze.

Nummer 7 (neu)

Umsetzung der Änderung entsprechend der neuen Kontingentschritte und Ergänzung der Höchstgrenze.

Nummer 9 (alt)

Hier wurde eine Streichung vorgenommen; die Änderungen befinden sich nun direkt bei den Kontingentschritten. Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

§ 32 neu: Anzeigeverfahren

In der Begründung des GKV-VSG wird der Auftrag zur Ausgestaltung des Zugangs der Versicherten in die Psychotherapie wie folgt spezifiziert:

„Weiterhin wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, das Antrags- und Gutachterverfahren nach §§ 30 ff. der Psychotherapie-Richtlinie zu vereinfachen. Dazu legt er unter anderem fest, in welchen Fällen eine Begutachtung entfallen könnte. Für die Kurzzeit- und die Gruppentherapie ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu prüfen, ob diese generell vom Antrags- und Gutachterverfahren zu befreien sind oder ob dieses durch ein einfaches Anzeigeverfahren ersetzt werden kann.“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/4095, S. 100)

Dieser Auftrag wurde vom G-BA aufgegriffen und hat bei der Akutbehandlung Eingang gefunden. Damit ist bei akuten psychischen Störungen ein direkter Zugang zu einer ersten, entaktualisierenden und stabilisierenden Behandlung im jeweiligen Verfahren ohne Wartezeit möglich.

§ 33 Antragsverfahren

Eine wesentliche Zielsetzung des Gesetzgebers war u.a. eine Entbürokratisierung, die mit dem hier aufgegriffenen Vorstoß umgesetzt wird. Anträge auf Kurzzeittherapie sind demnach bewilligt, sofern analog zum § 13 Abs. 3a SGB V eine drei-wöchige Frist überschritten wird; ein offizieller Bescheid der Krankenkasse, wie derzeit üblich, ist damit bei Beantragung einer Kurzzeittherapie nicht mehr erforderlich. In § 13 Absatz 4 Satz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung wird geregelt, dass Krankenkassen grundsätzlich jeden Antrag einem Gutachter zur Prüfung übergeben können, sofern sie dies für erforderlich halten; aus diesem Grund ist auch auf die Möglichkeit hingewiesen, dass eine gutachterliche Stellungnahme eingeholt werden kann und sich damit die Frist auf fünf Wochen verlängert. Eine wesentliche Voraussetzung der Regelung zur sogenannten Genehmigungsfiktion ist, dass der Patient

eine Psychotherapie bei einem zugelassenen Therapeuten beantragt; Regelungstatbestände nach § 13 Abs. 3 SGB V werden hiermit nicht aufgegriffen.

§ 34 Gutachterverfahren

Die Änderungen im § 34 stellen klar, dass zukünftig grundsätzlich keine Gutachterpflicht für Kurzzeittherapien besteht, sondern nur für Langzeittherapien und ggf. für Fortführungstherapien, sowie in Ausnahmefällen nach § 13 Absatz 4 der Psychotherapie-Vereinbarung. Zudem wird geregelt, dass bei Anträgen auf Fortführung einer Langzeittherapie keine Verpflichtung zum Gutachterverfahren besteht, sondern dass ein Gutachter durch die Krankenkasse eingeschaltet werden kann; dies ist allerdings nicht verpflichtend.

In der Begründung zum GKV-VSG hat der Gesetzgeber dem G-BA aufgegeben, u.a. *„die Regelungen der Selbstverwaltung zur Neubeantragung einer Psychotherapie **innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss einer Therapie** einer Überprüfung zu unterziehen.“* (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/4095, S. 99, Hervorhebung durch den G-BA)

Der G-BA hat die angesprochene 2-Jahres-Frist geprüft. Nach seinem Verständnis bezieht sich die Formulierung in der Gesetzesbegründung auf die verbreitete, aber nicht zutreffende Annahme, es sei innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss einer Psychotherapie nicht möglich, eine neue Psychotherapie zu beantragen. Der G-BA weist darauf hin, dass eine neue Psychotherapie auch innerhalb dieser zwei Jahre beantragt werden kann. In § 11 Absatz 4 Satz 6 Psychotherapie-Vereinbarung wird hierzu lediglich vorgegeben, dass der Therapieantrag einem Gutachter vorzulegen ist, wenn zwischen dem Abschluss der vorherigen Therapie und dem Zeitpunkt der Antragstellung auf eine Kurzzeittherapie weniger als 2 Jahre verstrichen sind.

Die Regelung lautet: *„Die Krankenkasse hat diesen Antrag einem Sachverständigen zur Begutachtung vorzulegen (Gutachterverfahren). Das gleiche gilt, wenn nach Abschluss einer Therapie eine Kurzzeittherapie beantragt werden soll, es sei denn, dass zwischen dem Abschluss der Therapie und dem Zeitpunkt der Antragstellung ein Zeitraum von mehr als 2 Jahren liegt.“* (§ 11 Absatz 4 Satz 5 - 6 Psychotherapie-Vereinbarung)

Streichung § 26a alt: Befreiung vom Gutachterverfahren für die Kurzzeittherapie

Entsprechend des § 28 ist Kurzzeittherapie grundsätzlich nicht mehr gutachterpflichtig, daher kann die Ausnahmeregelung des vormaligen § 26a entfallen.

§ 35 Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter (alt § 26b)

Die Regelungen für die Gutachter wurden insgesamt neu gefasst. Die bisherige Aufzählung der Qualifikationsanforderungen der Gutachter nach Verfahren ist einer einheitlichen Darstellung gewichen. Da die Qualifikationsanforderungen im Wesentlichen inhaltsgleich waren, wurden diese zusammengefasst und gelten jeweils für das Verfahren, in dem eine Bewerbung auf eine Gutachtertätigkeit erfolgt. Das heißt, dass die Qualifikationen bei einem Gutachter für Verhaltenstherapie entsprechend für Verhaltenstherapie gelten müssen, bei Analytischer Psychotherapie für Analytische Psychotherapie und bei Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Neu ist hierbei, dass eine Bewerbung als Gutachter für einzelne oder aber auch für mehrere Verfahren möglich ist.

Dadurch ergibt sich insbesondere für die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eine Änderung. Bisher wurde die Meinung vertreten, dass Gutachter für Anträge in der

Analytischen Psychotherapie oder Anträge in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in beiden Verfahren ausgebildet sein sollten. Nur mit der Ausbildung in beiden Verfahren könne erkannt werden, dass eine Differentialindikation für eine Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Analytische Psychotherapie gegeben sei. Diese Regelung wurde durch die Möglichkeit zur Bewerbung bspw. auch nur auf die TP oder AP aufgegeben. Das Psychotherapeutengesetz setzt zur Erreichung der Fachkunde für jedes der drei Richtlinienverfahren einheitliche und hohe Ausbildungsstandards.

Ein Therapeut mit Fachkunde Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie kann fachlich entscheiden, welches Verfahren für seinen Patienten am besten geeignet ist.

Dieser fachlichen Entwicklung wird Rechnung getragen; zukünftig sollen in Ergänzung der bisherigen Rechtslage Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten als Gutachter Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien begutachten können.

Darüber hinaus wurden auch einige inhaltliche Änderungen durchgeführt:

Eine Änderung der Qualifikationsanforderung betrifft die Leistungserbringung der Gutachter selbst; so ist durch die veränderte Regelung nun vorgeschrieben, dass die Gutachter nicht nur drei Jahre an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben müssen, sondern dass sie auch zum Zeitpunkt der Bewerbung um die Bestellung als Gutachter grundsätzlich in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sein müssen. Die Kriterien für das Abweichen von diesem Grundsatz sind in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt.

Die zweite Änderung ist lediglich eine redaktionelle Änderung hinsichtlich des Alters des Bewerbers. Die Kriterien für das Abweichen von diesem Grundsatz sind in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt.

Die dritte Änderung zielt darauf ab, dass die Gutachter von Anträgen zur Gruppentherapie auch über die Qualifikation zur Erbringung von Gruppentherapie verfügen müssen. Der Grund hierfür liegt darin, dass teilweise Gutachter zur Bewertung von Berichten für Gruppentherapie herangezogen wurden, die selber nicht über eine entsprechende Qualifikation verfügen und folglich nur eine eingeschränkte Bewertung vornehmen können.

In Absatz 11 wurde zudem eine Übergangsregelung aufgenommen, die den bereits bestellten Gutachtern eine Tätigkeit bis zum Ende des Zeitraums ihrer derzeitigen Bestellung erlaubt.

§ 37 Schriftliche Dokumentation (alt § 12) und § 38 neu: Einsatz der Dokumentationsbögen

Im Rahmen der Überarbeitung der PT-RL wurde eine Konkretisierung der Dokumentationspflichten vorgenommen. Alle Leistungen, die im Rahmen dieser Richtlinie erbracht werden, sind schriftlich zu dokumentieren. Dabei werden Zeitpunkt, Symptomatik, diagnostischer und differenzialdiagnostischer Befund, Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen und Ergebnisse dokumentiert. Zudem wurde festgelegt, dass die neu hinzugekommene schriftliche Rückmeldung („Individuelle Patienteninformation“) sowie die Dokumentationsbögen gemäß § 38 zukünftig Bestandteil der Patientenakte sind. Die darin enthaltenen Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Die vom G-BA erarbeiteten und konsentierten Dokumentationsbögen werden eingeführt. Entsprechend der vorgesehenen Einsatzpunkte gibt es einen Dokumentationsbogen für den Behandlungsbeginn und einen Dokumentationsbogen für das Behandlungsende.

Zu Beginn und am Ende der Richtlinien-therapie werden verpflichtend die Dokumentationsbögen nach § 38 mit der Patientin oder dem Patienten ausgefüllt. Der Beginn definiert sich nach den probatorischen Sitzungen zu Beginn der Richtlinien-therapie nach §15 und das Ende vor den ggf. durchzuführenden Stunden zur Rezidivprophylaxe.

Die Dokumentationsbögen verbleiben in der Patientenakte. Ist bei Beantragung einer Psychotherapie oder deren Fortsetzung ein Bericht an den Gutachter erforderlich, wird der Dokumentationsbogen mit dem Bericht des Therapeuten an den Gutachter geschickt. Die Dokumentationsbögen sind als Anlage 2 Bestandteil der Richtlinie.

Es soll eine Evaluation der eingesetzten Dokumentationsbögen durchgeführt werden, das Nähere dazu regelt die Psychotherapie-Vereinbarung.

§ 40 Übergangsregelung

In § 40 wird geregelt, dass die am 16.06.2016 beschlossenen Änderungen ab dem 01.04.2017 angewendet werden sollen. Diese Frist ist erforderlich, da die Psychotherapie-Vereinbarung gemäß dieser Richtlinie angepasst und ergänzt werden muss. Folgende Änderungen ergeben sich direkt aus diesem Beschluss als Arbeitsauftrag:

Regelungsbereich	Regelungsinhalt
§ 11 Absatz 15 (Sprechstunde)	Allgemeines Informationsblatt und individuelle Patienteninformation müssen entwickelt werden, um sie dem Patienten in der Sprechstunde auszuhändigen.
§ 14 Absatz 5 (Rezidivprophylaxe)	Das Nähere zur Rezidivprophylaxe (insbesondere Aufnahme in die PTV-Formulare und Integration ins Gutachterverfahren).
§ 32 (Anzeigeverfahren)	Die Akutversorgung ist anzeigepflichtig. Das Verfahren hierzu muss entwickelt und bestehende PTV-Formulare angepasst werden.
§ 33 Absatz 4 (Antragsverfahren)	Das Antragsverfahren soll für die KZT in ein Antragsverfahren mit Genehmigungsfiktion umgeändert werden. Hierzu sind Änderungen an den bestehenden Regelungen erforderlich.
§§ 34 und 35 (Gutachterverfahren und Qualifikation Gutachter)	Das Gutachterverfahren wurde, wie vom Gesetzgeber gefordert, vereinfacht und entbürokratisiert und die Qualifikation der Gutachter angepasst. Dies führt zu erheblichen Änderungen in der Psychotherapie-Vereinbarung und bei den PTV-Formularen.
§ 38 Absatz 2 (Einsatz Dokumentationsbögen)	Es werden neue Dokumentationsbögen eingeführt. Das Nähere zur Evaluation und Dokumentation muss geregelt werden.

Auch die neu eingeführten Versorgungselemente der Sprechstunde und der Akutbehandlung sowie die veränderten Stundenkontingente müssen in die Psychotherapie-Vereinbarung integriert werden und führen zu Veränderungen an den PTV-Formularen. Ebenso müssen Übergangsregelungen für laufende Psychotherapien formuliert werden, um den Therapeutinnen und Therapeuten sowie den Patientinnen und Patienten die notwendigen Hilfestellungen zu geben.

Eine Anpassung der Psychotherapie-Vereinbarung kann jedoch erst erfolgen, wenn die Richtlinie im Bundesanzeiger veröffentlicht ist. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat zwei Monate Zeit, den Beschluss zu prüfen und zu beanstanden, sofern es von seinem Recht auf eine Verlängerung dieser Frist keinen Gebrauch macht. Sobald eine

Nichtbeanstandung vom BMG vorliegt, erfolgt eine Veröffentlichung des Änderungsbeschlusses der Psychotherapie-Richtlinie im Bundesanzeiger. Danach hat der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5b sechs Monate Zeit, die Vergütung der neuen Leistungen zu verhandeln. Sobald die Psychotherapie-Vereinbarung in ihrer geänderten Fassung in Kraft treten kann, sind alle PTV-Formulare neu zu drucken und an die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie von diesen an die Therapeutinnen und Therapeuten zu liefern. Bei den erforderlichen Millionen von Formularen, die neu gedruckt werden müssen, ist allein für den Druck und die Auslieferung mit 8-12 Wochen zu rechnen.

Da es sich bei der Psychotherapie um eine antragspflichtige Leistung handelt, die bei den Krankenkassen z.T. umfangreiche Prüfprozesse auslöst, müssen auch die Krankenkassen ihre internen Prozesse in erheblichem Umfang umstellen. Darüber hinaus muss auch die Software angepasst werden. Diese Aufgaben können erst im Anschluss an die Fertigstellung der Psychotherapie-Vereinbarung erfolgen. Ebenso müssen die Krankenkassen sämtliche Informationsangebote an ihre Versicherten, sowohl in elektronischer, als auch in gedruckter Form, überarbeiten, um ihren Informationspflichten gem. § 1 SGB V nachzukommen.

Zusammenfassend kann die geänderte Psychotherapie-Richtlinie daher nicht vor dem 01.04.2017 umgesetzt werden.

Anlage 2

In § 38 wird eine Regelung getroffen, nach der u.a. als Informationsgrundlage für die Entscheidung der Gutachter Dokumentationsbögen zu Beginn und Ende der Behandlung anzuwenden ist. Aufgrund der teilweise sehr unterschiedlichen Anforderungen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen hat hier eine Differenzierung stattgefunden und es wurden insgesamt vier Dokumentationsbögen für Kinder/Jugendliche sowie für Erwachsene jeweils zu Beginn und am Ende der Behandlung eingeführt. Folgende Daten werden in den Dokumentationsbögen erhoben:

Dokumentationsbogen Erwachsene/Behandlungsbeginn

Chiffre/Vers.Nr.

1. Geschlecht
2. Sprachliche bzw. kulturelle Barrieren
3. Jetzige berufliche Situation
4. Höchster Schulabschluss
5. Arbeitsunfähigkeit bei Therapiebeginn
6. Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten
7. Vorzeitige Berentung
8. Rentenantrag bei Therapiebeginn gestellt
9. Ambulante psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren
10. Stationäre psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren
11. Zuweiser
12. Aktueller Behandlungsbeginn
13. Eingesetztes Therapieverfahren
14. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Therapiebeginn ICD-10-GM
15. Sonstige neurologische/somat. Diagnosen bei Therapiebeginn ICD-10-GM
16. Zusatzkodierungen bei Therapiebeginn ICD-10-GM
17. Aktuelle psychopharmakologische Medikation
18. Erfassung der Symptomatik bei Therapiebeginn
19. GAS bei Therapiebeginn

Dokumentationsbogen Erwachsene/Behandlungsende

Chiffre/Vers.Nr.

1. Geschlecht
2. Sprachliche bzw. kulturelle Barrieren
3. Jetzige berufliche Situation
4. Arbeitsunfähigkeit bei Therapieende
5. Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten
6. Rentenanspruch während der Behandlung oder bei Therapieende gestellt?
7. Behandlungsende
8. Eingesetztes Therapieverfahren
9. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Therapieende ICD-10-GM
10. Sonstige neurologische/somat. Diagnosen bei Therapieende ICD-10-GM
11. Zusatzkodierungen bei Therapieende ICD-10-GM
12. Aktuelle psychopharmakologische Medikation
13. Erfassung der Symptomatik bei Therapieende
14. GAS bei Therapieende
15. Art der Beendigung/Unterbrechung der Behandlung

Dokumentationsbogen Kinder und Jugendliche/Behandlungsbeginn

Chiffre/Vers.Nr.

1. Geschlecht
2. Sprachliche Barrieren
3. Kulturelle Barrieren
4. Wohnsituation
5. Zur Zeit regelmäßige außerfamiliäre Betreuung vor dem Schuleintritt
6. Bei Behandlungsbeginn besuchter Schultyp
7. Jetzige berufliche Situation
8. Anzahl der Geschwister
9. Staatsangehörigkeit
10. Ambulante psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren
11. Stationäre psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren
12. Zuweiser
13. Aktuelle psychopharmakologische Medikation
14. Aktueller Behandlungsbeginn
15. Eingesetztes Therapieverfahren
16. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Behandlungsbeginn
17. Erfassung der Symptomatik mit dem Fragebogen zu Stärken und Schwächen
18. GAS bei Therapiebeginn

Dokumentationsbogen Kinder und Jugendliche/Behandlungsende

Chiffre/Vers.Nr.

1. Geschlecht
2. Sprachliche Barrieren
3. Kulturelle Barrieren
4. Wohnsituation
5. Zur Zeit regelmäßige außerfamiliäre Betreuung vor dem Schuleintritt
6. Bei Behandlungsbeginn besuchter Schultyp
7. Jetzige berufliche Situation
8. Anzahl der Geschwister
9. Aktuelle psychopharmakologische Medikation
10. Behandlungsende
11. Anzahl der vom Therapeuten durchgeführten Stunden im Therapieverfahren
12. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Behandlungsende
13. Erfassung der Symptomatik mit dem Fragebogen zu Stärken und Schwächen
14. GAS bei Therapieende
15. Art der Beendigung/Unterbrechung der Behandlung

Förderung der Gruppentherapie

Ein besonderes Anliegen des Gesetzgebers im GKV-VSG war die Förderung der Gruppentherapie. Diese Zielsetzung wurde vom G-BA in verschiedenen Regelungszusammenhängen aufgegriffen, die im Folgenden dargestellt werden.

§ 4 Absatz 3 und 4

Gleichberechtigte Darstellung der Einzel- und Gruppentherapie im Richtlinienentwurf

§ 10 Absatz 1

Gleichberechtigte Darstellung der Einzel- und Gruppentherapie im Richtlinienentwurf

§ 20

Anpassung der Gruppengröße

§ 21 Absatz 3

Vereinfachung der Änderung des Behandlungssettings

§ 28

Einführung der Kurzzeittherapie im Gruppensetting für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern

§ 29

Wegfall eines Kontingentschritts bzw. Erhöhung des zweiten Kontingentschritts für Gruppentherapie

§ 34

Wegfall der Gutachterpflicht für Kurzzeittherapie im Gruppensetting und Begutachtung von Gruppentherapien ausschließlich durch Gutachter mit Qualifikation zur Gruppentherapie

§ 35

Voraussetzung der Qualifikation zur Gruppentherapie für die Bestellung als Gutachter für die Gruppentherapie

3 Würdigung der Stellungnahmen

Der Unterausschuss Psychotherapie hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Die von den Stellungnehmern schriftlich vorgetragene Argumente wurden in den Beratungen insgesamt berücksichtigt und Änderungen bzw. Ergänzungen in den §§ 1, 4, 9, 12, 13, 14, 21, 27, 32, 33, 35, 37, 38 und Anlage 2 des Beschlussesentwurfs sowie den vorstehenden Begründungen (siehe Kapitel 2.2) vorgenommen. Die Einzelauswertung der schriftlichen Stellungnahmen ist im Anhang (siehe Kapitel 7.6 und 7.7) dokumentiert.

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahmen wurde in einem stenografischen Wortprotokoll festgehalten (siehe Kapitel 7.7) und in fachlicher Diskussion im Unterausschuss Psychotherapie gewürdigt. Der Unterausschuss Psychotherapie hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (siehe 1. Kapitel § 13 Absatz 3 Satz 4 VerfO).

4 Bürokratiekostenermittlung

Datengrundlage und Berechnung

Grundlage für die Ermittlung der durch die Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie anfallenden Bürokratiekosten sind die Abrechnungsdaten der KBV, sowie Zahlen aus dem Bundesarztregister zur Zahl der derzeit vertragsärztlich tätigen Psychotherapeuten.

Patientenfallzahlen wurden anhand von Abrechnungsdaten des Jahres 2014 und bereits veröffentlichter Daten zur Therapielänge einer längsschnittlich beobachteten Patientenkohorte geschätzt. Beim Nachvollziehen der Berechnungen muss berücksichtigt werden, dass die jährlichen Bürokratiekosten mit mehr als den zwei für die einmaligen Kosten angegebenen Nachkommastellen berechnet wurden.

Telefonische Erreichbarkeit und Sprechstunde – Mitteilung Erreichbarkeit an die KV

Nach § 1 Abs. 8 muss ein Psychotherapeut seine telefonische Erreichbarkeit an die KV melden. Ebenso müssen alle Therapeuten, die eine Sprechstunde nach § 11 anbieten, die Zeiten der Sprechstunde zur Information der Patienten an die KV melden. Eine Mitteilung müsste daher jedes Mal erfolgen, wenn eine Verschiebung der Sprechstunde oder ein Ausfall, z.B. wegen Urlaubs, erforderlich ist. Es wird angenommen, dass dies für jeden Psychotherapeuten durchschnittlich sechs Mal pro Jahr zutrifft. Außerdem wird angenommen, dass die Meldung der Sprechstunde und der telefonischen Erreichbarkeit gleichzeitig erfolgt. Bei derzeit 28.631 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten ergibt sich eine Fallzahl von 171.786.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Datenübermittlung und Veröffentlichung	2	50,30	1,68	171.786	288.600

Individuelle Patienteninformation

§ 11 Abs. 15 sieht vor, dass Patienten im Anschluss an die Sprechstunden eine schriftliche Rückmeldung zum Ergebnis der Sprechstunde („Individuelle Patienteninformation“) erhalten sollen. Als Fallzahl wird die jährliche Zahl aller Patienten, die eine Therapie neu beginnen, zugrunde gelegt (2014: 553.095) und angenommen, dass zusätzlich ein Drittel der bisherigen Patientenzahl Sprechstunden in Anspruch nimmt. Bei dem Zeitwert von 15 Minuten wird davon ausgegangen, dass es sich hierbei um einen Maximalwert handelt, der durch bürokratiearme Vorgaben im Rahmen der Psychotherapie-Vereinbarung ggf. deutlich unterschritten werden kann.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Aufbereitung der Daten	15	50,30	12,60	735.616	9.268.762

Angabe Rezidivprophylaxe bei Antrag Langzeittherapie

Laut § 14 Abs. 5 muss zukünftig im Antrag auf Langzeittherapie angegeben werden, ob eine Behandlung mit Rezidivprophylaxe erfolgen soll. Der Antrag auf Langzeittherapie muss daher voraussichtlich um ein Ankreuzfeld erweitert werden. Als Fallzahl wird die Zahl der Anträge auf Langzeittherapie mit Verlängerungsanträgen zugrunde gelegt.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	0,25	50,30	0,21	252.875	53.104

Beantragung Kurzzeittherapie

Nach § 28 wird die Kurzzeittherapie zukünftig in zwei Kontingente zu je 12 Sitzungen aufgeteilt. Beide Kontingente können nach § 33 über ein Antragsverfahren mit Genehmigungsfiktion beantragt werden. Dieses Verfahren sieht vor, dass ein Antrag ohne

Antwort der Krankenkasse nach drei Wochen als genehmigt gilt. Die Bürokratiekosten entsprechen damit denen des bisherigen Verfahrens. Auswertungen aktueller Therapien zeigen, dass 65% der Patienten mehr als 12 Therapiestunden in Anspruch nehmen. Es wird angenommen, dass für diese Patientenzahl zukünftig ein weiterer Antrag gestellt wird. Hinsichtlich des Zeitwerts für die Beantragung von Kurzzeittherapie wird auf die Messergebnisse des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen. Es wird davon ausgegangen, dass ca. 15% der bisherig in der Kurzzeittherapie versorgten Patienten in der Akutbehandlung versorgt werden.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Beschaffung von Daten	10	50,30	8,40		
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	10	50,30	8,40		
Überprüfung der Daten und Eingaben	5	50,30	4,20		
Datenübermittlung und Veröffentlichung	5	50,30	4,20		
Kopieren, Archivieren, Verteilen	5	31,50	2,65		
Weitere Informationsbeschaffung im Fall von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	2,5	50,30	2,10		
Gesamt Brutto bisher (mit Sowiesokosten)	37,5		29,95 (+ 1,45 Zusatzkosten)		
Gesamt Netto bisher	32		25,46 (+ 1,45 Zusatzkosten)	353.981	9.524.738
Gesamt Netto zukünftig	32		25,46 (+ 1,45 Zusatzkosten)	535.573	14.410.929
Delta					4.886.191

Abschaffung Gutachterverfahren Kurzzeittherapie

Laut § 34 ist für die Kurzzeittherapie kein regelhaftes Gutachterverfahren mehr vorgesehen. Damit entfällt zukünftig der entsprechende Aufwand. Für die Ausweisung der Zeitwerte wird die Messung des Statistischen Bundesamtes verwendet.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Beschaffung von Daten	10	50,30	8,40		
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	10	50,30	8,40		
Überprüfung der Daten und Eingaben	5	50,30	4,20		
Aufbereitung der Daten	180	50,30	151,20		

Datenübermittlung und Veröffentlichung	5	50,30	4,20		
Kopieren, Archivieren, Verteilen	5	31,50	2,65		
Weitere Informationsbeschaffung im Fall von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	2,5	50,30	2,10		
Gesamt Brutto	217,50		181,15 (+ 1,45 Zusatzkosten)		
Gesamt Netto	185		153,98 (+ 1,45 Zusatzkosten)	50.864	-7.968.354

Auch der Antrag auf Befreiung vom Gutachterverfahren nach § 26a der bisherigen Psychotherapie-Richtlinie entfällt.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Einarbeitung in die Informationspflicht	30	50,30	25,20		
Beschaffung der Daten	60	50,30	50,40		
Aufbereitung der Daten	32,5	50,30	27,30		
Datenübermittlung und Veröffentlichung	7,5	50,30	7,75		
Kopieren, Archivieren, Verteilen	10	31,50	5,30		
Gesamt	140		115,95	1.275	-147.836

Beantragung Langzeittherapie

Die § 28, 29 und 33 sehen eine Änderung des bisherigen Verfahrens zur Beantragung von Langzeittherapie vor, das sich auch auf die Größe der pro Bewilligungsschritt vorgesehenen Kontingente bezieht. Die Fallzahl für die zukünftig erforderlichen Verlängerungsanträge wurde auf der Grundlage der wahrgenommenen Therapiestunden aus Abrechnungsdaten berechnet. Der Zeitwert wurde aus der Messung des Statistischen Bundesamtes übernommen.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Beschaffung von Daten	30	50,30	25,20		
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	15	50,30	12,60		
Überprüfung der Daten und Eingaben	5	50,30	4,20		
Aufbereitung der Daten	180	50,30	151,20		

Datenübermittlung und Veröffentlichung	5	50,30	4,20		
Kopieren, Archivieren, Verteilen	5	31,50	2,65		
Weitere Informationsbeschaffung im Fall von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	6	50,30	5,04		
Gesamt brutto bisher	246		205,09 (+ 1,45 Zusatzkosten)		
Gesamt netto bisher	221,40		184,58 (+1,45 Zusatzkosten)	109.513	20.372.778
Gesamt netto zukünftig	221,40		184,58 (+1,45 Zusatzkosten)	53.761	10.001.182
Delta					-10.371.596

Anzeigeverfahren Akutbehandlung

§ 32 schreibt für die Akutbehandlung ein Anzeigeverfahren vor. Hinsichtlich der Fallzahl wird von 15% der Patienten der aktuellen Kurzzeittherapien ausgegangen.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Beschaffung von Daten	10	50,30	8,40		
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	10	50,30	8,40		
Überprüfung der Daten und Eingaben	5	50,30	4,20		
Datenübermittlung und Veröffentlichung	5	50,30	4,20		
Kopieren, Archivieren, Verteilen	5	31,50	2,65		
Gesamt Brutto	35		29,95 (+ 1,45 Zusatzkosten)		
Gesamt Netto	29,75		25,46 (+1,45 Zusatzkosten)	53.097	1.399.375

Archivierung individuelle Patienteninformation

§ 37 sieht vor, dass die „Individuelle Patienteninformation“ zusätzlich zur üblichen Dokumentation in die Patientenakte aufgenommen werden soll. An dieser Stelle fällt daher pro Fall ein geringer Archivierungsaufwand an.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2	31,50	1,06	735.616	779.753

Einsatz der Dokumentationsbögen

Als neue Informationspflicht ist in § 38 der Einsatz von Dokumentationsbögen vorgesehen. Hierbei kommen vier unterschiedliche Dokumentationsbögen zum Einsatz (s. Anlage 2). Zu

Beginn und zum Behandlungsende einer Richtlinien therapie ist jeweils ein Bogen auszufüllen.

I. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Erwachsene Behandlungsbeginn

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	8	50,30	6,72		
Datenbeschaffung	5	50,30	4,20		
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2	31,50	1,06		
Gesamt	15		11,98	497.786	5.963.470

II. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Erwachsene Behandlungsende

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	5,5	50,30	4,62		
Datenbeschaffung	5	50,30	4,20		
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2	31,50	1,06		
Gesamt	12,5		9,88	497.786	4.918.121

III. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Kinder und Jugendliche Behandlungsbeginn

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	9	50,30	7,56		
Datenbeschaffung	5	50,30	4,20		
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2	31,50	1,06		
Gesamt	16		12,82	55.310	709.068

IV. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Kinder und Jugendliche Behandlungsende

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	7,5	50,30	6,30		
Datenbeschaffung	5	50,30	4,20		

Kopieren, Archivieren, Verteilen	2	31,50	1,06		
Gesamt	14,5		11,56	55.310	639.378

Gesamt

Informationspflicht	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Telefonische Erreichbarkeit und Sprechstunde – Mitteilung Erreichbarkeit an die KV	288.600
Individuelle Patienteninformation	9.268.762
Angabe Rezidivprophylaxe bei Antrag Langzeittherapie	53.104
Beantragung Kurzzeittherapie	4.886.191
Abschaffung Gutachterverfahren Kurzzeittherapie	-7.968.354
Abschaffung Antrag auf Befreiung von Gutachterverfahren	-147.836
Beantragung Langzeittherapie	-10.371.596
Anzeigeverfahren Akutbehandlung	1.399.375
Archivierung individuelle Patienteninformation	779.753
Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Erwachsene Behandlungsbeginn	5.963.470
Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Erwachsene Behandlungsende	4.918.121
Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Kinder und Jugendliche Behandlungsbeginn	709.068
Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Kinder und Jugendliche Behandlungsende	639.378
Gesamt	10.418.036

5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Verfahrensschritte
12.03.2014	UA PT	Einrichtung der Arbeitsgruppe „Strukturreform der ambulanten PT“
13.04.2016	UA PT	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Absatz 5 bzw. 5a SGB V
17.05.2016	AG Strukturreform	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
31.05.2016	UA PT	Mündliche Stellungnahmen (Anhörung) und Würdigung der Stellungnahmen
31.05.2016	AG Strukturreform	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen
07.06.2016	UA PT	Abschließende Beratung von Beschlussentwurf und Tragenden Gründen
16.06.2016	Plenum	Beschlussfassung

Datum	Gremium	Verfahrensschritte
	BMG	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V
	BAnz	Veröffentlichung des Beschlusses
		Inkrafttreten des Beschlusses über die Richtlinienänderung

6 Fazit

Der Unterausschuss Psychotherapie empfiehlt einvernehmlich die o.g. Änderung der Psychotherapie-Richtlinie. Die Patientenvertreter schließen sich dieser Empfehlung an.

Berlin, den 16. Juni 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

7 Anhang: Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

7.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt wurde

Gemäß § 91 Absatz 5 SGB V wurden der Bundesärztekammer (BÄK) und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) sowie gemäß § 91 Absatz 5a SGB V der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) bezüglich der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie Stellung zu nehmen.

Der Unterausschuss Psychotherapie (UA PT) hat in seiner Sitzung am 13. April 2016 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß 1. Kapitel § 10 Verfo beschlossen.

Mit Schreiben vom 14. April 2016 wurden der BÄK, der BPtK und der BfDI der Beschlussentwurf zu der beabsichtigten Änderung der Psychotherapie-Richtlinie sowie die zugehörigen Tragenden Gründe übersandt. Zum besseren Verständnis wurde die Umsetzung der zur Stellungnahme gestellten Änderungen in Form einer Synopse der PT-RL den Stellungnehmern zur Verfügung gestellt.

Die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 12. Mai 2016.

Die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde, die zugehörigen Beschlussdaten des UA PT sowie Angaben zum Ablauf des Stellungnahmeverfahrens sind in Tabelle 1 dargestellt.

Den Institutionen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme erteilt wurde und die fristgerecht eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurde Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme gegeben. Davon ausgenommen wurden jene, die auf ihr Recht zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme verzichtet haben.

Tabelle 1

Institution/ Organisation	Beschluss des UA PT	Versand Unterlagen	Fristende	Eingang der SN	Mündliche Anhörung
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V	13.04.2016	14.04.2016	12.05.2016	12.05.2016	31.05.2016
Bundespsychotherapeuten- kammer (BPtK) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V	13.04.2016	14.04.2016	12.05.2016	12.05.2016	31.05.2016
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) gemäß § 91 Abs. 5a SGB V	13.04.2016	14.04.2016	12.05.2016	12.05.2016	Auf eine Teilnahme wurde verzichtet.

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion im zuständigen Unterausschuss Psychotherapie beraten und ausgewertet (siehe Kapitel 7.6 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen).

7.2 Beschlussentwurf zum Stellungsverfahren

Stand: 13.04.2016

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie- Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie

Vom 16. Juni 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. Juni 2016 beschlossen, die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 (BAAnz 17.04.2009 Nr. 58, S.1399), zuletzt geändert am 15. Oktober 2015 (BAAnz AT 05.01.2016 B 3), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 der Präambel wird nach den Wörtern „Gemeinsamen Bundesausschuss“ das Wort „(G-BA)“, nach den Wörtern „Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ das Wort „(SGB V)“ und nach den Wörtern „vertragsärztlichen Versorgung“ die Wörter „zu Lasten der Krankenkassen“ eingefügt.

2. Satz 2 der Präambel wird gestrichen.

3. § 1 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach den Wörtern „Psychotherapie kann“ die Wörter „von Therapeutinnen und Therapeuten nach Abs. 2“ eingefügt.

KBV	GKV-SV
b) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „wird in den §§ 3 bis 7 definiert“ durch die Angabe „(Richtlinientherapie) sind Psychotherapeutische Akutbehandlung nach § 13 sowie Psychotherapieverfahren nach § 15. Psychotherapeutische Sprechstunden nach § 11, Probatorische Sitzungen nach § 12 und die Psychosomatische Grundversorgung nach Abschnitt C werden nicht der Richtlinientherapie zugerechnet“ ersetzt.	b) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „wird in den §§ 3 bis 7 definiert“ durch die Angabe „(Richtlinientherapie) sind Psychotherapieverfahren nach § 15. Psychotherapeutische Sprechstunden nach § 11, Probatorische Sitzungen nach § 12, Psychotherapeutische Akutbehandlung nach § 13 und die Psychosomatische Grundversorgung nach Abschnitt C werden nicht der Richtlinientherapie zugerechnet.“ ersetzt.

c) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze 2, 3 und 4 eingefügt:

„(2) Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne dieser Richtlinie sind entsprechend der jeweiligen fachlichen Befähigung die ärztliche Psychotherapeutin oder der ärztliche Psychotherapeut, die ärztliche Kinder-

und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.

KBV/GKV-SV	PatV
(3) Leistungen dieser Richtlinie mit Ausnahme der Psychosomatischen Grundversorgung nach Abschnitt C können nur von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werden, die über eine Genehmigung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung verfügen.	(3) Leistungen dieser Richtlinie mit Ausnahme der Psychosomatischen Grundversorgung nach Abschnitt C können nur von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werden, die über eine Genehmigung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung sowie von ermächtigten Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 und 3, § 118 (Hochschulambulanzen, psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen sowie Ambulanzen an Ausbildungsstätten) verfügen.

(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Grundsätzlich haben Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenentherapie. In diesen Fällen gelten die Regelungen für Erwachsene.“

d) Die bisherigen Absätze 2, 3 und 4 werden die Absätze 5, 6 und 7.

e) Im neuen Absatz 7 wird die Angabe „§§ 1 bis 11“ durch die Angabe „§§ 1 bis 10 und Abschnitt C“ ersetzt.

4. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 werden nach den Wörtern „Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung“ die Wörter „im Einzel- wie im Gruppensetting“ eingefügt.

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Psychotherapie nach dieser Richtlinie kann als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie Anwendung finden.

1. Im Einzelsetting wird eine individuelle Gesamtbehandlung in der spezifischen Beziehung zwischen Patient und Therapeut gestaltet.

Dieses ist gekennzeichnet durch die dyadische Interaktion zwischen Patient und Therapeut. Dabei stehen individuelles Erleben und Verhalten sowie individuelle intrapsychische Prozesse des Patienten im Fokus der Behandlung. Je nach Verfahren werden unterschiedliche psychotherapeutische Instrumente wie z. B. Übertragungs-, Gegenübertragungs-, Widerstands- oder Verhaltensanalyse vom Therapeuten angewandt, um den Behandlungs- und Heilungsprozess des Patienten zu fördern.

2. In einem Gruppensetting können interpersonelle Probleme unmittelbar prozessual aktiviert und bearbeitet werden. Darauf aufbauend können Techniken eingesetzt werden, die bei den Teilnehmern wechselseitig Ressourcen aktivieren (z. B. Motivation, Verstärkung). Den Patienten wird vermittelt, dass andere mit den gleichen oder ähnlichen Problemen konfrontiert sind. Darüber hinaus können neue Verhaltensweisen in einem weiteren sozialen Rahmen erprobt werden und es sind Rückmeldungen nicht nur von einem Therapeuten sondern von einer Reihe unterschiedlicher Interaktionspartner in der Gruppe möglich.
3. Durch die Möglichkeit zur Kombination in den Verfahren nach § 15 können Einzel- und Gruppentherapie personen- und störungsadäquat eingesetzt werden, um den Behandlungsverlauf zu fördern. Die Kombination stellt eine geeignete Behandlungsmöglichkeit für diejenigen Patienten dar, bei denen eine alleinige Gruppentherapie zu einer Überforderung führen würde oder eine alleinige Einzeltherapie jedoch möglicherweise den Behandlungsverlauf nicht ausreichend fördern würde.

Grundsätzlich können alle Indikationen nach § 26 im Einzelsetting, im Gruppensetting oder in Kombination beider Settings behandelt werden. Nach diagnostischer Abklärung des Störungsbildes ist bei der Behandlungsplanung die Auswahl des geeigneten Behandlungssettings individuell und in Absprache mit dem Patienten zu treffen."

5. In § 5 Absatz 2 und § 6 Absatz 2 wird die Angabe „§ 17“ durch die Angabe „§ 19“ ersetzt.
6. In § 6 Absatz 1 Nummer 1 wird das Wort „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
7. In § 8 wird die Angabe „§ 13“ durch die Angabe „§ 15“ ersetzt.
8. In § 9 wird das Wort „Beziehungspersonen“ durch die Wörter „relevanten Bezugspersonen“ ersetzt und folgender Satz angefügt:

„Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es notwendig werden, für die Behandlung der Störung relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.“
9. § 10 wird wie folgt geändert:
 - a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
 - b) Im neuen Absatz 1 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Dabei ist die Möglichkeit der Behandlung in Gruppentherapie in angemessener Weise zu berücksichtigen.“

c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Bei Verdacht auf eine seelische Krankheit findet im Rahmen der Sprechstunde nach § 11 eine Orientierende Diagnostische Abklärung (ODA) und, sofern erforderlich, eine Differenzialdiagnostische Abklärung (DDA) statt. Beide haben die Diagnostik vor Indikationsstellung für eine therapeutische Maßnahme zur Zielsetzung. Hierbei sind in der Regel standardisierte diagnostische Instrumente einzusetzen. Die Ergebnisse sind in die Beratung nach § 11 Abs. 3 Satz 2 der Patientinnen und Patienten einzubringen. Bei der ODA handelt es sich nicht um eine verfahrensgebundene Diagnostik zur Überprüfung der Eignung für ein Psychotherapieverfahren nach § 15, sondern um eine Abklärung vor der Indikationsstellung, die möglicherweise auch andere Maßnahmen zur Folge haben kann.“

10. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1 in § 21.

b) In § 21 werden die bisherigen Absätze 1 und 2 die Absätze 2 und 3.

c) § 11 wird wie folgt gefasst:

„§ 11 Psychotherapeutische Sprechstunde

(1) Die Psychotherapeutische Sprechstunde (Sprechstunde) soll zeitnah einen niedrighwelligen Zugang der Patientin oder des Patienten zur ambulanten Versorgung ermöglichen und dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen im System der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind.²Eine Sprechstunde stellt für den Patienten den Zugang zu Therapeutinnen und Therapeuten dar und ist abgesehen von den in Abs. 8 definierten Ausnahmen vor einer Behandlung gemäß §§ 12, 13 und 15 verpflichtend.

KBV/ GKV-SV	PatV
(2) Der Therapeut, die Therapeutin kann Sprechstunden anbieten und teilt dies sowie die Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patienten mit. In diesem Fall sind die nachfolgenden Anforderungen zu erfüllen.	(2) Die Sprechstunde ist verpflichtend von der Therapeutin oder dem Therapeuten anzubieten.

(3) Bei Verdacht auf eine seelische Krankheit findet im Rahmen der Sprechstunde eine ODA und sofern erforderlich eine DDA nach § 10 Absatz 2 statt. Dabei soll auch eine Beratung, Information, Klärung des individuellen Behandlungsbedarfs, eine erste Diagnosestellung und dementsprechende Behandlungsempfehlungen sowie, sofern erforderlich, eine kurze psychotherapeutische Intervention erfolgen. Darüber hinaus sollen dem Patienten oder der Patientin, sofern erforderlich, Hinweise auf andere Hilfemöglichkeiten gegeben werden.

(4) Sprechstunden finden im persönlichen Kontakt der Patientin oder des Patienten mit den Therapeutinnen und Therapeuten statt. Bei Kindern und Jugendlichen kann die Sprechstunde bis zu 100 Minuten auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden.

(5) Eine telefonische persönliche Erreichbarkeit zur Terminkoordination zu definierten und zu veröffentlichenden Zeiten ist zu gewährleisten; insgesamt ist bei einem vollen Versorgungsauftrag eine telefonische persönliche Erreichbarkeit durch den Therapeuten oder die Therapeutin oder sein Praxispersonal von 5 Stunden pro Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten sicherzustellen. Entsprechend gelten 2,5 Stunden bei einem häftigen Versorgungsauftrag.

(6) Sprechstunden können entweder als offene Sprechstunde oder als Sprechstunde mit Terminvergabe durchgeführt werden; die Organisation der Sprechstunde bleibt der Therapeutin oder dem Therapeuten überlassen.

(7) Die Sprechstunde kann als Einzelbehandlung bei Erwachsenen in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens sechsmal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 150 Minuten) durchgeführt werden; bei Kindern und Jugendlichen als Einzelbehandlung in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens 10-mal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 250 Minuten). Voraussetzung für eine weitergehende Behandlung nach §§ 12, 13 und 15 ist eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer.

KBV	GKV-SV
(8) Sofern ein Therapeutenwechsel nach der Sprechstunde oder im Rahmen einer laufenden Therapie stattgefunden hat oder ein Patient aus stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder rehabilitativer Behandlung nach § 40 Absatz 1 oder 2 SGB V aufgrund einer Diagnose nach § 26 entlassen wurde, können erforderliche probatorische Sitzungen nach § 12 und Akutbehandlung nach § 13 ohne Sprechstunde beginnen.	(8) Sofern ein Therapeutenwechsel nach der Sprechstunde oder im Rahmen einer laufenden Therapie stattgefunden hat oder ein Patient aus stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder rehabilitativer Behandlung nach § 40 Absatz 1 oder 2 SGB V aufgrund einer Diagnose nach § 26 entlassen wurde, können erforderliche probatorische Sitzungen nach § 12 ohne Sprechstunde beginnen.

(9) Konsiliarbericht oder unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung sind nicht obligatorisch zur Inanspruchnahme der Sprechstunde.

(10) Die Therapeutin bzw. der Therapeut nach Absatz 13 klärt im Rahmen der Sprechstunden auch, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung gemäß § 26 vorliegt.

(11) Sofern eine Behandlung nach § 15 indiziert ist, informiert die Therapeutin oder der Therapeut über die unterschiedlichen Verfahren und Anwendungsformen gemäß § 15 und den Ablauf einer Psychotherapie, um bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Falls keine Psychotherapie indiziert ist, wird bei Bedarf über Alternativen informiert.

KBV/GKV-SV	PatV
(12) Vor Beginn einer Richtlinien-therapie wird vom Therapeuten eine Abklärung einer somatischen Erkrankung eingeholt.	(12) Vor Beginn einer Akutbehandlung oder Richtlinien-therapie wird vom Therapeuten eine Abklärung einer somatischen Erkrankung eingeholt.

(13) Im Falle einer sich anschließenden Behandlung nach §§ 12, 13 und 15 ist es nicht erforderlich, dass die Sprechstunde oder die Sprechstunden von der Therapeutin oder dem Therapeuten erbracht wurden, der die Therapie durchführt.

(14) Therapeutinnen oder Therapeuten, die Psychotherapeutische Sprechstunden erbringen, haben pro Woche bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 100 Minuten und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag mindestens 50 Minuten für Psychotherapeutische Sprechstunden zur Verfügung zu stellen.

(15) Die Patientin oder der Patient und soweit erforderlich die Sorgeberechtigten erhalten ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinien-therapie („Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte“) sowie eine schriftliche Rückmeldung zum Ergebnis der Sprechstunde („Individuelle Patienteninformation“).

KBV/GKV-SV	PatV
Das Nähere hierzu regelt die Psychotherapie-Vereinbarung.	Beide Informationsblätter werden der Richtlinie als Anlage angefügt.

(16) Sprechstunden sind keine Richtlinien-therapie und werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.

(17) Die Sprechstunde wird innerhalb von 5 Jahren nach Beschlussfassung evaluiert.“

11. Die Gliederungseinheit Abschnitt „B. Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen“ wird dem neuen § 11 vorangestellt.

12. § 12 wird wie folgt gefasst:

„§ 12 Probatorische Sitzungen

(1) Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren unter Berücksichtigung der Ausschlüsse gemäß § 26 Abs. 3 dienen. Dabei sind auch weitere differenzialdiagnostische Abgrenzungen des Krankheitsbildes und eine Einschätzung der Prognose vorzunehmen. In den probatorischen Sitzungen erfolgt auch eine Klärung der Motivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit sowie der Verlässlichkeit des Patienten. Darüber hinaus dienen sie einer Abschätzung der persönlichen Passung, d.h. einer tragfähigen Arbeitsbeziehung, von Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut. Entscheidungen zu weiteren Behandlungen sollten nach entsprechender Information des Patienten mit diesem gemeinsam getroffen werden.

KBV/PatV	GKV-SV
(2) Probatorische Sitzungen dienen der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15. Sie sind keine Richtlinien-therapie und werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.	(2) Probatorische Sitzungen dienen der Einleitung einer Akutbehandlung nach § 13 oder einer ambulanten Psychotherapie nach § 15. Sie sind keine Richtlinien-therapie und werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.
(3) Vor einer ambulanten Psychotherapie finden bis zu 5 probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer bei Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und bis zu 8 probatorische Sitzungen bei Analytischer Therapie statt. Bei Kindern und Jugendlichen können darüber hinaus zwei weitere probatorische Sitzungen durchgeführt werden.	(3) Vor einer Richtlinien-therapie finden 3 probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer statt. Bei Kindern und Jugendlichen können darüber hinaus zwei weitere probatorische Sitzungen durchgeführt werden.

(4) Probatorische Sitzungen können nur als Einzelbehandlung durchgeführt werden. Bei Kindern und Jugendlichen ist auch eine Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen nach § 9 möglich.“

13. Nach § 12 wird folgender § 13 eingefügt:

„§ 13 Psychotherapeutische Akutbehandlung

KBV	GKV-SV
(1) Die Akutbehandlung ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik. Sie hat zum Ziel, Patienten von akuter Symptomatik mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln zu entlasten. Die Patienten, für die die Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Behandlung nach § 15 vorbereitet werden können oder dass ihnen andere ambulante (z. B. psychiatrische, psychosomatische,	(1) Die Akutbehandlung ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Probatorik zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik. Sie hat zum Ziel, Patienten von akuter Symptomatik mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln zu entlasten. Die Patienten, für die die Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Behandlung nach § 15 vorbereitet werden können oder dass ihnen andere ambulante (z. B. psychiatrische, psychosomatische,

kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Sozialpsychiatrischer Dienst, Jugendhilfe), teilstationäre oder stationäre Maßnahme empfohlen werden können.	kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Sozialpsychiatrischer Dienst, Jugendhilfe), teilstationäre oder stationäre Maßnahme empfohlen werden können.
---	---

(2) Die Akutbehandlung wird in der Regel als Einzeltherapie durchgeführt.

KBV	GKV-SV
(3) Die Akutbehandlung kann als Einzeltherapie bei Erwachsenen in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens 16-mal je Krankheitsfall, bei Kindern und Jugendlichen höchstens 20-mal je Krankheitsfall durchgeführt werden	(3) Die Akutbehandlung kann als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens 24-mal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 600 Minuten) durchgeführt werden.

(4) Die Akutbehandlung ist anzeigepflichtig gemäß § 32.

KBV	GKV-SV
	(5) Die erbrachten Stunden der Akutbehandlung sind Bestandteil des Therapiekontingents nach § 28."

14. Nach dem neuen § 13 wird folgender § 14 eingefügt:

„§ 14 Rezidivprophylaxe

(1) Psychotherapie nach § 15 ist eine besonders nachhaltige Behandlung und beinhaltet aufgrund ihrer Konzepte und Techniken grundsätzlich eine Rezidivprophylaxe als integralen Bestandteil der Abschlussphase einer solchen Therapie. Hierbei sind zwischen Therapeutin oder Therapeut und Patientin oder Patient anstehende Entwicklungen, Aufgaben und Schwierigkeiten zu besprechen mit dem Ziel, zu erwartende kritische Ereignisse und Lebenssituationen zu identifizieren und Rückfälle zu vermeiden.

(2) Nach Beendigung einer Langzeittherapie kann es dennoch bei einigen Patienten sinnvoll sein, zur Erhaltung der erreichten und mit der Patientin oder dem Patienten erarbeiteten Ziele eine weitere Behandlung – im Sinne einer „ausschleichenden Behandlung“ – mit den innerhalb des bewilligten Kontingents schrittweise verbliebenen Stunden durchzuführen. Eine solche niederfrequente therapeutische Arbeit auf der Basis der vertrauensvollen therapeutischen Beziehung kann zur Stabilisierung der Patientin oder des Patienten beitragen, wieder auftretende entwicklungsbedingte Herausforderungen und Krisen abfangen und damit Neubeantragungen von Richtlinien-therapie verhindern.

(3) Bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden können maximal 8 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 16 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden. Bei Kindern und Jugendlichen können im Falle der Hinzuziehung von

relevanten Bezugspersonen bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal 10 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden. Sie sind Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents. Die Beantragung einer alleinigen Rezidivprophylaxe ist nicht zulässig.

(4) Für Rezidivprophylaxe vorgesehene Stunden können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden.

(5) Eine Entscheidung für oder gegen die Behandlung mit Stunden der Rezidivprophylaxe ist im Antrag der Langzeittherapie anzugeben. Sofern ein möglicher Einsatz der Rezidivprophylaxe bei Beantragung der Langzeittherapie noch nicht absehbar ist, ist dies im Bericht an den Gutachter zu begründen. Das Nähere hierzu regelt die Psychotherapievereinbarung."

13. Die bisherigen §§ 13, 14, 14a, 14b, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 21a, 21b, 22, 23, 23a, 23b, 23c, 24, 25, 26, 26b, 27 und 28 werden die §§ 15, 16, 16a, 16b, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36 und 39.

14. Im neuen § 17 Absatz 3 wird nach den Wörtern „der individuellen Situation der“ das Wort „Patientin“ eingefügt und das Wort „Kranken“ durch das Wort „Patienten“ ersetzt.

15. Der neue § 19 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 13“ durch die Angabe „§ 15“ ersetzt.

b) In Absatz 1 Nummer 2 und Nummer 3 wird jeweils die Angabe „§ 22“ durch die Angabe „§ 26“ ersetzt.

c) In Absatz 1 Nummer 2 und Nummer 3, Absatz 2 und 3 werden jeweils die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschusses“ durch das Wort „G-BA“ und in Absatz 3 werden die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ durch das Wort „G-BA“ ersetzt.

16. Der neue § 20 wird wie folgt gefasst:

„§ 20 Anwendungsformen

Psychotherapie im Rahmen dieser Richtlinie kann in folgenden Formen Anwendung finden:

1. Einzeltherapie bei Erwachsenen:

Anwendung der unter § 15 und § 23 genannten Behandlungsformen bei der Behandlung einer einzelnen oder eines einzelnen Patienten.

2. Gruppentherapie von Erwachsenen:

Anwendung der unter § 15 genannten Verfahren, sofern die Interaktion zwischen mehreren Patienten therapeutisch förderlich ist und die gruppendynamischen Prozesse entsprechend genutzt werden sollen.

3. Einzeltherapie bei Kindern und Jugendlichen:

Anwendung der unter § 15 und § 23 genannten Verfahren unter Berücksichtigung der altersspezifischen Bedingungen, ggf. unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9.

4. Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen:

Anwendung der unter § 15 genannten Verfahren unter Berücksichtigung der altersspezifischen Bedingungen und unter Nutzung gruppenspezifischer Prozesse bei der Behandlung mehrerer Kinder, ggf. unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9.

KBV/GKV-SV	PatV
<p>5. Gruppengröße:</p> <p>Bei der Behandlung von Patienten in Gruppen umfasst die Größe der Gruppe bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - psychoanalytisch begründeten Verfahren und bei Verhaltenstherapie mindestens 3 bis höchstens 9 Patienten. <p>Innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Regelung führt der G-BA eine Evaluation durch, die überprüft, ob die Regeländerung zu einer Veränderung der Inanspruchnahme, insbesondere zur Gruppengröße und zu einer prozentualen Erhöhung (Einzel- vs. Gruppentherapie) geführt hat.</p>	<p>5. Gruppengröße:</p> <p>Bei der Behandlung von Patienten in Gruppen umfasst die Größe der Gruppe bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - psychoanalytisch begründeten Verfahren mindestens 6 bis höchstens 9 - Verhaltenstherapie mindestens 3 bis höchstens 9 <p>Innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Regelung führt der G-BA eine Evaluation durch, die überprüft, ob die Regeländerung zu einer Veränderung der Inanspruchnahme, insbesondere zur Gruppengröße und zu einer prozentualen Erhöhung (Einzel- vs. Gruppentherapie) geführt hat.</p>

Innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Regelung führt der G-BA eine Evaluation durch, die überprüft, ob die Regeländerung zu einer Veränderung der Inanspruchnahme, insbesondere zur Gruppengröße und zu einer prozentualen Erhöhung (Einzel- vs. Gruppentherapie) geführt hat."

17. Der neue § 21 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „Einzelbehandlung“ durch das Wort „Einzeltherapie“, das Wort „Gruppenbehandlung“ jeweils durch das Wort „Gruppentherapie“ und die Angabe „§ 14a“ durch die Angabe „§ 16a“ ersetzt.

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt.

„(3) Bei Veränderung des bewilligten Behandlungssettings während einer laufenden Kurzzeittherapie ist der Krankenkasse diese Änderung anzuzeigen, sofern das bewilligte Stundenkontingent im Rahmen der Änderung nicht überschritten wird. Bei Überschreiten des Stundenkontingents oder bei Langzeittherapie ist ein Änderungsantrag zu stellen.“

d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

18. Die Gliederungseinheit Abschnitt „C. Psychosomatische Grundversorgung“ wird dem neuen § 23 vorangestellt.

19. Der neue § 24 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird nach den Wörtern „Bewältigungsfähigkeiten der“ das Wort „Patientin“ eingefügt, das Wort „Kranken“ durch das Wort

„Patienten“ und das Wort „Beziehungspersonen“ durch die Wörter „relevanten Bezugspersonen“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird die Angabe „§ 13“ jeweils durch die Angabe „§ 15“ und die Angabe „§ 21a“ durch die Angabe „§ 24“ ersetzt.

20. Im neuen § 25 Absatz 2 wird nach den Wörtern „sind auch als Gruppenbehandlung“ die Wörter „mit mindestens 2 bis höchstens 10 Patienten und Patientinnen“ eingefügt.

21. Die Gliederungseinheit Abschnitt „D. Anwendungsbereiche“ wird dem neuen § 26 vorangestellt.

22. Die Gliederungseinheit Abschnitt „E. Leistungsumfang“ wird dem neuen § 27 vorangestellt.

23. Der neue § 27 wird wie folgt geändert:

KBV	GKV-SV
a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach den Wörtern „die Behandlungsfrequenz“ die Wörter „und die verfahrensspezifische Indikationsstellung“ eingefügt.	a) In Absatz 1 wird der Satz 2 gestrichen.
b) In Absatz 2 wird die Angabe „§§ 23a bis 23c“ durch die Angabe „§§ 28 bis 30“ ersetzt.	
c) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze angefügt:	
KBV/GKV-SV	
„(3) Die Therapiestunde im Rahmen der Richtlinien­therapie umfasst mindestens 50 Minuten. Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie entsprechen die zur Verfügung gestellten Kontingente denen der überwiegend durchgeführten Anwendungsform. Dabei wird die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamttherapiekontingent von Einzeltherapie als Einzelstunde gezählt. Entsprechend wird die in der Einzeltherapie erbrachte Einzelstunde im Gesamttherapiekontingent von Gruppentherapie als Doppelstunde gezählt.“	
KBV/GKV-SV	PatV
(4) Im Rahmen der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und Verhaltenstherapie können Behandlungen als Einzeltherapie der Indexpatientin oder des Indexpatienten auch in Doppelstunden bei intensiver Einbeziehung von Partnerin oder Partner oder Familie durchgeführt werden. Bei der Psychotherapie von Erwachsenen werden die entsprechenden Stunden auf das Gesamtkontingent angerechnet.	(4) Im Rahmen der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie kann die Behandlung von Erwachsenen außer im Setting der Einzeltherapie auch im Setting der Paar- und Familientherapie durchgeführt werden. Doppelstunden sind möglich. Es gelten in allen Fällen die Kontingente der Einzeltherapie.

KBV/PatV	GKV-SV
(5) Die in § 16a Absatz 3 Nummer 4 genannte Methode kann als Einzeltherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden.	(5) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Kurzzeittherapie sowie die in § 16a Absatz 3 Nummer 4 genannte Methode können als Einzeltherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl erbracht werden.
KBV/GKV-SV	
(6) Verhaltenstherapie kann als Einzeltherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung und in doppelstündigen Sitzungen mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden.	
(7) Bewilligte Kurzzeittherapiekontingente werden auf das Kontingent der Langzeittherapie angerechnet."	

24. Der neue § 28 wird wie folgt gefasst:

KBV	GKV-SV
<p>„Folgende Therapieansätze sind möglich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurzzeittherapie bis zu 25 Stunden als Einzeltherapie in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und/oder der Verhaltenstherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (Antragsverfahren). 2. Kurzzeittherapie bis zu 25 Stunden als Gruppentherapie (Antragsverfahren). 3. Langzeittherapie mit einer Stundenzahl (siehe § 29), die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Therapieverfahren in der Antragsbegründung festzulegen ist (Antragsverfahren mit Begutachtung). 4. Die Umwandlung einer Kurzzeittherapie in die Langzeittherapie muss bis zur zwanzigsten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt und zugleich das Gutachterverfahren eingeleitet werden. 5. Probetherapie als Bestandteil der 	<p>„Folgende Therapieansätze sind möglich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im Rahmen der Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie der Verfahren nach § 15 dieser Richtlinie durchgeführt werden. Die KZT 1 ist gemäß § 32 anzeigepflichtig. Erbrachte Stunden im Rahmen der Psychotherapeutischen Akutbehandlung nach § 13 werden mit dem Stundenkontingent der KZT 1 verrechnet. 2. Im Rahmen der Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie der Verfahren nach § 15 dieser Richtlinie durchgeführt werden. Die KZT 2 ist gemäß § 32 anzeigepflichtig. 3. Im Rahmen der Kurzzeittherapie (KZT) können bis zu 24 Doppelstunden als Gruppentherapie der Verfahren nach § 15 durchgeführt werden. Die psychotherapeutische Behandlung im Gruppensetting ist gemäß § 32 anzeigepflichtig.

<p>Langzeittherapie auf Antrag oder nach Empfehlung der Gutachterin oder des Gutachters für tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie bis zu 25 Stunden, für Verhaltenstherapie bis zu 15 Stunden (Antragsverfahren mit Begutachtung)."</p>	<p>4. Nach Abschluss der Kurzzeittherapie (KZT 1 und KZT 2 oder KZT) und bei weiterhin bestehenden behandlungsbedürftigen psychischen Symptomen mit Krankheitswert kann eine Therapie nach § 29 mit einer Stundenzahl, die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Therapieverfahren festzulegen ist, fortgeführt werden (Antragsverfahren mit Begutachtung).</p> <p>5. Die psychotherapeutische Behandlung nach § 15 beginnt mit der Kurzzeittherapie. Sofern eine Umwandlung der Kurzzeittherapie in die Langzeittherapie indiziert ist, muss diese bis zur zwanzigsten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt und zugleich das Gutachterverfahren eingeleitet werden. Grundsätzlich ist der Antrag so rechtzeitig zu stellen, dass eine unmittelbare Weiterbehandlung möglich ist."</p>
---	---

25. Der neue § 29 wird wie folgt gefasst:

„§ 29 Bewilligungsschritte für das Verfahren gemäß § 15

Die folgenden Bewilligungsschritte sind möglich. Eine Überschreitung des mit den jeweiligen Bewilligungsschritten festgelegten Therapieumfanges ist für die folgenden Verfahren nur zulässig, wenn mit der Beendigung des Bewilligungsschrittes das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungsziels bei Fortführung der Therapie besteht. Sofern das Gutachterverfahren beim Fortführungsantrag Einsatz findet, ist dies nachvollziehbar zu begründen. Es sind grundsätzlich die zugehörigen Höchstgrenzen einzuhalten.

1. Analytische Psychotherapie bei Erwachsenen
 - Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 160 Stunden, bei Gruppentherapie bis 80 Doppelstunden.
 - Höchstgrenze: bei Einzeltherapie 300 Stunden, bei Gruppentherapie 150 Doppelstunden.
2. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen
 - Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 60 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden
 - Höchstgrenze: bei Einzeltherapie 100 Stunden, bei Gruppentherapie 80 Doppelstunden
3. Verhaltenstherapie bei Erwachsenen
 - Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
 - Höchstgrenze: 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden

4. Psychotherapie von Kindern bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
 - Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 70 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden
 - Höchstgrenzen: bei Einzeltherapie 150 Stunden, bei Gruppentherapie 90 Doppelstunden
5. Verhaltenstherapie von Kindern
 - Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
 - Höchstgrenzen: 80 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
6. Psychotherapie von Jugendlichen bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
 - Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 90 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden
 - Höchstgrenzen: bei Einzeltherapie 180 Stunden, bei Gruppentherapie 90 Doppelstunden
7. Verhaltenstherapie bei Jugendlichen
 - Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
 - Höchstgrenzen: 80 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden"

30. Der neue § 30 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 30 Behandlungsumfang bei übenden und suggestiven Interventionen“

b) die Angabe „§ 21b“ wird jeweils durch die Angabe „§ 25“ ersetzt.

31. Die Gliederungseinheit Abschnitt „F. Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren“ wird dem neuen § 31 vorangestellt

KBV	GKV-SV
32. Im neuen § 31 Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Psychotherapie“ durch die Wörter „Richtlinientherapie gemäß §§ 13 und 15“ ersetzt.	32. Im neuen § 31 Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Psychotherapie“ durch die Wörter „der Akutbehandlung gemäß § 13 und Richtlinientherapie gemäß § 15“ ersetzt.

33. Nach dem neuen § 31 wird folgender § 32 eingefügt:

KBV	GKV-SV
<p>„§ 32 Anzeigeverfahren</p> <p>Eine Leistung gemäß § 13 bedarf einer Anzeige gegenüber der Krankenkasse. Hierzu teilt die Therapeutin oder der Therapeut der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung die Diagnose, Datum des Behandlungsbeginns der Akutbehandlung mit. Das Nähere</p>	<p>„§ 32 Anzeigeverfahren</p> <p>Eine Leistung gemäß § 13 sowie § 28 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 3 bedarf einer Anzeige gegenüber der Krankenkasse. Hierzu teilt die Therapeutin oder der Therapeut der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung die Diagnose, Datum des Behandlungsbeginns sowie Art</p>

zum Anzeigeverfahren wird in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt.“	und Umfang der geplanten Therapie mit. Das Nähere zum Anzeigeverfahren wird in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt.“
---	---

34. Der neue § 33 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

KBV	GKV-SV
„(1) Die Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie nach § 15 erfolgt durch die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten. Zu diesem Antrag teilen die Therapeutinnen und Therapeuten vor der Behandlung der Krankenkasse die Diagnose mit, begründen die Indikation und beschreiben Art und Umfang der geplanten Therapie. Wird ein Antrag auf Langzeittherapie gestellt oder soll eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie umgewandelt werden, so soll dieser Antrag neben den Angaben zu Diagnose, Indikation sowie Art, Umfang Frequenz und Prognose der geplanten Therapie auch einen fallbezogenen Behandlungsplan enthalten (Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter).“	„(1) Die Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie nach § 28 Absatz 1 Nummer 4 und 5 erfolgt durch die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten. Zu diesem Antrag teilen die Therapeutinnen und Therapeuten vor der Behandlung der Krankenkasse die Diagnose mit, begründen die Indikation und beschreiben Art und Umfang der geplanten Therapie. Wird ein gutachterpflichtiger Antrag auf Langzeittherapie gestellt, so soll dieser Antrag neben den Angaben zu Diagnose, Indikation sowie Art, Umfang Frequenz und Prognose der geplanten Therapie auch einen fallbezogenen Behandlungsplan enthalten (Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter).“

Unparteiisches Mitglied

Die Krankenkasse hat über einen Antrag nach Satz 1 spätestens mit Ablauf von 3 Wochen, über einen Antrag nach Satz 3 spätestens mit Ablauf von 5 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten, etwa weil der Antrag ergänzungs- oder klarstellungsbedürftig ist oder der Sachverhalt eine überdurchschnittliche Komplexität aufweist, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung hinreichender Gründe und Übermittlung eines angemessenen neuen Entscheidungstermins rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt bis zum Ablauf der Frist nach Satz 4 keine solche Mitteilung oder verstreicht der neue Entscheidungstermin nach Satz 5 fruchtlos, gilt die beantragte Leistung als zur Erbringung durch Therapeutinnen oder Therapeuten im Sinne dieser Richtlinie genehmigt; dies gilt nicht für solche Leistungen, die nicht nach dieser Richtlinie zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden können.

b) In Absatz 1a wird jeweils die Angabe „§ 22“ durch die Angabe „§ 26“ ersetzt.

c) In Absatz 2 wird die Angabe „§ 23b“ durch die Angabe „§ 29“ ersetzt.

d) In Absatz 2 wird nach dem Wort „Fortsetzungsantrag“ ein Punkt eingefügt, die Wörter „, in dem“ durch die Wörter „Sofern ein Gutachter mit der Prüfung beauftragt wird, sind“ ersetzt und das Wort „ist“ gestrichen.

- e) In Absatz 3 wird die Angabe „§ 23a“ durch die Angabe „§ 28“ ersetzt.
- f) In Absatz 3 wird nach dem Wort „Leistungspflicht“ ein Punkt eingefügt, die Wörter „mit Darstellung des Behandlungsverlaufs, des erreichten Therapieerfolgs und der“ durch die Wörter „Sofern ein Gutachter mit der Prüfung beauftragt wird, sind der Behandlungsverlauf, der erreichte Therapieerfolg und die“ ersetzt und nach dem Wort „Einschätzung“ das Wort „darzustellen“ angefügt.
- g) In Absatz 4 wird die Angabe „Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag Ärzte in der Fassung vom 7. Dezember 1998 (Psychotherapie-Vereinbarung)“ durch die Angabe „Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom XX.YY.XXXX“ ersetzt.

35. Der neue § 34 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 13 ist der Antrag“ durch die Angabe „§ 15 sind Anträge auf Langzeittherapie und in Ausnahmefällen gilt dies auch für Kurzzeittherapie nach § 13 Absatz 4 Satz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom XX.YY.XXXX“ ersetzt.
- b) In Satz 2 werden die Wörter „Er ist“ durch das Wort „Diese“ und das Wort „Psychotherapie-Vereinbarungen“ durch das Wort „Psychotherapie-Vereinbarung“ ersetzt.
- c) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
 „Die Krankenkasse kann Anträge auf Fortführung einer Langzeittherapie durch eine Gutachterin oder einen Gutachter prüfen lassen. Im Falle der Ablehnung der Fortführung einer Langzeittherapie muss die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme einholen, sofern die formalen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt sind.“

36. § 26a wird aufgehoben.

37. Der neue § 35 wird wie folgt geändert:

KBV	GKV-SV
<ul style="list-style-type: none"> a) In Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „2 bis 6“ durch die Angabe „2 bis 10“ ersetzt. b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „den“ durch die Wörter „Begutachtungen im“ ersetzt und nach den Wörtern „analytische Psychotherapie“ die Wörter „für Kinder und Jugendliche und Erwachsene“ eingefügt. c) In Absatz 2 Nummer 3 wird jeweils das Wort „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt und nach den Wörtern „Psychiatrie und Psychotherapie“ die Wörter „oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ eingefügt. d) In Absatz 2 Nummer 6 wird nach den Wörtern „an der 	<ul style="list-style-type: none"> a) In Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „2 bis 6“ durch die Angabe „2 bis 11“ ersetzt. b) In Absatz 2 werden jeweils die Wörter „tiefenpsychologisch fundierten und“ gestrichen. c) In Absatz 2 Nummer 3 wird jeweils das Wort „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt und nach den Wörtern „Psychiatrie und Psychotherapie“ die Wörter „oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ eingefügt. d) In Absatz 2 Nummer 6 wird nach den Wörtern „an der ambulanten“ das Wort „vertragsärztlichen“ eingefügt und nach den Wörtern „analytischen Psychotherapie und“ die Wörter „aktuellen Teilnahme an

<p>ambulanten“ das Wort „vertragsärztlichen“ und nach den Wörtern „analytischen Psychotherapie und“ die Wörter „grundsätzlich der aktuellen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie.“ eingefügt.</p> <p>e) In Absatz 2 wird die Nummer 7 wie folgt gefasst:</p> <p>„7. Der Gutachter soll zu Beginn der Gutachtertätigkeit grundsätzlich nicht älter als 55 Jahre sein.“</p> <p>f) In Absatz 3 wird das Wort „Jugendlichenpsychotherapie“ durch das Wort „Jugendlichenpsychotherapie“ ersetzt.</p> <p>g) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:</p> <p>„(4) Für den Bereich der Begutachtung von tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie als Gruppentherapie muss die Erfüllung der Kriterien 3 bis 6 jeweils für die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie als Gruppentherapie nachgewiesen werden.“</p> <p>h) Nach dem neuen Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:</p> <p>„(5) Für Begutachtungen ausschließlich im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit Erwachsenen müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Gebietsbezeichnung als Ärztin oder Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie oder die Approbation als Psychologischer 	<p>der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der analytischen Psychotherapie.“ angefügt.</p> <p>e) In Absatz 2 wird die Nummer 7 wie folgt gefasst:</p> <p>„7. Der Gutachter soll zu Beginn der Gutachtertätigkeit grundsätzlich nicht älter als 55 Jahre sein.“</p> <p>f) In Absatz 3 werden die Wörter „tiefenpsychologisch fundierter und“ und die Wörter „tiefenpsychologisch fundierte und“ gestrichen und das Wort „Jugendlichenpsychotherapie“ durch das Wort „Jugendlichenpsychotherapie“ ersetzt.</p> <p>g) Nach dem neuen Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:</p> <p>„(4) Für den Bereich der Begutachtung von analytischer Psychotherapie als Gruppenbehandlung muss die Erfüllung der Kriterien 3 bis 6 für die analytische Psychotherapie als Gruppentherapie nachgewiesen werden.“</p> <p>h) Nach dem neuen Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:</p> <p>„(5) Für den Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Gebietsbezeichnung als Ärztin oder Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder für die Begutachtung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder die Approbation als Psychologischer Psychotherapeutin oder als Psychologischer Psychotherapeut oder für die Begutachtung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Kinder- und Jugendlichen-
---	--

<p>Psychotherapeutin oder als Psychologischer Psychotherapeut,</p> <p>2. für Ärztinnen und Ärzte eine abgeschlossene Weiterbildung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten der Fachkundenachweis in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ,</p> <p>3. Nachweis von mindestens fünfjähriger Tätigkeit nach dem Abschluss einer unter Nummer 2 genannten Weiter- oder Ausbildung ganz oder überwiegend auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in einer Praxis oder Klinik, Poliklinik oder Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie,</p> <p>4. Nachweis über eine mindestens fünfjährige Tätigkeit als Dozentin oder Dozent und als Supervisorin oder Supervisor an einer Ausbildungsstätte nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes oder an einem zur Weiterbildung in den unter Nummer 1 genannten Gebieten befugten Weiterbildungsverbund (Ärztinnen und Ärzte mit Befugnis zur gemeinsamen Weiterbildung) oder an einer weiterbildungsbefugten Klinik, Poliklinik oder Fachklinik mit tiefenpsychologisch fundierter Grundorientierung, an der entsprechende Krankenbehandlungen durchgeführt werden. Der Nachweis erfolgt durch die befugte Institution oder durch eine entsprechende Bescheinigung der Ärztekammer,</p>	<p>psychotherapeutin oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,</p> <p>2. für Ärztinnen und Ärzte eine abgeschlossene Weiterbildung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Fachkundenachweis in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und soweit Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten zur Begutachtung von Kindern und Jugendlichen bestellt werden, zusätzlich zur Fachkunde der Nachweis nach § 6 Absatz 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen im Hinblick auf die Anforderungen für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen,</p> <p>3. Nachweis von mindestens fünfjähriger Tätigkeit nach dem Abschluss einer unter Nummer 2 genannten Weiter- oder Ausbildung ganz oder überwiegend auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in einer Praxis oder Klinik, Poliklinik oder Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie,</p> <p>4. Nachweis über eine mindestens fünfjährige Tätigkeit als Dozentin oder Dozent und als Supervisorin oder Supervisor an einer Ausbildungsstätte nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes oder an einem zur Weiterbildung in den unter Nummer 1 genannten Gebieten</p>
--	---

<p>5. Nachweis einer zum Zeitpunkt der Bestellung andauernden Dozenten- und Supervisoren-tätigkeit auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie,</p> <p>6. Nachweis einer mindestens dreijährigen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und grundsätzlich der aktuellen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, und</p> <p>7. der Gutachter soll zu Beginn der Gutachtertätigkeit grundsätzlich nicht älter als 55 Jahre sein."</p> <p>h) Nach dem neuen Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:</p> <p>„(6) Für den Bereich der Begutachtung von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie als Gruppentherapie muss die Erfüllung der Kriterien 2 bis 6 jeweils für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Gruppentherapie nachgewiesen werden.“</p> <p>i) Die bisherigen Absätze 4 und 5 werden die Absätze 7 und 8</p> <p>j) Im neuen Absatz 7 Nummer 3 wird jeweils das Wort „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt, nach den Wörtern „Psychiatrie und Psychotherapie“ die Wörter „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,“ eingefügt und in Nummer 6 nach den Wörtern „an der ambulanten“ das Wort „vertragsärztlichen“ und nach den Wörtern „der Verhaltenstherapie und“ die Wörter „grundsätzlich der aktuellen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der</p>	<p>befugten Weiterbildungsverband (Ärztinnen und Ärzte mit Befugnis zur gemeinsamen Weiterbildung) oder an einer weiterbildungsbefugten Klinik, Poliklinik oder Fachklinik mit tiefenpsychologisch fundierter Grundorientierung, an der entsprechende Krankenbehandlungen durchgeführt werden. Der Nachweis erfolgt durch die befugte Institution oder durch eine entsprechende Bescheinigung der Ärztekammer,</p> <p>5. Nachweis einer zum Zeitpunkt der Bestellung andauernden Dozenten- und Supervisoren-tätigkeit auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie,</p> <p>6. Nachweis einer mindestens dreijährigen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und aktuell Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, und</p> <p>7. der Gutachter soll zu Beginn der Gutachtertätigkeit grundsätzlich nicht älter als 55 Jahre sein."</p> <p>i) Nach dem neuen Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:</p> <p>„(6) Für den Bereich der Begutachtung von tiefenpsychologisch fundierter Kinder- und Jugendlichentherapie muss die Erfüllung der Kriterien 3 bis 6 jeweils für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen nachgewiesen werden.“</p> <p>j) Nach dem neuen Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:</p> <p>„(7) Für den Bereich der Begutachtung von</p>
---	--

<p>Verhaltenstherapie" eingefügt.</p> <p>k) In Absatz 7 wird die Nummer 7 wie folgt neu gefasst:</p> <p>„7. Der Gutachter soll zu Beginn der Gutachtertätigkeit grundsätzlich nicht älter als 55 Jahre sein.“</p> <p>l) In Absatz 8 wird das Wort „Jugendlichenverhaltenstherapie“ durch das Wort „Jugendlichenpsychotherapie“ ersetzt.</p> <p>m) Nach dem neuen Absatz 8 wird folgender Absatz 9 eingefügt:</p> <p>„(9) Für den Bereich der Begutachtung von Verhaltenstherapie als Gruppentherapie muss die Erfüllung der Kriterien 3 bis 6 jeweils für die Verhaltenstherapie als Gruppentherapie nachgewiesen werden.“</p> <p>n) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 10.</p> <p>o) Der neuen Absatz 10 wird wie folgt neu gefasst:</p> <p>„(10) Nach § 12 Abs. 5 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom XX.YY.XXXX bestellte Gutachter § 35 aufgeführten Voraussetzungen bis zum Ende des Zeitraums ihrer derzeitigen Bestellung tätig bleiben. Entsprechendes gilt für Gutachterinnen und Gutachter, die nach den bis zum 30. September 2005 gültigen Psychotherapie-Richtlinien tätig gewesen sind.“</p>	<p>tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie als Gruppentherapie muss die Erfüllung der Kriterien 2 bis 6 jeweils für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Gruppentherapie nachgewiesen werden.“</p> <p>k) Die bisherigen Absätze 4 und 5 werden die Absätze 8 und 9</p> <p>l) Im neuen Absatz 8 Nummer 3 wird jeweils das Wort „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt, nach den Wörtern „Psychiatrie und Psychotherapie“ die Wörter „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,“ eingefügt und in Nummer 6 nach den Wörtern „an der ambulanten“ das Wort „vertragsärztlichen“ und nach den Wörtern „der Verhaltenstherapie und“ die Wörter „aktuellen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie“ eingefügt.</p> <p>m) Im neuen Absatz 8 wird die Nummer 7 wie folgt gefasst:</p> <p>„7. Der Gutachter soll zu Beginn der Gutachtertätigkeit grundsätzlich nicht älter als 55 Jahre sein.“</p> <p>n) Nach dem neuen Absatz 9 wird folgender Absatz 10 eingefügt:</p> <p>„(10) Für den Bereich der Begutachtung von Verhaltenstherapie als Gruppentherapie muss die Erfüllung der Kriterien 3 bis 6 jeweils für die Verhaltenstherapie als Gruppentherapie nachgewiesen werden.“</p> <p>o) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 11.</p> <p>p) Der neue Absatz 11 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„(11) Nach § 12 Abs. 5 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom XX.YY.XXXX bestellte Gutachter können unberührt von den unter § 35 aufgeführten Voraussetzungen bis</p>
---	--

	zum Ende des Zeitraums ihrer derzeitigen Bestellung tätig bleiben. Gleichmaßen können Gutachter, die zur Begutachtung für den Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie bestellt wurden, bis zum Ende des Zeitraums ihrer derzeitigen Bestellung Anträge zu beiden Verfahren beurteilen."
--	--

38. Die Gliederungseinheit Abschnitt G. wird wie folgt gefasst „G. Qualifikation und Dokumentation“ und dem neuen § 36 vorangestellt.

39. Im neuen § 36 werden die Wörter „der Psychotherapie und der psychosomatischen Grundversorgung“ durch die Wörter „der Leistungen nach dieser Richtlinie“ ersetzt.

40. § 37 wird wie folgt gefasst:

„§ 37 Schriftliche Dokumentation

(1) Leistungen nach dieser Richtlinie erfordern für jeden Patienten und jede Patientin eine schriftliche Dokumentation des Datums der Leistungserbringung, der diagnostischen Erhebungen, der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen sowie der Ergebnisse in der Patientenakte. Die „Individuelle Patienteninformation“ gemäß § 11 Absatz 15 ist ebenfalls Bestandteil der Patientenakte.

KBV	GKV-SV	PatV
	(2) Die Krankenkasse erhält das Beratungsergebnis der Sprechstunde gemäß § 11 unter Beachtung des Datenschutzes zur Information. Das Nähere regelt die Psychotherapie-Vereinbarung.*	(2) Gemäß §§ 294 ff. SGB V sind ausschließlich abrechnungsrelevante Daten an die Krankenkasse weiterzuleiten. Es erfolgt keine Verwendung der „Individuellen Patienteninformation“ zu diesem Zweck.*

41. Nach § 37 wird folgender § 38 eingefügt:

„§ 38 Einsatz der Dokumentationsbögen

KBV	GKV-SV	PatV
(1) Zu Beginn und Ende einer Richtlinien-therapie gemäß § 15 sind die Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie (Anlage 2) gemeinsam mit dem	(1) Zu Beginn einer Akutbehandlung nach § 13 oder einer Richtlinien-therapie gemäß § 15 und bei Ende der Behandlung sind die	(1) Gemäß § 294 ff SGB V werden den Kassen lediglich abrechnungsrelevante Daten mitgeteilt.

Patienten auszufüllen. Der Dokumentationsbogen zu Behandlungsbeginn ist dem Bericht an den Gutachter beizufügen. Die Dokumentationsbögen sind Bestandteil der Patientenakte.	Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie (Anlage 2) gemeinsam mit dem Patienten auszufüllen. Der Dokumentationsbogen zu Behandlungsbeginn ist dem Bericht an den Gutachter beizufügen. Die Dokumentationsbögen sind Bestandteil der Patientenakte.	
(2) Das Nähere einer Evaluation zum Einsatz der Dokumentationsbögen wird in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt.“		(2) Die einheitliche Dokumentation wird innerhalb von 5 Jahre nach Beschlussfassung evaluiert.“

41. Die Gliederungseinheit Abschnitt H. wird wie folgt gefasst „H. Psychotherapie-Vereinbarung“ und dem neuen § 39 vorangestellt.

42. Im neuen § 39 wird in Absatz 1 das Wort „Vereinbarungen“ durch das Wort „Vereinbarung“ und in Absatz 2 das Wort „Psychotherapie-Vereinbarungen“ durch die Wörter „Psychotherapie-Vereinbarung“ ersetzt.

43. Nach dem neuen § 39 wird folgender § 40 eingefügt:

„§ 40 Übergangsregelung

Die Regelungen zur Psychotherapeutischen Sprechstunde nach § 11 sind erst ab dem 01.01.2017 und die Regelungen zur Psychotherapeutischen Akutbehandlung nach § 13 sowie die Regelungen zum Einsatz des Dokumentationsbogens nach § 38 i.V.m. Anlage 2 erst ab dem 01.07.2017 anzuwenden.“

44. Vor § 40 wird die Gliederungseinheit „I. Übergangsregelung“ eingefügt.

III. In der Anlage 1 wird die Angabe „§ 17“ durch die Angabe „§ 19“, die Angabe § 14a“ durch die Angabe „§ 16a“ und die Angabe „§ 14“ durch die Angabe § 17“ ersetzt.

IV. Nach Anlage 1 wird folgende Anlage 2 eingefügt:

9. Ambulante psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren

9.1 Ja 9.2 Nein

10. Stationäre psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren

10.1 Ja 10.2 Nein

11. Zuweiser (Mehrfachangaben möglich)

- | | |
|--|---|
| 11.1 <input type="checkbox"/> Hausarzt | 11.6 <input type="checkbox"/> Psychiatrische Institutsambulanz |
| 11.2 <input type="checkbox"/> Psych. Fachärzte | 11.7 <input type="checkbox"/> Psychosomatisch/psychotherapeutische Rehaklinik |
| 11.3 <input type="checkbox"/> PP/KJP | 11.8 <input type="checkbox"/> Beratungsstelle u.ä. |
| 11.4 <input type="checkbox"/> Sonstige Fachärzte | 11.9 <input type="checkbox"/> Selbst |
| 11.5 <input type="checkbox"/> Psychiatrisch/psychosomatische psychotherapeutische Klinik | |

12. Aktueller Behandlungsbeginn (Datum)

.

13. Eingesetztes Therapieverfahren

- | | |
|--|--|
| 13.1 <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | 13.3 <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie |
| 13.2 <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | |

14. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Therapiebeginn ICD-10 GM

- | | |
|--|--|
| 14.1 <input type="text"/> F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | 14.3 <input type="text"/> F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 14.2 <input type="text"/> F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | |

15. Sonstige neurologische/somat. Diagnosen bei Therapiebeginn ICD-10 GM (sofern bekannt)

- | | |
|--|--|
| 15.1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | 15.3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 15.2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | |

16. Zusatzkodierungen bei Therapiebeginn ICD-10 GM

- | | |
|--|--|
| 16.1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | 16.3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 16.2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | |

17. Aktuelle psychopharmakologische Medikation

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--|
| 17.1 <input type="checkbox"/> | Keine | 17.5 <input type="checkbox"/> | Stimmungsstabilisierer/
Phasenprophylaktika |
| 17.2 <input type="checkbox"/> | Neuroleptika | 17.6 <input type="checkbox"/> | Sedativa/Schlafmittel |
| 17.3 <input type="checkbox"/> | Antidepressiva | 17.7 <input type="checkbox"/> | Psychoanaleptika |
| 17.4 <input type="checkbox"/> | Tranquilizer/Anxiolytika | 17.8 <input type="checkbox"/> | nicht bekannt |

18. Erfassung der Symptomatik bei Therapiebeginn

ICD-10-Symptom-Rating ISR-Skala	Verdacht auf	Geringere Symptombelastung	Mittlere Symptombelastung	Schwere Symptombelastung	zu Therapiebeginn
18.1 Depression	ab 0,75	ab 1,0	ab 2,0	ab 3,0	
18.2 Angst	ab 0,75	ab 1,0	ab 2,0	ab 3,0	
18.3 Zwang	ab 0,67	ab 1,0	ab 2,0	ab 3,0	
18.4 Somatoform	ab 0,33	ab 0,75	ab 1,25	ab 2,67	
18.5 Essstörung	ab 0,33	ab 0,67	ab 1,5	ab 2,75	
18.6 Gesamtskala	ab 0,5	ab 0,67	ab 0,9	ab 1,7	

19. GAS bei Therapiebeginn

GAS (Global Attainment Scale) Individuelle Zielmessung bei Behandlungsbeginn		
	Patientin/Patient	Therapeutin/Therapeut
1. Ziel (Hauptziel):		
2. Ziel:		
3. Ziel:		

Datum _____

Unterschrift
Therapeutin/Therapeut _____

9. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Therapieende ICD-10 GM

9.1 F .

9.2 F .

9.2 F .

10. Sonstige neurologische/ somat. Diagnosen bei Therapieende ICD-10 GM (sofern bekannt)

10.1 .

10.2 .

10.3 .

11. Zusatzkodierungen bei Therapiebeginn ICD-10 GM

11.1 .

11.2 .

11.3 .

12. Aktuelle psychopharmakologische Medikation

12.1 Keine

12.2 Neuroleptika

12.3 Antidepressiva

12.4 Tranquilizer/Anxiolytika

12.5 Stimmungsstabilisierer/ Phasenprophylaktika

12.6 Sedativa/Schlafmittel

12.7 Psychoanaleptika

12.8 nicht bekannt

13. Erfassung der Symptomatik bei Therapieende

ICD-10-Symptom-Rating ISR-Skala	Verdacht auf	Geringere Symptombelastung	Mittlere Symptombelastung	Schwere Symptombelastung	zu Therapiebeginn
13.1 Depression	ab 0,75	ab 1,0	ab 2,0	ab 3,0	
13.2 Angst	ab 0,75	ab 1,0	ab 2,0	ab 3,0	
13.3 Zwang	ab 0,67	ab 1,0	ab 2,0	ab 3,0	
13.4 Somatoform	ab 0,33	ab 0,75	ab 1,25	ab 2,67	
13.5 Essstörung	ab 0,33	ab 0,67	ab 1,5	ab 2,75	
13.6 Gesamtskala	ab 0,5	ab 0,67	ab 0,9	ab 1,7	

14. GAS bei Therapieende

GAS (Global Attainment Scale) Individuelle Zielmessung bei Behandlungsende		
	Patientin/Patient	Therapeutin/Therapeut
1. Ziel (Hauptziel):	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt
2. Ziel:	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt
3. Ziel:	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt

15. Art der Beendigung/Unterbrechung der Behandlung

- 15.1 Einvernehmliche Beendigung vor Ausschöpfung des Stundenkontingentes
- 15.2 Beendigung mit Ausschöpfung des Stundenkontingentes
- 15.3 Beendigung mit Überweisung in eine teil-/stationäre psychiatrische Behandlung oder psychotherapeutische Behandlung
- 15.4 Überweisung zu anderem Therapieverfahren
- 15.5 Beendigung durch den Patienten (Abbruch)
- 15.6 Beendigung durch den Therapeuten
- 15.7 verstorben (natürliche Ursache/Unfall)
- 15.8 verstorben nach Suizidversuch
- 15.9 Sonstiges

Datum

Unterschrift
Therapeutin/Therapeut

7. Jetzige berufliche Situation

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------|
| 7.1 <input type="checkbox"/> | berufstätig,
Vollzeit | 7.5 <input type="checkbox"/> | Ausbildung, Umschulung |
| 7.2 <input type="checkbox"/> | berufstätig,
Teilzeit | 7.6 <input type="checkbox"/> | Sonstiges |
| 7.3 <input type="checkbox"/> | Hausfrau/-mann,
nicht berufstätig | 7.6 <input type="checkbox"/> | nicht zutreffend |
| 7.4 <input type="checkbox"/> | arbeitslos/arbeits
suchend | | |

8. Anzahl der Geschwister **9. Staatsangehörigkeit****10. Ambulante psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren**

- | | | | |
|-------------------------------|----|-------------------------------|------|
| 10.1 <input type="checkbox"/> | ja | 10.2 <input type="checkbox"/> | Nein |
|-------------------------------|----|-------------------------------|------|

11. Stationäre psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren

- | | | | |
|-------------------------------|----|-------------------------------|------|
| 11.1 <input type="checkbox"/> | ja | 11.2 <input type="checkbox"/> | Nein |
|-------------------------------|----|-------------------------------|------|

12. Zuweiser (Mehrfachangaben möglich)

- | | | | |
|-------------------------------|--|-------------------------------|---|
| 12.1 <input type="checkbox"/> | Hausarzt/Kinderarzt | 12.6 <input type="checkbox"/> | Psychiatrische Institutsambulanz |
| 12.2 <input type="checkbox"/> | Psych. Fachärzte | 12.7 <input type="checkbox"/> | Psychosomatisch/psychotherapeuti
sche Rehaklinik |
| 12.3 <input type="checkbox"/> | PP/KJP | 12.8 <input type="checkbox"/> | Beratungsstelle u.ä. |
| 12.4 <input type="checkbox"/> | Sonstige Fachärzte | 12.9 <input type="checkbox"/> | Selbst |
| 12.5 <input type="checkbox"/> | Psychiatrisch/psychosomatische psychotherapeutische Klinik | | |

13. Aktuelle psychopharmakologische Medikation

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--|
| 13.1 <input type="checkbox"/> | Keine | 13.5 <input type="checkbox"/> | Stimmungsstabilisierer/
Phasenprophylaktika |
| 13.2 <input type="checkbox"/> | Neuroleptika | 13.6 <input type="checkbox"/> | Sedativa/Schlafmittel |
| 13.3 <input type="checkbox"/> | Antidepressiva | 13.7 <input type="checkbox"/> | Psychoanaleptika |
| 13.4 <input type="checkbox"/> | Tranquilizer/Anxiolytika | 13.8 <input type="checkbox"/> | nicht bekannt |

14. Aktueller Behandlungsbeginn (Datum)

 / / ---

15. Eingesetztes Therapieverfahren

15.1 Verhaltenstherapie15.3 Analytische Psychotherapie15.2 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

16. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Behandlungsbeginn
(gemäß Multiaxialem Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und
Jugendalters nach ICD-10)

16.1 Klinisch psychiatrisches Syndrom (MAS Achse I)

16.1.1 F , 16.1.3 F , 16.1.2 F , 16.1.4 keine

16.2 Umschriebene Entwicklungsstörungen (MAS Achse II)

16.2.1 F80.0 Artikulationsstörung16.2.2 F80.1 Expressive Sprachstörung16.2.3 F80.2 Rezeptive Sprachstörung16.2.4 F80.3 Erworbene Aphasie m. Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)16.2.5 F80.8 Sonst. Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache16.2.6 F80.9 Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, n. n. Bez.16.2.7 F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung16.2.8 F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung16.2.9 F81.2 Rechenstörung16.2.10 F81.3 Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten16.2.11 F81.8 Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten16.2.12 F81.9 Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, n. n. Bez.16.2.13 F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen16.2.14 F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen16.2.15 F88 Andere Entwicklungsstörungen16.2.16 F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung16.2.17 keine

16.3 Intelligenzniveau (MAS Achse III)

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | getestet | <input type="checkbox"/> | geschätzt |
| 16.3.1 | <input type="checkbox"/> sehr hohe Intelligenz | | IQ > 129 |
| 16.3.2 | <input type="checkbox"/> hohe Intelligenz | | IQ 115–129 |
| 16.3.3 | <input type="checkbox"/> durchschnittliche Intelligenz | | IQ 85–114 |
| 16.3.4 | <input type="checkbox"/> niedrige Intelligenz | | IQ 70–84 |
| 16.3.5 | <input type="checkbox"/> leichte Intelligenzminderung | | IQ 50–69 |
| 16.3.6 | <input type="checkbox"/> mittelgradige Intelligenzminderung | | IQ 35–49 |
| 16.3.7 | <input type="checkbox"/> schwere Intelligenzminderung | | IQ 20–34 |
| 16.3.8 | <input type="checkbox"/> schwerste Intelligenzminderung | | IQ > 20 |
| 16.3.9 | <input type="checkbox"/> Intelligenzniveau nicht bekannt | | |

16.4 Körperliche Symptomatik (MAS Achse IV)

- | | | | | | | |
|--------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.4.1 | ICD-10, 5-stellig | <input type="checkbox"/> |
| 16.4.2 | ICD-10, 5-stellig | <input type="checkbox"/> |
| 16.4.3 | ICD-10, 5-stellig | <input type="checkbox"/> |

16.5 Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (MAS Achse V)

- | | unzutreffend | trifft zu | unbekannt |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.5.1 Abnorme intrafamiliäre Beziehungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.2 Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.3 Inadäquate / verzerrte intrafamiliäre Kommunikation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.4 Abnorme Erziehungsbedingungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.5 Abnorme unmittelbare Umgebung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.6 Akute, belastende Lebensereignisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.7 Gesellschaftliche Belastungsfaktoren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.8 Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.9 Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16.6 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (MAS Achse VI)

- 16.6.1 hervorragende / gute soziale Anpassung
- 16.6.2 befriedigende soziale Anpassung
- 16.6.3 leichte soziale Beeinträchtigung
- 16.6.4 mäßige soziale Beeinträchtigung
- 16.6.5 deutliche soziale Beeinträchtigung
- 16.6.6 deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung
- 16.6.7 tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung
- 16.6.8 braucht beträchtliche Betreuung
- 16.6.9 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)
- 16.6.10 Information fehlt

17. Erfassung der Symptomatik mit dem Fragebogen zu Stärken und Schwächen

	Patient (ab 12 Jahre)			Mutter			Vater			ggf. Lehrer		
	normal	grenzwertig	auffällig	normal	grenzwertig	auffällig	normal	grenzwertig	auffällig	normal	grenzwertig	auffällig
Gesamtproblemwert	0-15	16-19	20-40	0-15	16-19	20-40	0-15	16-19	20-40	0-15	16-19	20-40
Emotionale Probleme	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10
Verhaltensprobleme	0-3	4	5-10	0-3	4	5-10	0-3	4	5-10	0-3	4	5-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0-3	4-5	6-10	0-3	4-5	6-10	0-3	4-5	6-10	0-3	4-5	6-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4

18. GAS bei Therapiebeginn

GAS (Goal Attainment Scale) Individuelle Ziel-/ Ergebnismessung	Patientin/Patient (ab 12 Jahre)	Hauptbezugsperson	Therapeutin/Therapeut
1. Ziel (Hauptziel):			
2. Ziel:			
3. Ziel:			

Datum

Unterschrift
Therapeutin/Therapeut

7. Jetzige berufliche Situation

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------|
| 7.1 <input type="checkbox"/> | berufstätig,
Vollzeit | 7.5 <input type="checkbox"/> | Ausbildung, Umschulung |
| 7.2 <input type="checkbox"/> | berufstätig,
Teilzeit | 7.6 <input type="checkbox"/> | Sonstiges |
| 7.3 <input type="checkbox"/> | Hausfrau/-mann,
nicht berufstätig | 7.6 <input type="checkbox"/> | nicht zutreffend |
| 7.4 <input type="checkbox"/> | arbeitslos/arbeitss
uchend | | |

8. Anzahl der Geschwister

9. Aktuelle psychopharmakologische Medikation

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--|
| 9.1 <input type="checkbox"/> | Keine | 9.5 <input type="checkbox"/> | Stimmungsstabilisierer/
Phasenprophylaktika |
| 9.2 <input type="checkbox"/> | Neuroleptika | 9.6 <input type="checkbox"/> | Sedativa/Schlafmittel |
| 9.3 <input type="checkbox"/> | Antidepressiva | 9.7 <input type="checkbox"/> | Psychoanaleptika |
| 9.4 <input type="checkbox"/> | Tranquilizer/Anxiolytika | 9.8 <input type="checkbox"/> | nicht bekannt |

10. Behandlungsende (Datum)

, ,

11. Anzahl der vom Therapeuten durchgeführten Stunden im Therapieverfahren (bei Verfahrenswechsel Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| 13.1 <input type="checkbox"/> | Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13.2 <input type="checkbox"/> | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13.2 <input type="checkbox"/> | Analytische Psychotherapie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

12. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Behandlungsende (gemäß Multiaxialem Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10)

12.1 Klinisch psychiatrisches Syndrom (MAS Achse I)

- | | | | | | |
|---------------------------------|---|--|---------------------------------|-------|--|
| 12.1.1 <input type="checkbox"/> | F | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 12.1.3 <input type="checkbox"/> | F | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12.1.2 <input type="checkbox"/> | F | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 12.1.4 <input type="checkbox"/> | keine | |

12.2 Umschriebene Entwicklungsstörungen (MAS Achse II)

12.2.1	<input type="checkbox"/>	F80.0	Artikulationsstörung
12.2.2	<input type="checkbox"/>	F80.1	Expressive Sprachstörung
12.2.3	<input type="checkbox"/>	F80.2	Rezeptive Sprachstörung
12.2.4	<input type="checkbox"/>	F80.3	Erworbene Aphasie m. Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)
12.2.5	<input type="checkbox"/>	F80.8	Sonst. Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache
12.2.6	<input type="checkbox"/>	F80.9	Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, n. n. Bez.
12.2.7	<input type="checkbox"/>	F81.0	Lese- und Rechtschreibstörung
12.2.8	<input type="checkbox"/>	F81.1	Isolierte Rechtschreibstörung
12.2.9	<input type="checkbox"/>	F81.2	Rechenstörung
12.2.10	<input type="checkbox"/>	F81.3	Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten
12.2.11	<input type="checkbox"/>	F81.8	Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
12.2.12	<input type="checkbox"/>	F81.9	Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, n. n. Bez.
12.2.13	<input type="checkbox"/>	F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
12.2.14	<input type="checkbox"/>	F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
12.2.15	<input type="checkbox"/>	F88	Andere Entwicklungsstörungen
12.2.16	<input type="checkbox"/>	F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung
12.2.17	<input type="checkbox"/>		keine

16.3 Intelligenzniveau (MAS Achse III)

	<input type="checkbox"/>	getestet	<input type="checkbox"/>	geschätzt
16.3.1	<input type="checkbox"/>	sehr hohe Intelligenz		IQ > 129
16.3.2	<input type="checkbox"/>	hohe Intelligenz		IQ 115–129
16.3.3	<input type="checkbox"/>	durchschnittliche Intelligenz		IQ 85–114
16.3.4	<input type="checkbox"/>	niedrige Intelligenz		IQ 70–84
16.3.5	<input type="checkbox"/>	leichte Intelligenzminderung		IQ 50–69
16.3.6	<input type="checkbox"/>	mittelgradige Intelligenzminderung		IQ 35–49
16.3.7	<input type="checkbox"/>	schwere Intelligenzminderung		IQ 20–34
16.3.8	<input type="checkbox"/>	schwerste Intelligenzminderung		IQ > 20
16.3.9	<input type="checkbox"/>	Intelligenzniveau nicht bekannt		

12.4 Körperliche Symptomatik (MAS Achse IV)

- 12.4.1 ICD-10, 5-stellig
- 12.4.2 ICD-10, 5-stellig
- 12.4.3 ICD-10, 5-stellig

12.5 Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (MAS Achse V)

- | | unzutreffend | trifft zu | unbekannt |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.5.1 Abnorme intrafamiliäre Beziehungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.2 Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.3 Inadäquate / verzerrte intrafamiliäre Kommunikation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.4 Abnorme Erziehungsbedingungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.5 Abnorme unmittelbare Umgebung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.6 Akute, belastende Lebensereignisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.7 Gesellschaftliche Belastungsfaktoren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.8 Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.9 Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16.6 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (MAS Achse VI)

- 16.6.1 hervorragende / gute soziale Anpassung
- 16.6.2 befriedigende soziale Anpassung
- 16.6.3 leichte soziale Beeinträchtigung
- 16.6.4 mäßige soziale Beeinträchtigung
- 16.6.5 deutliche soziale Beeinträchtigung
- 16.6.6 deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung
- 16.6.7 tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung
- 16.6.8 braucht beträchtliche Betreuung
- 16.6.9 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)
- 16.6.10 Information fehlt

13. Erfassung der Symptomatik mit dem Fragebogen zu Stärken und Schwächen

	Patient (ab 12 Jahre)			Mutter			Vater			ggf. Lehrer		
	normal	grenzwertig	auffällig	normal	grenzwertig	auffällig	normal	grenzwertig	auffällig	normal	grenzwertig	auffällig
Gesamtproblemwert	0-15	16-19	20-40	0-15	16-19	20-40	0-15	16-19	20-40	0-15	16-19	20-40
Emotionale Probleme	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10
Verhaltensprobleme	0-3	4	5-10	0-3	4	5-10	0-3	4	5-10	0-3	4	5-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0-3	4-5	6-10	0-3	4-5	6-10	0-3	4-5	6-10	0-3	4-5	6-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4

14. GAS bei Therapieende

GAS (Goal Attainment Scale) Individuelle Ziel-/Ergebnismessung	Patientin/Patient (ab 12 Jahre) Grad der Zielerreichung nach Therapie (bitte Zutreffendes ankreuzen)	Hauptbezugsperson Grad der Zielerreichung nach Therapie (bitte Zutreffendes ankreuzen)	Therapeutin/Therapeut Grad der Zielerreichung nach Therapie (bitte Zutreffendes ankreuzen)
1. Ziel (Hauptziel):	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt
2. Ziel:	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt
3. Ziel:	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt

15. Art der Beendigung/Unterbrechung der Behandlung

- 15.1 Einvernehmliche Beendigung vor Ausschöpfung des Stundenkontingentes
- 15.2 Beendigung mit Ausschöpfung des Stundenkontingentes
- 15.3 Beendigung mit Überweisung in eine teil-/stationäre psychiatrische Behandlung oder psychotherapeutische Behandlung
- 15.4 Überweisung zu anderem Therapieverfahren
- 15.5 Beendigung durch den Patienten (Abbruch)
- 15.6 Beendigung durch den Therapeuten
- 15.7 verstorben (natürliche Ursache/Unfall)
- 15.8 verstorben nach Suizidversuch
- 15.9 Sonstiges

Datum _____ Unterschrift
Therapeutin/Therapeut _____ "

V. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tage 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 16. Juni 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

7.3 Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 13.04.2016



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie

Vom 16. Juni 2016

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1	Formales Vorgehen	3
2.2	Begründung der in der Psychotherapie-Richtlinie vorgenommenen Änderungen	3
3	Würdigung der Stellungnahmen	34
4	Bürokratiekostenermittlung.....	34
5	Verfahrensablauf	34
6	Fazit.....	35
7	Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens.....	36
7.1	Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt wurde	36
7.2	Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren	36
7.3	Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren	36
7.4	Fristgerecht eingegangene schriftliche Stellungnahmen der in Tabelle 1 aufgeführten Institutionen/ Organisationen.....	36
7.5	Mündliche Anhörung und Wortprotokoll	36

1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 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.

Mit dem am 16. Juli 2015 beschlossenen Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz GKV-VSG) hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V aufgegeben, in seinen Richtlinien bis zum 30. Juni 2016 Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens zu beschließen.

Bei der gegenständlichen Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) hat der G-BA die in der Gesetzesbegründung zum GKV-VSG aufgeführten Aspekte zu Grunde gelegt:

„Mit dem neuen Satz 3 wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, diese Rahmenbedingungen bis zum 30.06.2016 weiterzuentwickeln. Ziel dieser Weiterentwicklung ist eine effektivere psychotherapeutische Versorgung. Neben einer Bündelung von Ressourcen und einem zielgenaueren Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel sind zur Erreichung dieses Ziels gegebenenfalls auch weitere Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen.

Bei der Umsetzung des Auftrags hat der Gemeinsame Bundesausschuss klarstellende Regelungen zu treffen, die ermöglichen, dass Versicherte im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Regelung angemessene psychotherapeutische Leistungen zur Krankenbehandlung erhalten können. Hierbei sind auch die Regelungen der Selbstverwaltung zu Höchstgrenzen der Stundenkontingente und zur Neubeantragung einer Psychotherapie innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss einer Therapie einer Überprüfung zu unterziehen.

Zur Verringerung von Wartezeiten hat der Gemeinsame Bundesausschuss Regelungen zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden zu treffen. Diese sollen für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen. In diesen Sprechstunden sollen ein Erstgespräch und eine individuelle Beratung über verschiedene Versorgungsangebote möglich sein. Ziel der Sprechstunden ist insbesondere, eine kurzfristige Abklärung des Behandlungsbedarfs zu ermöglichen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Maßnahmen zur Förderung der Gruppentherapie zu treffen. Dazu müssen Umsetzungshindernisse für die Gruppentherapie, die derzeit nur in geringem Umfang durchgeführt wird, beseitigt werden. Damit wird mehr Versicherten eine zeitnahe psychotherapeutische Versorgung ermöglicht.

Weiterhin wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, das Antrags- und Gutachterverfahren nach §§ 25 ff. der Psychotherapie-Richtlinie zu vereinfachen. Dazu legt er unter anderem fest, in welchen Fällen eine Begutachtung entfallen könnte. Für die Kurzzeit- und die Gruppentherapie ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu prüfen, ob diese generell vom Antrags- und Gutachterverfahren zu befreien sind oder ob dieses durch eine einfaches Anzeigeverfahren ersetzt werden kann.“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/4095, S. 99 - 100)

Die gegenüber dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung durch den Ausschuss für Gesundheit vorgenommenen Änderungen zu § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V werden wie folgt begründet:

„Mit der Änderung wird der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), seine Psychotherapie-Richtlinie bis zum 30. Juni 2016 zu überarbeiten weiter präzisiert und insoweit um die zu fördernden Elemente frühzeitige diagnostische Abklärung, Akutversorgung und Rezidivprophylaxe ergänzt.

Die frühzeitige diagnostische Abklärung soll die Einschätzung weiterer Behandlungsnotwendigkeiten und einen zielgerichteten Einsatz therapeutischer Maßnahmen ermöglichen. Ziel der zu treffenden Regelungen zur Förderung der Akutversorgung und der Rezidivprophylaxe ist es, einen zeitnahen Zugang sowie erforderlichenfalls eine optimierte psychotherapeutische Behandlung für chronisch kranke Patienten zu gewährleisten.

Die Definition und Ausgestaltung der zusätzlich einzuführenden Elemente obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen der Gesamtkonzeption zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. Die neuen Elemente können auch Bestandteil der einzurichtenden Sprechstunden werden. Diese sollen für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen. Ziel dieser Sprechstunden ist es insbesondere, zeitnah ein Erstgespräch, eine kurzfristige Abklärung eines psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs und eine individuelle Beratung über verschiedene Versorgungsangebote zu ermöglichen. Dies dient der Verringerung von Wartezeiten auf eine notwendige psychotherapeutische Behandlung.“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5123, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), S. 127)

2 Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Formales Vorgehen

Der Unterausschuss Psychotherapie hat in seiner Sitzung vom 12.03.2014 eine Arbeitsgruppe eingesetzt und damit beauftragt, verschiedene bereits vorliegende Reformvorschläge zu beraten und ein gemeinsames Konzept zur Strukturreform der ambulanten Psychotherapie zu entwickeln. Von Seiten der KBV und des GKV-SV wurden jeweils differenzierte Vorschläge zu einer Strukturreform der ambulanten Psychotherapie sowie zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben erarbeitet. Ergänzt wurden diese durch Vorschläge der Patientenvertretung. Auch weitere Institutionen und Fachgesellschaften reichten Vorschläge ein. Alle eingereichten Vorschläge wurden in der AG ausführlich diskutiert.

2.2 Begründung der in der Psychotherapie-Richtlinie vorgenommenen Änderungen

Die vorgeschlagenen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie dienen der Umsetzung der Anforderungen aus dem GKV-VSG (Begründung in chronologischer Reihenfolge).

§ 1 Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenkasse

KBV	GKV-SV
In Absatz 1 wird die Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung dargestellt, nämlich eine seelische Krankheit gemäß § 2; dieser Passus ist unverändert.	In Absatz 1 wird die Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung dargestellt, nämlich eine seelische Krankheit gemäß § 2; dieser Passus ist unverändert.

Darüber hinaus wird definiert, welche Leistungen der Richtlinien-therapie zugerechnet werden, nämlich Akutbehandlung nach §13 und Psychotherapeutische Verfahren nach § 15, und welche Leistungen nicht als Richtlinien-therapie definiert werden, nämlich Sprechstunde, Probatorische Sitzungen, sowie Psychosomatische Grundversorgung. Eine wesentliche Unterscheidung hierbei ist, dass sowohl bei der Sprechstunde und den Probatorischen Sitzungen noch keine seelische Krankheit definiert werden muss, vielmehr ist es gerade Ziel dieser Leistungen einen Verdacht auf eine seelische Erkrankung zu bestätigen oder auszuräumen. Auf diesen Sachverhalt wird in den jeweiligen Paragraphen genauer eingegangen. Psychosomatische Grundversorgung im Sinne der Richtlinie wird nicht der Richtlinienpsychotherapie zugerechnet; eine genauere Spezifizierung erfolgt in Abschnitt C.

Darüber hinaus wird definiert, welche Leistungen der Richtlinien-therapie zugerechnet werden, nämlich Psychotherapeutische Verfahren nach § 15, und welche Leistungen nicht als Richtlinien-therapie definiert werden, nämlich Sprechstunde, Probatorische Sitzungen, Akutbehandlung nach § 13, sowie Psychosomatische Grundversorgung. Eine wesentliche Unterscheidung hierbei ist, dass sowohl bei der Sprechstunde und den Probatorischen Sitzungen noch keine seelische Krankheit definiert werden muss, vielmehr ist es gerade Ziel dieser Leistungen einen Verdacht auf eine seelische Erkrankung zu bestätigen oder auszuräumen. Bei der Akutbehandlung ist zwar von einer seelischen Erkrankung auszugehen, jedoch sind die Voraussetzungen für Richtlinien-therapie nach § 5 z.B. eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung oder verschiedene Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung auf der Basis gemeinsamer theoriegebundener Grundannahmen, eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen oder mehrere darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsmethoden für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen usw. nicht gegeben. Auf diesen Sachverhalt wird in den jeweiligen Paragraphen genauer eingegangen. Psychosomatische Grundversorgung ergänzt hingegen die Psychotherapie im Sinne der Richtlinie und wird daher nicht der Richtlinienpsychotherapie zugerechnet; eine genauere Spezifizierung erfolgt in Abschnitt C.

In Absatz 2 erfolgt eine redaktionelle Ergänzung. Es wird definiert, welche Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit dem Terminus „Therapeutinnen und Therapeuten“ gemeint sind, dieser Passus befand sich in der alten Richtlinie in § 25 Abs. 1. Darüber hinaus wird die Begrifflichkeit der fachlichen Befähigung ergänzt, da bisher nur in den §§ 5-7 der Psychotherapievereinbarung geregelt war, dass Erwachsenentherapeuten nur Patienten ab 18 Jahren behandeln dürfen und Kinder- und Jugendtherapeuten Patienten bis 21 Jahren.

Diese Regelungen gelten nun auch entsprechend für die neuen Behandlungselemente, d.h. Sprechstunde, Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe. Eine Anpassung in der Psychotherapievereinbarung ist aus Gründen der Übersichtlichkeit dennoch vorgesehen.

Es wurde der Absatz 4 ergänzt, der sich auf die Regelungen des Psychotherapeuten-Gesetzes für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bezieht. Da es immer wieder zu Unklarheiten bei der Beantragung von Therapien für Kinder und Jugendliche gekommen ist, wird hier eine Klarstellung vorgenommen.

§ 4 Übergreifende Merkmale von Psychotherapie und § 10 Verbindung von Diagnostik und Therapie

Die Ergänzungen in Absatz 3 und 4 des bereits bestehenden § 4 „Übergreifende Merkmale von Psychotherapie“ sowie die Einfügung eines neuen Satz 4 in § 10 Absatz 1 „Verbindung von Diagnostik und Therapie“ dienen der Förderung der Gruppentherapie. Durch Benennung und Darstellung des Gruppensettings sowie die Vorgabe, dass die Möglichkeit der Behandlung in Gruppen bei der Indikationsentscheidung angemessen zu berücksichtigen ist – bereits zu Beginn der Richtlinie im Teil A „Allgemeines“ – soll die Gruppenpsychotherapie als Behandlungsmöglichkeit und deren Gleichwertigkeit im Vergleich zur Einzeltherapie deutlich herausgestellt werden.

Häufig tritt im Rahmen der Entscheidung über eine mögliche Behandlung die Gruppentherapie eher in den Hintergrund; dies hat verschiedene Gründe.

Zunächst verfügen nicht alle Therapeuten über eine Qualifikation zur Erbringung von Gruppenpsychotherapie, so dass dieses Angebot nicht von allen Therapeuten vorgehalten werden kann. Zudem sind weitere organisatorische und strukturelle Vorhaltungen in der Praxis erforderlich und erschweren damit die Durchführung einer Gruppentherapie. Darüber hinaus ist auch in der Forschung erst in den letzten Jahren der Nachweis erbracht worden, dass Psychotherapie im Gruppensetting die gleiche Wirksamkeit wie im Einzelsetting haben kann. Dieser Entwicklung wird mit den eingefügten Passagen Rechnung getragen, in dem bereits an sehr prominenter Stelle, nämlich im Teil A „Allgemeines“, die verschiedenen Anwendungsformen gleichrangig dargestellt werden.

Im Übrigen weist der G-BA darauf hin, dass in der der Aus- und Weiterbildung die Qualifikation zur Durchführung der Gruppentherapie als fester Bestandteil vorgeschrieben werden sollte.

Darüber hinaus werden im Bundesmantelvertrag die Formularsätze (PTV) überarbeitet, mit dem Ziel, eine Gleichbehandlung der Einzel- und Gruppentherapie zu erreichen (u.a. einheitliche Berichtsinhalte für alle Gruppen-PT-Verlängerungsanträge für die Mitglieder einer Gruppe, Entwicklung eines separaten Informationsblattes für die Gruppentherapie, Ergänzung eines Feldes für die Beantragung einer Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie und eines Feldes aus dem ersichtlich ist, ob die Therapie in Kooperation mit einem anderen Therapeuten erfolgt).

§ 9 Einbeziehung des sozialen Umfeldes

In § 9 wurden eine redaktionelle Änderung vorgenommen; der Begriff Beziehungsperson wurde aus Gründen der Einheitlichkeit in Bezugsperson umgewandelt. Zudem wurde ein Passus ergänzt, der klarstellt, dass es bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erforderlich sein kann, nicht nur Familienmitglieder bzw. die Partnerin oder den Partner einbeziehen, sondern auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen. Solche relevanten Bezugspersonen können insbesondere Erzieher und

Lehrer oder sonstige Personen sein, die unmittelbar und regelmäßig mit der Krankheit des Patienten konfrontiert sind – so zum Beispiel bei Kindern und Jugendlichen, die in einem Heim leben.

§ 10 Verbindung von Diagnostik und Therapie

Die bisherigen Ausführungen in § 10 sowie der neu eingefügte Satz 4 mit der Vorgabe, die Möglichkeit der Behandlung in Gruppen in angemessener Weise zu berücksichtigen, werden nun unter Absatz 1 geführt. Zudem wird ein neuer Absatz angefügt. In diesen wird die Durchführung einer frühzeitigen diagnostischen Abklärung geregelt. Diese findet in der Sprechstunde statt und beinhaltet eine „Orientierende Diagnostische Abklärung (ODA)“ und wenn notwendig eine „Differenzialdiagnostische Abklärung (DDA)“.

Einer frühzeitigen diagnostischen Abklärung der von der Patientin bzw. vom Patienten geschilderten Probleme und Symptome kommt im Hinblick auf eine effektive Steuerung und Zuweisung eine besondere Bedeutung zu. Dies begründet auch die Verortung der ODA und – wenn notwendig – der DDA bereits in der Sprechstunde. Zur orientierenden diagnostischen Abklärung der vom Patienten geschilderten psychischen Symptomatik sind in der Regel standardisierte diagnostische Instrumente einzusetzen, um die diagnostische Einschätzung der Therapeutin bzw. des Therapeuten zu fundieren/validieren.

Die ODA und – sofern erforderlich – die DDA bilden die Grundlage für die Verknüpfung der Diagnose bzw. Diagnosen mit unterschiedlichen Interventionsentscheidungen bis hin zur Indikationsstellung für eine spezifische Therapie für die Feststellung von Kontraindikationen sowie für die Bestimmung der Prognose, z.B. im Hinblick auf den weiteren Verlauf, die Remission der Symptomatik das Rückfallrisiko sowie auch bezüglich der Planung von weiterführenden Maßnahmen.

Zielsetzung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung ist eine erste Einschätzung des Behandlungsbedarfes des Patienten, um dem Patienten das geeignete Behandlungsangebot aufzuzeigen. Dabei kann es sich sowohl um eine Empfehlung für ein spezifisches Psychotherapieverfahren, als auch um alternative Versorgungsangebote (z. B. stationäre Behandlung, psychiatrische Behandlung, gemeinnützige Einrichtungen etc.) handeln. Bei einer Indikationsstellung für eine Richtlinien-therapie erfolgt die Überprüfung der Psychotherapiefähigkeit des Patienten und der Passung zwischen dem Patienten, dem Therapeuten und dem gewählten Psychotherapieverfahren während der probatorischen Sitzungen.

§ 11 alt: Psychosomatische Grundversorgung

Der § 11 wird in Kapitel C § 23 Absatz 1 eingefügt.

§ 11 neu: Psychotherapeutische Sprechstunde

Um für Patientinnen und Patienten einen zeitnahen Zugang zur Therapeutin oder zum Therapeuten zu ermöglichen, und zur Flexibilisierung des Therapieangebotes wird ein neuer § 11 eingeführt, der die Erbringung von psychotherapeutischen Sprechstunden regelt.

PatV

Die psychotherapeutische Sprechstunde ist grundsätzlich vor der Behandlung in probatorischen Sitzungen (§ 12) und der Durchführung von Richtlinien-therapien (psychotherapeutische Akutbehandlung nach § 13 und Psychotherapie nach § 15) verpflichtend durchzuführen.

Um einen zeitnahen Zugang von Patientinnen und Patienten zu schaffen, sind die Therapeutinnen und Therapeuten daher entsprechend verpflichtet, psychotherapeutische Sprechstunden anzubieten.

Die Festlegungen in § 11 sollen sicherstellen, dass jede Patientin und jeder Patient vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen von ein bis maximal sechs Sprechstundeneinheiten à 25 Minuten (maximal 150 Minuten) die Art der vorliegenden Problematik zeitnah mit einer Therapeutin bzw. einem Therapeuten klärt. So ist insbesondere zu klären, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und ob ein psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht, oder welche weiteren fachspezifischen Hilfen notwendig erscheinen. Die Zielsetzung der Sprechstunde ist dabei, das für den Patienten geeignete Versorgungsangebot zu finden, ihn entsprechend zu beraten und bei der Inanspruchnahme zu unterstützen. Sofern sich keine weitergehende Psychotherapeutische Behandlung anschließt, ist es natürlich auch möglich nur eine Einheit à 25 Minuten zu erbringen.

Um auf den jeweiligen Bedarf der Patientin oder des Patienten besser eingehen zu können, wurde zur Flexibilisierung der psychotherapeutischen Sprechstunde die Möglichkeit geschaffen, die Sprechstunde in Zeiteinheiten à 25 Minuten zu erbringen.

Sofern in der Sprechstunde psychische oder psychisch bedingte Symptome festgestellt werden, ist eine orientierende diagnostische Abklärung (ODA) durchzuführen. Bei Bedarf kann auch eine differenzialdiagnostische Abklärung (DDA) erfolgen.

Um den besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen, können bei Einbeziehung von Bezugspersonen bis zu 10 Sprechstundeneinheiten à 25 Minuten (maximal 250 Minuten) durchgeführt werden.

Sofern nach einer Sprechstunde oder im Rahmen einer laufenden Psychotherapie ein Therapeutenwechsel stattgefunden hat, oder wenn ein Patient aus stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder aus rehabilitativer Behandlung nach § 40 Absatz 1 oder 2 SGB V aufgrund einer Diagnose nach § 22 mit einer weiterführenden ambulanten Therapieempfehlung entlassen wurde, kann auf die Durchführung von Sprechstunden verzichtet werden.

Im Rahmen der erfolgten ambulanten bzw. stationären oder rehabilitativen Vorbehandlung ist der psychotherapeutische Behandlungsbedarf hinreichend festgestellt und die Patientin bzw. der Patient über die Behandlungserfordernisse und -möglichkeiten informiert worden. Ansonsten ist die Durchführung einer Sprechstunde vor einer psychotherapeutischen Behandlung verpflichtend.

Um Patientinnen und Patienten die Kontaktaufnahme zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten zu erleichtern und einen zeitnahen Zugang zur Sprechstunde zu gewährleisten, ist eine gute Erreichbarkeit eines Ansprechpartners in einer psychotherapeutischen Praxis unverzichtbar. Aus diesem Grund ist eine der Bedingungen zur Erbringung von Sprechstunden, dass eine gute telefonische Erreichbarkeit gegeben ist. Daher haben Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag hierfür 5 Stunden pro Woche und Psychotherapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag 2,5 Stunden zur Verfügung zu stellen. Die Regelung, dass die telefonische Erreichbarkeit mindestens in halbstündigen Zeiteinheiten gegeben sein muss, soll den Zugang für die Patienten erleichtern und auch eine ggf. erforderliche weitere telefonische Klärung des Anliegens ermöglichen. Vorgehensweisen wie beispielsweise eine telefonische Erreichbarkeit allein jeweils fünf

Minuten vor der vollen Stunde sind nicht zulässig, da sie keinen schnellen, unkomplizierten Zugang für Patienten gewährleisten. Die Zeiten der Erreichbarkeit sind eindeutig zu definieren und öffentlich zugänglich zu machen. Patientinnen und Patienten sollen sich schnell über Therapeutinnen und Therapeuten, die psychotherapeutische Sprechstunden anbieten, informieren können. Dazu sollen deren Namen und Adressen veröffentlicht werden (z.B. in den Arzt-/Therapeutenprofilen der KVen im Internet) und den Patienten bekannt gemacht werden. Ansprechpartner in der Praxis muss nicht der Psychotherapeut selbst sein, vielmehr kann die Erreichbarkeit durch Praxispersonal sichergestellt werden. Die Erreichbarkeitszeiten können durch elektronische Hilfsmittel wie z.B. einen Anrufbeantworter mitgeteilt, aber nicht abgedeckt werden.

Um dem mit der Einführung dieser neuen Leistung entstehenden Bedarf Rechnung zu tragen, insbesondere aufgrund der verpflichtenden Koppelung der Sprechstunde für Patienten zum Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung,

KBV/GKV	PatV
sind diejenigen Therapeuten, die Psychotherapeutische Sprechstunden anbieten, verpflichtet,	sind die Therapeuten verpflichtet,

bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 100 Minuten pro Woche, im Falle eines hälftigen Versorgungsauftrages mindestens 50 Minuten pro Woche für Sprechstunden vorzuhalten. Bei der Bemessung der zur Verfügung zu stellenden Gesprächszeit kommt es – genau wie bei den Erreichbarkeitszeiten – auf den Umfang des Versorgungsauftrages (voll oder hälftig) entsprechend § 19a Zulassungsverordnung für Vertragsärzte an und nicht auf den Umfang der tatsächlich erbrachten Leistungen der Therapeutin oder des Therapeuten.

Die Sprechstunde kann mit oder ohne Terminvergabe erfolgen; dies ist den organisatorischen Anforderungen der jeweiligen psychotherapeutischen Praxis überlassen und erfordert daher keine Vorgaben auf Bundesebene; die Entscheidung über die gewählte Organisationsform ist jedoch über die KV zu veröffentlichen.

KBV	GKV
Sofern Termine für eine Sprechstunde vergeben werden, ist die nach Absatz 1 Satz 1 erforderliche Zeitnähe jedenfalls dann gegeben, wenn eine Terminierung innerhalb von vier Wochen ab dem Zeitpunkt der Kontaktaufnahme erfolgt.	Sofern Termine für eine Sprechstunde vergeben werden, ist die nach Absatz 1 Satz 1 erforderliche Zeitnähe jedenfalls dann gegeben, wenn eine Terminierung innerhalb von zwei Wochen ab dem Zeitpunkt der Kontaktaufnahme erfolgt.

Bei der Terminvergabe ist selbstverständlich zu berücksichtigen, dass der schnellen Identifizierung von akuten Behandlungsfällen eine besondere Bedeutung zukommt. Die Sprechstunde ist vom Therapeuten persönlich, d. h. im unmittelbaren Patientenkontakt in einem Raum der Praxis zu erbringen, da eine Klärung und frühzeitige diagnostische Einschätzung vorzunehmen ist, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und dem Patienten dann entsprechende Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden sollen. Hierbei handelt es sich nicht nur um eine Beratung hinsichtlich eines zu wählenden Psychotherapieverfahrens, sondern auch um Aufklärung über alternative Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, bzw. bei Problemen, die noch keine psychische Störung mit Krankheitswert i.S. der Psychotherapie-Richtlinie darstellen (z.B. Erziehungsberatung,

Eheberatung durch entsprechende Beratungsstellen in freier Trägerschaft) oder bspw. bei psychischen Erkrankungen, bei denen aktuell kein Behandlungsbedarf besteht (z.B. Selbsthilfegruppen, gemeindepsychiatrischer Dienst der Gesundheitsämter).

KBV	GKV
Um die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung sicherzustellen und um einen angemessenen psychotherapeutischen Behandlungsplan aufstellen zu können, ist es zwingend erforderlich, dass mögliche somatische Ursachen der Erkrankung vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung nach dieser Richtlinie (§ 13 Psychotherapeutische Akutbehandlung, §15 Behandlungsformen) ausgeschlossen werden.	Um die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung sicherzustellen und um einen angemessenen psychotherapeutischen Behandlungsplan aufstellen zu können, ist es zwingend erforderlich, dass mögliche somatische Ursachen der Erkrankung vor Beginn einer Akutbehandlung gemäß § 13 und psychotherapeutischen Behandlung nach dieser Richtlinie gemäß § 15 ausgeschlossen werden.
Dies sollte bei Indikationsstellung für eine Akutbehandlung bereits im Rahmen der Sprechstunde veranlasst werden, damit das Ergebnis (Konsiliarbericht gemäß § 31) rechtzeitig vorliegt und eine notwendige psychotherapeutische Behandlung zeitnah begonnen werden kann, sofern eine Richtlinien-therapie nach § 15 stattfinden soll, spätestens im Rahmen der Probatorischen Sitzungen.	Dies sollte bei Indikationsstellung für eine Psychotherapeutische Behandlung bereits im Rahmen der Sprechstunde veranlasst werden, damit das Ergebnis (Konsiliarbericht gemäß § 31) rechtzeitig vorliegt und eine notwendige psychotherapeutische Behandlung zeitnah begonnen werden kann.

Der Konsiliarbericht oder eine unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung sind zur Inanspruchnahme der Sprechstunde zwar nicht obligatorisch, jedoch ist ein Konsiliarbericht vor einer psychotherapeutischen Behandlung verpflichtend einzuholen. Soweit weitere spezifische somatische Anzeichen für eine Erkrankung vorliegen, sind auch weitergehende somatische Abklärungen einzuleiten.

Die Information und Beratung der Patientin und des Patienten über Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten ist ein essentieller Bestandteil der Sprechstunde. Damit der Patient auch nach der Sprechstunde auf diese Informationen zurückgreifen kann, wurde in Absatz 15 festgelegt, dass er von der Therapeutin oder vom Therapeuten zum einen ein Informationsblatt „Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte“ erhält, dem die wichtigsten Informationen zu den verschiedenen Psychotherapieverfahren und zum formalen Ablauf von ambulanter Psychotherapie gemäß dieser Richtlinie zu entnehmen sind. Zum anderen erhält die Patientin oder der Patient von der Therapeutin oder vom Therapeuten eine schriftliche Rückmeldung über das Ergebnis der Sprechstunde („Individuelle Patienteninformation“), als Hilfestellung für das weitere Vorgehen. Eine Version dieser schriftlichen Rückmeldung ist gemäß § 37 Absatz 1 auch Bestandteil der Patientendokumentation der Therapeutin oder des Therapeuten.

KBV	GKV	PatV
	Die zuständige Krankenkasse erhält gemäß	Das ist nicht Zweckbestimmung der

	<p>§ 37 Absatz 2 zur Information eine den Datenschutzbestimmungen entsprechende Information über das Ergebnis der Sprechstunde.</p>	<p>individuellen Patienteninformation. Zudem müssten datenschutzrechtlich relevante Patienteninformationen, die an die Krankenkasse übermittelt werden sollen, aus dem Richtlinientext selbst mit Zweck der Datenerhebung hervorgehen. Übermittelt werden ausschließlich abrechnungsrelevante Informationen nach §§ 294ff SGB V. Siehe auch Ausführungen der PatV zu § 37 Abs.2.</p>
KBV/GKV	PatV	
<p>Das Nähere zu den beiden v. g. Informationsblättern regelt gemäß § 11 Absatz 15 Satz 2 die Psychotherapie-Vereinbarung. In der Psychotherapie-Vereinbarung werden bereits derzeit die Formulare definiert; daher ist es auch in diesem Kontext sinnvoll, die einheitlichen formalen Vorgaben für die Information der Therapeuten gegenüber den Patienten dort zu regeln.</p>	<p>Der G-BA hat das Erfordernis niedrighschwelliger Informationsangebote über Therapieangebote, deren Verfügbarkeit und Bewilligungsverfahren im Rahmen seines Auftrags zu berücksichtigen (vgl. Begründung GKV-VSG zu § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V). Eine Regelungskompetenz für die Psychotherapie-Vereinbarung ist nicht gegeben.</p> <p>Der G-BA regelt daher das Nähere zu den beiden v.g. Informationsblättern, die als Anlage der Psychotherapie-RL angefügt werden. Die in der „individuellen Patienteninformation“ enthaltenen Informationen zum Ergebnis der Sprechstunde sind dabei ausschließlich zur Information des Patienten</p>	

	sowie zur Dokumentation in der Patientenakte bezweckt. Eine Information des Behandlungsergebnisses an die Krankenkasse erfolgt nicht. Abrechnungsrelevante Daten werden nach den §§ 294 SGB V übermittelt.
--	--

Da es sich bei der Sprechstunde um eine neu zu schaffende Leistung handelt, soll innerhalb von fünf Jahren eine Evaluation dieser Leistung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgen. Gegenstand der Evaluation ist, ob die vom Gesetzgeber intendierten Ziele – Wartezeiten zu verringern, Patientinnen und Patienten einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten zu ermöglichen und durch individuelle Beratung über Versorgungsmöglichkeiten, eine entsprechende Steuerung sowie durch eine frühzeitige Abklärung des Behandlungsbedarfs eine Optimierung der psychotherapeutischen Behandlung zu erzielen - mit diesem Instrument erreicht werden konnten und je nach Ergebnis, welche Sachverhalte die Zielerreichung beeinträchtigt oder verhindert haben und welche Änderungen ggf. notwendig sind, um die vorbeschriebenen Ziele zu erreichen.

§ 12 Probatorische Sitzungen

Der Gemeinsamen Bundesausschuss hat gemäß § 92 Absatz 6a SGB V auch das Nähere über die probatorischen Sitzungen zu regeln. Die diesbezügliche Regelung beschränkte sich bisher auf den Leistungsumfang. Um auch hinsichtlich der Inhalte Klarheit und Verbindlichkeit zu schaffen, wird nun das Nähere zum Umfang und zu den Inhalten der probatorischen Sitzungen in einem eigens dafür geschaffenen neuen Paragraphen geregelt.

KBV	GKV
Probatorische Sitzungen dienen der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15. Notwendige Voraussetzung für eine Behandlung nach § 15 ist die Durchführung mindestens einer probatorischen Sitzung.	Probatorische Sitzungen dienen der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie. Notwendige Voraussetzung für eine Behandlung nach §§ 13 und 15 ist die Durchführung von drei probatorischen Sitzungen.

Sie sind keine Psychotherapie im Sinne der Richtlinie und werden daher nicht auf die Therapiekontingente angerechnet. In der Probatorik sollen weitere differenzialdiagnostische Abgrenzungen des Krankheitsbildes und eine Einschätzung der Prognose vorgenommen werden. Des Weiteren soll auch eine Klärung der Motivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit sowie der Verlässlichkeit des Patienten für die geplante Behandlung erfolgen. Dabei ist auch von beiden Seiten, also Patient und Therapeut, zu prüfen, ob das Verfahren zur Behandlung des Krankheitsbildes des Patienten geeignet erscheint.

KBV	GKV
Darüber hinaus besteht für den Patienten die Möglichkeit zu prüfen, ob er ein Vertrauensverhältnis zum Therapeuten aufbaut und sich bei diesem Therapeuten auf eine psychotherapeutische Behandlung	Darüber hinaus besteht für den Patienten die Möglichkeit zu prüfen, ob er ein Vertrauensverhältnis zum Therapeuten aufbaut und sich bei diesem Therapeuten auf eine psychotherapeutische Behandlung

nach § 15 einlassen kann. Hierfür sind bei erwachsenen Versicherten bis zu fünf (Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) bzw. acht (Analytische Psychotherapie) probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer vorgesehen. Um den besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen, können bei diesen bis zu sieben bzw. zehn Sitzungen von je 50 Minuten durchgeführt und die Bezugspersonen bei Bedarf miteinbezogen werden.	einlassen kann. Hierfür sind bei erwachsenen Versicherten drei probatorische Sitzungen von je 50 Minuten vorgesehen. Um den besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen, können bei diesen bis zu fünf Sitzungen von je 50 Minuten durchgeführt und die Bezugspersonen bei Bedarf miteinbezogen werden.
---	---

Bei nicht ausreichender psychischer Belastbarkeit bzw. Konzentrationsfähigkeit des Patienten ist, wie bereits im EBM geregelt, auch eine Leistungserbringung in Einheiten von 25 Minuten möglich.

Probatorische Sitzungen sind im Einzelsetting zu erbringen, weil damit sowohl für den Psychotherapeuten als auch für den Patienten ausreichend Zeit und ein geschützter Raum zur genaueren Erfassung der Problematik, zum gegenseitigen Kennenlernen und zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zur Verfügung steht.

Da es sich bei probatorischen Sitzungen nicht um Richtlinientherapie handelt und diese auch nicht Teil des Therapiekontingentes sind, wird hier anstelle des Begriffes „Einzeltherapie“ der unspezifischere Begriff „Einzelbehandlung“ gewählt.

§ 13 Psychotherapeutische Akutbehandlung

KBV	GKV
An die Sprechstunden können sich bei Bedarf zwei verschiedene Behandlungswege anschließen, nämlich Probatorische Sitzungen mit anschließender Richtlinientherapie nach § 15 oder eine Akutbehandlung. Für Patientinnen und Patienten, die nach der Sprechstunde aufgrund der Art und der Akuität ihrer psychischen Symptome zeitnahe psychotherapeutischer Behandlung bedürfen, wird eine psychotherapeutische Akutbehandlung eingeführt.	An die Sprechstunde schließt sich eine dreistündige Probatorik an. Nach der Probatorik besteht die Möglichkeit der Erbringung von Akutbehandlung oder einer Psychotherapeutischen Behandlung nach § 15. Für Patientinnen und Patienten, die aufgrund der Art und der Akuität ihrer psychischen Symptome eine besondere Behandlung benötigen, wird eine Akutbehandlung eingeführt. Aufgrund der Schwere und der Akuität der psychischen Symptome ist es besonders wichtig, zunächst zu prüfen, ob ein Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Patient aufgebaut werden kann. Dies setzt Probatorische Sitzungen vor der Akutbehandlung voraus.

Der Zugang des Patienten zur psychotherapeutischen Behandlung findet grundsätzlich im Rahmen von Sprechstunden statt.

Ziel der psychotherapeutischen Akutbehandlung ist die Besserung akuter psychischer Krisen- bzw. Ausnahmezustände mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen aus den Verfahren nach § 15 dieser Richtlinie. Der Einschätzung einer möglichen Selbst- oder Fremdgefährdung sowie der Einleitung ggf. erforderlicher anderer Behandlungsmaßnahmen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Hierfür ist eine Zusammenarbeit der Therapeutin oder des Therapeuten mit zuweisenden und kooperierenden Fachgruppen sowie teilstationären und stationären Einrichtungen sinnvoll.

Die psychotherapeutische Akutbehandlung erfolgt als Einzelbehandlung mit einer Dauer von mindestens 25 Minuten, bei Erwachsenen

KBV	GKV
höchstens 16 mal je Krankheitsfall und bei Kindern und Jugendlichen, auch mit Einbeziehung von Bezugspersonen, höchstens 20 mal. Häufigkeit und Frequenz sind auf die Behandlungserfordernisse der jeweils vorliegenden psychischen Symptomatik auszurichten.	höchstens 24 mal je Krankheitsfall, bei Kindern und Jugendlichen auch mit Einbeziehung von Bezugspersonen. Häufigkeit und Frequenz sind auf die Behandlungserfordernisse der jeweils vorliegenden psychischen Symptomatik auszurichten.

Um einen schnellen Zugang zu dieser Versorgung zu gewährleisten, besteht für den Therapeuten lediglich die Pflicht, den Beginn der psychotherapeutischen Akutbehandlung bei der zuständigen Krankenkasse anzuzeigen. Eine psychotherapeutische Akutbehandlung, die nicht bis spätestens 14 Tage nach Indikationsstellung begonnen wurde, erfüllt nicht den Zweck dieser neuen Versorgungsmöglichkeit und kann nicht mehr als psychotherapeutische Akutbehandlung bewertet werden.

KBV	GKV
	Erbrachte Stunden in der Akutbehandlung sind Bestandteil des ersten Stundenkontingents der Kurzzeittherapie.

§ 14 Rezidivprophylaxe

Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe sind integraler und unverzichtbarer Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlung nach § 15 dieser Richtlinie. Der Einführung einer gesonderten Leistung zur Rezidivprophylaxe als eigenständiges Modul zur psychotherapeutischen Nachbehandlung im Gefolge einer regulär durchgeführten Psychotherapie bedarf es dagegen nicht. Ziel ist es, einem Wiederauftreten von bereits behandelten psychischen Symptomen nach Therapieende vorzubeugen bzw. den Patienten dazu zu befähigen, ein erneutes Aufkommen der Symptomatik frühzeitig wahrzunehmen und die diesbezüglich in der Behandlung erlernten Strategien und Bewältigungsmechanismen anzuwenden.

Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe sind bei der Behandlungsplanung einer Langzeittherapie angemessen zu berücksichtigen und können, sofern erforderlich, zum Behandlungsende einen Schwerpunkt der Behandlung darstellen. Es besteht auch die Möglichkeit, Maßnahmen zur Rückfallverhinderung nach Behandlungsende in einer längeren

niederfrequenten Phase zu vermitteln und damit auch deren Wirksamkeit zu erproben. Hierfür besteht die Möglichkeit, das nicht ausgeschöpfte Behandlungskontingent nach bereits erfolgtem Behandlungsabschluss in der Langzeittherapie bei gegebener Notwendigkeit zur Rezidivprophylaxe zu verwenden. Der hierfür festgelegte Zeitraum beträgt ab Therapieende zwei Jahre.

Da die Regelungen der Richtlinie vorsehen, dass die verbliebenen bewilligten Stunden für die Rezidivprophylaxe bis zu zwei Jahre genutzt werden können und damit auch eine Unterbrechung für mehr als sechs Monate möglich ist – im Gegensatz zur sonst zulässigen Unterbrechung von bis zu sechs Monaten (vgl. § 11 Absatz 13 Psychotherapievereinbarung) - soll eine Kennzeichnung der erbrachten Langzeittherapieleistungen erfolgen, die im Rahmen der Rezidivprophylaxe durchgeführt werden (z.B. über die Aufnahme einer Kennzeichnungspflicht für die betroffenen Gebührenordnungspositionen im EBM).

Um ein angemessenes Verhältnis des Einsatzes von Rezidivprophylaxe zur Richtlinien-therapie zu erreichen, ist vorgesehen, dass bei einem Abschluss der Therapie mit 40 bis 59 Stunden acht Stunden Rezidivprophylaxe erbracht werden können und bei einem Abschluss der Therapie nach mehr als 60 Stunden 16 Stunden Rezidivprophylaxe erbracht werden können. Wie bereits ausgeführt, sind die Stunden der Rezidivprophylaxe Bestandteil des nicht ausgeschöpften Restkontingents, und damit Bestandteil der Höchstgrenzen der jeweiligen Verfahren.

Die Entscheidung, ob eine Rezidivprophylaxe nach Abschluss der Behandlung erfolgen soll oder nicht, soll in den Behandlungsplan Eingang finden. Entsprechend ist auf dem Antrag für eine Langzeittherapie vorzusehen, dass verschiedene Optionen angegeben werden können:

- a) Abschluss der Behandlung mit X Stunden Rezidivprophylaxe
- b) Abschluss der Behandlung ohne Rezidivprophylaxe
- c) Einsatz von Rezidivprophylaxe noch nicht absehbar
- d) Weitere Therapiekontingente voraussichtlich erforderlich

Bei den Optionen c) und d) ist eine Begründung im Bericht an den Gutachter auszuführen, sofern der Langzeitantrag gutachterpflichtig ist.

§ 20 Anwendungsformen

Punkt 2

Die bisherige Formulierung zur Gruppentherapie unter Punkt 2 sah vor, dass eine Gruppentherapie nur durchgeführt werden konnte, sofern sie therapeutisch erforderlich war und die entsprechenden gruppenspezifischen Prozesse genutzt werden konnten. Die neue Formulierung greift diesen Punkt auf und erweitert den Einsatzbereich der Gruppentherapie. Nun können Gruppentherapien Einsatz finden, wenn sie bereits förderlich für die Behandlung des Patienten sind. Das heißt, dass bei einer gleich guten Prognose des Behandlungsergebnisses im Einzel- wie im Gruppensetting beide Anwendungsformen gleichberechtigt Einsatz finden können.

KBV/GKV-SV	PatV
Punkt 5 Die bisherige Regelung in der Psychotherapie-Richtlinie (§ 20 „Anwendungsformen“, Nr. 5) sieht für die	Punkt 5 Die PatV spricht sich für die Beibehaltung der bisher vorgegebenen Gruppengröße (6 bis 9) im Falle der psychoanalytisch

psychoanalytisch begründeten Verfahren bei Erwachsenen eine Gruppengröße von „6 bis 9 Patienten“, bei Kindern und Jugendlichen „3 bis 9 Patienten“ und für die Verhaltenstherapie eine Gruppengröße von „2 bis 9 Patienten“ vor. Im Zuge der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie soll eine Vereinheitlichung dieser Vorgabe dahingehend erfolgen, dass bei der Behandlung von Patienten im Gruppensetting die Gruppe mindestens drei und höchstens neun Patienten umfasst.

Im Rahmen einer kursorischen Evidenzprüfung des G-BA zur Gruppengröße wurde die bestehende Gruppengröße bei psychoanalytisch begründeten Verfahren zwar im Wesentlichen bestätigt, jedoch zeigten sich keine Kontraindikationen für eine Gruppengröße von drei bis fünf Teilnehmern. Auf Grund von organisatorischen Schwierigkeiten oder regionalen Divergenzen kann es insbesondere zum Aufbau einer Gruppe sinnvoll sein, auch eine geringere Gruppengröße zuzulassen. Aus diesem Grunde wurde vom G-BA eine Gruppengröße von drei bis neun Patienten festgelegt.

Die bisher bestehende Festlegung zur Gruppengröße im Rahmen der Verhaltenstherapie erfolgte 1987 im Zuge der Aufnahme der Verhaltenstherapie in die Psychotherapie-Richtlinie und basierte auf dem damaligen Entwicklungsstand des Verfahrens und nicht auf Basis einer evidenzbasierten Prüfung anhand von wissenschaftlichen Studien. Seit ihrer Einführung in die Versorgung gesetzlich Krankenversicherter hat sich die Verhaltenstherapie, auch im Bereich der Behandlung in Gruppen, umfänglich weiterentwickelt.

Der Grund für die jetzige Anpassung liegt zum einen darin, dass in der Literatur auch für die Verhaltenstherapie in Gruppen Wirkfaktoren postuliert werden, die nur in

begründeten Verfahren aus. Dies erscheint fachlich geboten. Nur bei einer hinreichenden Gruppengröße wird die Entfaltung der Gruppendynamik, die wechselseitige Unterstützung der Patienten, das Kennenlernen verschiedener Perspektiven und die „Relativierung“ des eigenen Leidens gefördert. Auch die jahrzehntelangen Erfahrungen der Selbsthilfegruppen-Bewegung legen eine solche Gruppengröße nahe.

Gruppen – zwei Personen sind per definitionem keine Gruppe – mit geeigneter Größe ausreichend Wirksamkeit entfalten können (z.B. spezifische Wirkfaktoren wie Rückmeldung erhalten, annehmen und geben, Unterstützung, Altruismus, Modellernen, Rollenspiele). Zum anderen, weil keine der im Rahmen der evidenzbasierten Prüfung der Psychotherapie-Richtlinienverfahren zur Verhaltenstherapie in Gruppen gefundenen Publikationen/Studien „Behandlungsgruppen“ mit nur 2 Teilnehmern konzipiert, durchgeführt und untersucht haben. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Änderung der Vorgabe zur Gruppengröße geboten. Der G-BA hat daher auch bei der Verhaltenstherapie eine Gruppengröße von drei bis neun Teilnehmern festgelegt.

Wegen der eingeschränkten Erkenntnismöglichkeiten aus der vorliegenden Literatur überprüft der G-BA auf Basis von Routinedaten innerhalb von 4 Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen in § 20 deren Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der ambulanten Gruppenpsychotherapie. Ziel der Evaluation ist es, auf der Basis einer nichtpersonenbezogenen Auswertung von Routinedaten die Inanspruchnahme ambulanter Gruppenpsychotherapie vor Inkrafttreten der Regelung in § 20 Nr. 4 und deren Entwicklung in der Zeit nach Inkrafttreten zu vergleichen. Die Auswirkungen des Beschlusses sollen hinsichtlich der Verfahren differenziert dargestellt werden.

§ 21 Kombination von Anwendungsformen (alt § 19)

Absatz 3 (neu)

Grundsätzlich ist beim Antrag auf psychotherapeutische Behandlung anzugeben, in welchem Setting die Behandlung erfolgen soll. Wird eine Veränderung des bewilligten Behandlungssettings in der Kurzzeittherapie angestrebt, so war es bisher erforderlich einen Änderungsantrag zu stellen. Durch die neue Regelung ist dies nun nicht mehr erforderlich; vielmehr ist eine Anzeige der Änderung ausreichend. In der Langzeittherapie ist ein Umwandlungsantrag zur Änderung des Behandlungssettings erforderlich.

§ 27 Behandlungsumfang und -begrenzung (alt § 23)

Im § 27 werden einige Regelungsinhalte, die bisher in Folgeparagrafen eingeordnet waren, im Sinne einer Präambel vor die Kontingentschritte gesetzt. Inhaltlich haben sich hier grundsätzlich keine Änderungen ergeben.

KBV	GKV
Der bisherige Richtlinien-Text zur Probetherapie wird dahingehend ergänzt, dass neben Behandlungsumfang und Behandlungsfrequenz, die in einer	Da der Behandlungsablauf verändert wurde und jede Therapie mit einer anzeigepflichtigen Kurzzeittherapie beginnt, kann eine Probetherapie entfallen. Die

<p>Probetherapie geprüft werden sollen, auch die verfahrensspezifische Indikationsstellung überprüft werden soll. Diese kann bei manchen Patienten nach den probatorischen Sitzungen noch unklar sein. In einer verfahrensspezifischen Probetherapie soll eine vertiefende Prüfung erfolgen, ob der Patient mit dem jeweiligen Therapeuten oder Therapeutin arbeiten kann und von den verfahrensspezifischen Methoden und Techniken profitiert.</p>	<p>schnelle Zugangsmöglichkeit zur Behandlung ist durch die Anzeigepflicht gegeben; gleichzeitig kann dieser erste Kontingentschritt bei Bedarf unbürokratisch im Sinne einer Probetherapie Einsatz finden.</p>
<p>In Absatz 3 wurde die Länge der Therapiestunden, die bisher in Absatz 2 des § 23a (alt) definiert wurde aufgegriffen; die Regelung wurde auf die Richtlinienpsychotherapie, d.h. Akutbehandlung und Therapie nach § 15 zugespitzt. Zudem wurde die Verrechenbarkeit bei einer Kombinationsbehandlung ergänzt, die bisher in den § 23b Absatz 1 Nr. 3 und 4 (alt) geregelt wurde.</p>	<p>In Absatz 3 wurde die Länge der Therapiestunden, die bisher in Absatz 2 des § 23a (alt) definiert wurde aufgegriffen; die Regelung wurde auf die Richtlinienpsychotherapie, d.h. Therapie nach § 15 zugespitzt. Zudem wurde die Verrechenbarkeit bei einer Kombinationsbehandlung ergänzt, die bisher in den § 23b Absatz 1 Nr. 3 und 4 (alt) geregelt wurde.</p>

Die Regelung im Absatz 4 befand sich in § 23b Absatz 1 Nr. 2 (alt) und wurde nur redaktionell angepasst. Die Regelung zur Anrechenbarkeit wurde nur auf Erwachsene bezogen, da in § 11 Abs. 9 PT-Vereinbarung geregelt wird, wie die Einbeziehung von Bezugspersonen möglich ist und wie diese angerechnet werden.

Die Absätze 5 und 6 wurden vorangestellt, sie waren bisher in den § 23b Absatz 1 Nr. 2 und 4 (alt).

Der Absatz 7 wurde neu gefasst, drückt inhaltlich aber unverändert die Anrechnung der Kurzzeittherapiekontingente auf die Langzeitkontingente aus. Diese Regelung befand sich in § 23b Absatz 2 (alt).

§ 28 Therapieansätze in den Verfahren nach § 15 (alt 23a)

Absatz 1, vormalig Nummer 1

Die vormalige Nummer 1 wurde gestrichen, da in diesem Abschnitt die Probatorischen Sitzungen hinsichtlich der verfügbaren Stunden beschrieben wurden. Dieser Absatz ist nun redundant, da für die Probatorischen Sitzungen der § 12 geschaffen wurde.

KBV	GKV
<p>Der bewährte bisherige Ablauf der psychotherapeutischen Verfahren mit probatorischen Sitzungen, antrags- und genehmigungspflichtiger Kurzzeittherapie (KZT) und antrags- und genehmigungspflichtiger Langzeittherapie</p>	

(LZT) bleibt im Grundsatz erhalten.

Antrags- und Genehmigungspflicht für die gesamte KZT und LZT, ggf. ergänzt durch das Gutachterverfahren, haben sich bewährt und bilden den prägenden und stabilisierenden Rahmen der verfahrensspezifischen Richtlinien-therapie, auch unter Qualitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitsaspekten. Die Genehmigung der Krankenkassen gibt den Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten die verbindliche Zusage, dass ein bestimmtes Stundenkontingent für die Bearbeitung der Störungsbedingungen, der Konfliktlage, des Traumas oder der strukturellen Probleme zur Verfügung steht und bewirkt damit Planungssicherheit von Beginn der Psychotherapie an. Das wirkt sich stabilisierend auf die therapeutische Beziehung und damit auch auf den Heilungsprozess in der psychotherapeutischen Behandlung aus.

Das einheitliche erste Therapiekontingent von 25 Stunden für eine Kurzzeittherapie bei tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und Verhaltenstherapie trägt ebenfalls zur Planungssicherheit bei und vermeidet den überflüssigen bürokratischen Aufwand, der mit der Aufteilung dieses Kontingents in zwei Teile verbunden wäre.

Das Festhalten an der Antragspflicht führt zu keiner relevanten Verzögerung hinsichtlich des Beginns einer Therapie. In der Regel werden die formalen Anträge auf eine Kurzzeittherapie, die heute schon in den meisten Fällen ohne Einschaltung eines Gutachters beantragt werden, in mehr als 70% der Fälle innerhalb einer Woche von den Krankenkassen beantwortet.

Der dennoch gebotenen, auch dem Auftrag des Gesetzgebers entsprechenden, Flexibilisierung der Richtlinien-therapie wird u. a. durch die Einführung der Sprechstunde, ggf. mit diagnostischer Abklärung, sowie der Akutbehandlung Rechnung getragen. In der neu einzuführenden Sprechstunde erfolgt

eine zeitnahe Klärung der Dringlichkeit und der Akuität und es wird in der Regel eine Diagnose gestellt. Auf der Basis dieser Einschätzungen und Ergebnisse werden die Patientinnen und Patienten zielgerichtet der geeigneten Intervention zugeführt. Dies kann eine psychotherapeutische Akutbehandlung, eine Richtlinien-therapie oder aber auch ein anderes Leistungsangebot innerhalb oder außerhalb des GKV-Systems sein

Nicht alle Patientinnen und Patienten benötigen einen unmittelbaren und schnellen Zugang zu einer Richtlinien-therapie. Diejenigen, die akut Hilfe aufgrund psychischer Probleme benötigen, können in Sprechstunden und bei entsprechender Akuität und Indikation mit einer psychotherapeutischen Akutbehandlung zeitnah versorgt werden. Daher wird als weiterer neuer Therapiebaustein eine Akutbehandlung (siehe § 13) mit einem begrenzten Stundenkontingent von 8 Stunden, die direkt an die Sprechstunde und diagnostische Abklärung anschließt, eingeführt. Hier genügt eine Anzeigepflicht, bei der keine Rückantwort der Krankenkassen erfolgen muss und somit bei Patientinnen und Patienten, bei denen dies erforderlich ist, eine sofortige Aufnahme der Behandlung möglich ist (siehe § 13 und § 33). Damit wird ein niederschwelliger und zeitnaher Zugang zu einer Behandlung gewährleistet.

Wird in der Sprechstunde die Indikation für eines der Richtlinien-Verfahren gestellt, so kann der Therapeut mit dem Patienten weiterhin in dem gewählten Verfahren eine Kurzzeittherapie (KZT) mit 25 Stunden in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie oder direkt eine Langzeittherapie (LZT) beantragen. Eine KZT kann ggf. als für sich ausreichendes Kontingent, zur Prüfung der Indikation für eine LZT oder als Sofortmaßnahme zur Krisenintervention angezeigt sein. Ohne Durchführung einer KZT kann aber auch gleich nach den probatorischen Sitzungen eine LZT in allen

drei Verfahren mit einheitlich zwei Kontingentschritten bis zu den jeweiligen Höchstgrenzen der Verfahren geplant und eingeleitet werden. Dies ermöglicht eine maximale Flexibilisierung der Behandlungsangebote für die Patientinnen und Patienten.

Verschiedene Studien¹⁻⁵ belegen die Notwendigkeit eines differenzierten Behandlungsangebots in Form von Kurzzeittherapie, beziehungsweise Langzeittherapie. Dabei gibt es Studien, die die lineare Korrelation von der Anzahl der Behandlungsstunden (Dosis) und dem Therapieerfolg in Frage stellen. Der Therapieerfolg hänge unter anderem von der Schwere der Grunderkrankung und den Erwartungen des Patienten an das zu erreichende Therapieergebnis ab. Schwere und insbesondere chronifizierte Störungen benötigen längere Therapien. Die häufig zu Beginn einer Therapie auftretende schnelle Besserung garantiert keine nachhaltige positive Veränderung.

¹Perry et. al. (1999) Effectiveness of Psychotherapy for Personality Disorders. Am J Psychiatry 1999; 156:1312–1321

²Leichsenring F, Abbas A, Luyten P et al (2013) The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. Psychodyn Psychiatry 41:361–384

³Leichsenring F, Rabung S (2008) Effectiveness of longterm psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. J Am Med Assoc 300:1551–1565

⁴P.Knekt, E. Virtala, M. Vaarama, J. Lehtonen and O. Lindfors (2016) :The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. Psychological Medicine, Page 1 of 14

⁵William B. Stiles, Michael Barkham and Sue Wheeler (2015) Duration of psychological therapy: relation to recovery and improvement rates in UK routine practice. The British Journal of Psychiatry (2015) 207, 115 - 122

Kurzzeittherapie im Umfang von 25 Stunden bleibt antrags- und genehmigungspflichtig, wird aber von der generellen Begutachtung befreit. Auch damit wird ein schnellerer Zugang zur KZT für Patientinnen und Patienten ermöglicht und bürokratischer Aufwand reduziert. Durch die Genehmigungspflicht bleibt allerdings die Möglichkeit einer Qualitätssicherung durch

Nummer 1 und 2 (neu)

Die bisherige Kurzzeittherapie mit 25 Stunden wurde in zwei gleiche Blöcke á 12 Stunden aufgeteilt. Hierfür bestehen zwei Gründe:

- a) Für den ersten Kurzzeittherapieblock (KZT 1) wurde ein niedrigschwelliger Zugang angestrebt, damit Patienten nach den

<p>das Gutachterverfahren sichergestellt, da die Krankenkassen nur in diesem Fall in der Lage sind, gemäß § 12 Absatz 4 der Psychotherapie-Vereinbarung ein solches anzustoßen.</p>	<p>Probatorischen Sitzungen unmittelbar in die psychotherapeutische Behandlung überführt werden können. Die bisherigen drei Wochen entsprechend des Patientenrechtegesetzes bzw. fünf Wochen bei Einschalten eines Gutachters fallen hiermit komplett weg (vgl. § 13 Absatz 3a SGB V). Der schnelle Zugang ist an dieser Stelle besonders wichtig, da nicht nur Patienten, die in der Akutbehandlung eine Stabilisierung erfahren sollen, sondern auch Patienten, die die Voraussetzungen für eine Richtlinientherapie erfüllen, unmittelbar behandlungsbedürftig sein können.</p> <p>b) der zweite Grund liegt darin, dass nach den Daten, die den Krankenkassen vorliegen, schon heute etwa die Hälfte der Patienten ihre Therapie innerhalb des ersten Kontingentschrittes abschließen. Dies korrespondiert zu den Ergebnissen von Untersuchungen im Rahmen der Dosis-Wirkungs-Forschung im Bereich der Psychotherapie. Dem Review von Hansen et al. (2002)¹, der die Ergebnisse von Dosis-Wirkungs-Studien ausgewertet hat, ist zu entnehmen, dass zwischen 57,6% und 67,2% der Zustand der Patienten sich nach durchschnittlich 12,7 Sitzungen ambulanter Psychotherapie signifikant verbessert hatten. Howard et al. (1986)² fanden im Rahmen einer Metaanalyse der Behandlungsergebnisse von 2431 ambulant behandelten Patienten aus 15 Studien, dass sich 30% der Patienten bereits nach zwei Therapiesitzungen verbesserten, die Prozentzahl verbesserter Patienten erhöhte sich nach vier Therapiesitzungen auf 41%, nach acht Therapiesitzungen auf 53%, nach 26 Therapiesitzungen auf 75% und nach 52 Therapiesitzungen auf 83%. Auf der Basis der Ergebnisse entwickelte die vorgenannte. Autorengruppe ein „Aufwand-Wirkungsmodell“ für Veränderungen in der Psychotherapie (dose effect model of change), welches für frühe Behandlungsphasen besonders schnell große Veränderungen vorhersagt. Zur Erreichung weiterer, vergleichbarer</p>
---	--

	<p>Veränderungseffekte im Therapieverlauf wird gemäß dem Modell der therapeutische Aufwand, also die notwendige Sitzungszahl, immer größer. Dies bedeutet, dass mit wenigen Sitzungen zu Beginn der Therapie viel erreicht werden kann und, dass eine doppelte Sitzungsanzahl nicht mit doppelt so gutem Ergebnis einhergeht. Die vorgenannten, gefundenen Effekte bestätigten sich auch in darauffolgenden Studien anderer Autoren (vgl. Baldwin et al. 2009; Reese et al. 2011; Stulz et al. 2013³⁻⁵).</p> <p>Mit der neuen Regelung wird somit den Ergebnissen der Dosis-Wirkungs-Forschung Rechnung getragen. Für Versicherte, die im ersten Abschnitt der Kurzzeittherapie (KZT 1) noch keine ausreichende Verbesserung erreichen konnten, besteht - wie bisher - die Möglichkeit einer Fortsetzung der Behandlung, zunächst als KZT 2 und bei weiterem Behandlungsbedarf auch als Langzeittherapie (LZT).</p> <p>Insgesamt wird den Patienten damit ein schneller Zugang zu einer psychotherapeutischen Erstversorgung (KZT 1 und 2) gewährt, die niedrigschwellig und unbürokratisch ist und Raum lässt für einerseits psychotherapeutische Behandlung, aber auch eine vertiefte Erprobung der Behandlungsmöglichkeit/-notwendigkeit, die über die Probatorik weit hinausgeht (Probetherapie).</p> <p>¹Hansen N.B., Lambert M.J., Forman E.M. (2002). The Psychotherapy Dose-Response Effect and its Implications for Treatment Delivery Services. <i>Clinical Psychology: Science and Practice</i>, Vol 9(3), 329-343.</p> <p>²Howard K.I., Kopta S.M., Krause M.S., Orlinsky D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. <i>American Psychologist</i>, Vol 41 (2), 159-164.</p> <p>³Baldwin S.A., Berkeljon A., Atkins D.C. (2009). Rates of Change in Naturalistic Psychotherapy: Contrasting Dose-Effect and Good-Enough Level Models of Change. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, Vol 77 (2), 203-211.</p> <p>⁴Reese R.J., Toland M.D., Hopkins N.B. (2011). Replicating and extending the good-enough level model of change: Considering session frequency. <i>Psychotherapy Research</i>, Vol 21, 608-619.</p> <p>⁵Stulz N., Lutz W., Kopta St. M., Minami T. (2013). Dose-Effect Relationship in Routine Out-patient</p>
--	---

	Psychotherapy: Does Treatment Duration Matter? Journal of Counseling Psychology, Vol 60(4), 593-600.
Die Regelungen zur KZT in Gruppen wurden so gefasst, dass diese zukünftig für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen gelten. Damit wird auch für Kinder die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung im Gruppensetting (KZT) möglich.	Nummer 3 (neu) Die neue Nummer 3 greift die 24 Stunden Kurzzeittherapie im Einzelsetting auf und überträgt sie auf die Gruppentherapie, so dass eine Kombinationsbehandlung von Einzeltherapie und Gruppentherapie möglich ist. Analog zur Einzeltherapie ist die Kurzzeittherapie als Gruppentherapie anzeigepflichtig. Darüber hinaus wurden die Regelungen so gefasst, dass diese zukünftig für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen gelten. Damit wird auch für Kinder die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung im Gruppensetting (KZT) möglich.
	Nummer 4 und 5 (neu) Unverändert besteht die Möglichkeit eine Langzeittherapie zu machen. Hierbei ist jedoch das Vorgehen leicht verändert, da die Langzeittherapie aus der Kurzzeittherapie beantragt wird und sich damit an die Kurzzeittherapie anschließt. Die Verfahrensweise für das neue Modell ist also mit dem bisherigen Umwandlungsantrag gegen Ende einer Kurzzeittherapie gleichzusetzen (Antragsstellung bis zur 20. Stunde).
	Nummer 6 Entfällt, vgl. § 27 und § 28 Nr. 1
	Absatz 2 Entfällt, da die Dauer der Therapiestunde in § 27 geregelt ist.

§ 29 Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15 (alt § 23b)

Absatz 1

Grundsätzlich entfällt bei allen Verfahren ein Kontingentschritt, so dass sich die folgenden Bewilligungsschritte ergeben. Grund hierfür ist die Zielsetzung die Richtlinientherapie insgesamt zu entbürokratisieren; gleichzeitig wurde angestrebt, nicht nur Anreize für die Erbringung von Kurzzeittherapie, sondern auch für Langzeittherapie bei entsprechenden Krankheitsverläufen zu setzen. Die bisherigen Erläuterungen zur Überschreitung des festgelegten Therapieumfanges wurden aus der bisherigen Nummer 9 nach vorne gezogen

und den folgenden Nummern 1 bis 7 entsprechend als eine Art Präambel vorweg gestellt; die Höchstgrenzen wurden in den Nummern 1 bis 7 entsprechend integriert.

Einzeltherapie (Erwachsene)					
Analytische Psychotherapie		Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		Verhaltenstherapie	
„alt“	„neu“	„alt“	„neu“	„alt“	„neu“
160	160	50	60	45	60
240		80		60	
300	300	100	100	80	80
Einzeltherapie (Jugendliche)					
90	90	90	90	45	60
140		140		60	
180	180	180	180	80	80
Einzeltherapie (Kinder)					
70	70	70	70	45	60
120		120		60	
150	150	150	150	80	80
Gruppentherapie (Erwachsene) in Doppelstunden					
Analytische Psychotherapie		Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		Verhaltenstherapie	
„alt“	„neu“	„alt“	„neu“	„alt“	„neu“
60	80	40	60	45	60
120		60		60	
150	150	80	80	80	80
Gruppentherapie (Jugendliche) in Doppelstunden					
40	60	40	60	45	60
60		60		60	
90	90	90	90	80	80
Gruppentherapie (Kinder) in Doppelstunden					
40	60	40	60	45	60
60		60		60	
90	90	90	90	80	80

Nummer 1

Umsetzung der Änderung entsprechend der neuen Kontingentschritte und Ergänzung der Höchstgrenze.

Nummer 2

Umsetzung der Änderung entsprechend der neuen Kontingentschritte und Ergänzung der Höchstgrenze. Darüber hinaus wurden der erläuternde Abschnitt zur Behandlung von Indexpatienten und die Einbeziehung von Partner oder Familie in § 27 Absatz 4 überführt.

Nummer 3 (alt)

Der Abschnitt wurde gestrichen, da er bereits in § 4 Absatz 4 und § 27 enthalten ist.

Nummer 3 (neu)

Umsetzung der Änderung entsprechend der neuen Kontingentschritte und Ergänzung der Höchstgrenze. Die Angaben zur Taktung der Sitzungseinheiten der Verhaltenstherapie wurden in den § 27 Absatz 6 überführt. Zudem wurden die Regelungen zur Kombination von Einzel- und Gruppentherapie gestrichen, da entsprechende Passagen bereits in § 4 Absatz 4 und § 27 enthalten sind.

Nummer 4 (neu)

Umsetzung der Änderung entsprechend der neuen Kontingentschritte und Ergänzung der Höchstgrenze.

Nummer 5 (neu)

Umsetzung der Änderung entsprechend der neuen Kontingentschritte und Ergänzung der Höchstgrenze.

Nummer 6 (neu)

Umsetzung der Änderung entsprechend der neuen Kontingentschritte und Ergänzung der Höchstgrenze.

Nummer 7 (neu)

Umsetzung der Änderung entsprechend der neuen Kontingentschritte und Ergänzung der Höchstgrenze.

Nummer 9 (alt)

Hier wurde eine Streichung vorgenommen; die Änderungen befinden sich nun direkt bei den Kontingentschritten. Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

§ 32 neu: Anzeigeverfahren

In der Begründung des GKV-VSG wird der Auftrag zur Ausgestaltung des Zugangs der Versicherten in die Psychotherapie wie folgt spezifiziert:

„Weiterhin wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, das Antrags- und Gutachterverfahren nach §§ 30 ff. der Psychotherapie-Richtlinie zu vereinfachen. Dazu legt er unter anderem fest, in welchen Fällen eine Begutachtung entfallen könnte. Für die Kurzzeit- und die Gruppentherapie ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu prüfen, ob diese generell vom Antrags- und Gutachterverfahren zu befreien sind oder ob dieses durch ein einfaches Anzeigeverfahren ersetzt werden kann.“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/4095, S. 100)

KBV	GKV
Dieser Auftrag wurde vom G-BA aufgegriffen und hat bei der Akutbehandlung Eingang gefunden. Damit ist bei akuten psychischen Störungen ein direkter Zugang zu einer ersten, entaktualisierenden und stabilisierenden Behandlung im jeweiligen Verfahren ohne Wartezeit möglich.	Dieser Auftrag wurde vom G-BA aufgegriffen und hat bei der Akutbehandlung und den Kontingentschritten der Kurzzeittherapie Eingang gefunden. Der zentrale Aspekt beim Anzeigeverfahren ist, dass die Patienten unmittelbar mit einer psychotherapeutischen Behandlung beginnen können und keine Fristen zur Bewilligung des Antrages abwarten müssen. Entsprechend kann die Behandlung bis zu drei Wochen schneller beginnen, sofern ein Gutachter eingeschaltet werden müsste sogar bis zu fünf Wochen schneller (vgl. § 13 Absatz 3a SGB V).

	<p>Damit wird den Patienten ein schneller und unbürokratischer Zugang zur Einzeltherapie (KZT 1 und 2), aber auch zur Gruppentherapie (KZT) geschaffen, so dass Chronifizierungen vermieden werden können. Auch Patienten, für die eine Akutversorgung notwendig ist, müssen damit nicht auf Grund administrativer Hürden auf einen Behandlungsplatz warten.</p>
--	--

§ 33 Antragsverfahren

KBV	GKV	Unparteiisches Mitglied
	<p>Das Antragsverfahren ist im Einzelsetting sowie im Gruppensetting für die Bewilligungsschritte der Langzeittherapie vorgesehen. Wie bisher besteht gemäß § 13 Absatz 3a SGB V für die Krankenkassen die Möglichkeit, den Antrag drei Wochen zu prüfen.</p>	<p>Eine wesentliche Zielsetzung des Gesetzgebers war u.a. eine Entbürokratisierung, die mit dem hier aufgegriffenen Vorstoß umgesetzt werden. Anträge auf Kurzzeittherapie sind dem-nach bewilligt, sofern analog zum § 13 Abs. 3a SGB V eine drei-wöchige Frist überschritten wird; ein offizieller Bescheid der Krankenkasse, wie derzeit üblich, ist damit bei Beantragung einer Kurzzeittherapie nicht mehr erforderlich. In § 13 Absatz 4 Satz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung wird geregelt, dass Krankenkassen grundsätzlich jeden Antrag einem Gutachter zur Prüfung übergeben kann, sofern sie dies erforderlich halten; aus diesem Grund ist auch auf die Möglichkeit hingewiesen, dass eine gutachterliche Stellungnahme eingeholt wird und sich damit die Frist auf fünf Wochen verlängert. Eine wesentliche Voraussetzung der Regelung zur sogenannten Bewilligungsfiktion ist, dass der Patient eine Psychotherapie bei einem zugelassenen Therapeuten</p>

		beantragt; Regelungsstatsbestände nach § 13 Abs. 3 SGB V werden hiermit nicht aufgegriffen.
--	--	--

§ 34 Gutachterverfahren

Die Änderungen im § 34 stellen klar, dass zukünftig grundsätzlich keine Gutachterpflicht für Kurzzeittherapien besteht, sondern nur für Langzeittherapien und ggf. für Fortführungstherapien, sowie in Ausnahmefällen nach § 13 Absatz 4 der Psychotherapie-Vereinbarung. Zudem wird geregelt, dass bei Anträgen auf Fortführung einer Langzeittherapie keine Verpflichtung zum Gutachterverfahren besteht, sondern dass ein Gutachter durch die Krankenkasse eingeschaltet werden kann; dies ist allerdings nicht verpflichtend.

In der Begründung zum GKV-VSG hat der Gesetzgeber dem G-BA aufgegeben, u.a. „die Regelungen der Selbstverwaltung zur Neubeantragung einer Psychotherapie **innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss einer Therapie** einer Überprüfung zu unterziehen.“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/4095, S. 99, Hervorhebung durch den G-BA)

Der G-BA hat die angesprochene 2-Jahres-Frist geprüft. Nach seinem Verständnis bezieht sich die Formulierung in der Gesetzesbegründung auf die verbreitete, aber nicht zutreffende Annahme, es sei innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss einer Psychotherapie nicht möglich, eine neue Psychotherapie zu beantragen. Der G-BA weist darauf hin, dass eine neue Psychotherapie auch innerhalb dieser zwei Jahre beantragt werden kann. In § 11 Absatz 4 Satz 6 Psychotherapie-Vereinbarung wird hierzu lediglich vorgegeben, dass der Therapieantrag einem Gutachter vorzulegen ist, wenn zwischen dem Abschluss der vorherigen Therapie und dem Zeitpunkt der Antragstellung auf eine Kurzzeittherapie weniger als 2 Jahre verstrichen sind.

Die Regelung lautet: „Die Krankenkasse hat diesen Antrag einem Sachverständigen zur Begutachtung vorzulegen (Gutachterverfahren). Das gleiche gilt, wenn nach Abschluss einer Therapie eine Kurzzeittherapie beantragt werden soll, es sei denn, dass zwischen dem Abschluss der Therapie und dem Zeitpunkt der Antragstellung ein Zeitraum von mehr als 2 Jahren liegt.“ (§ 11 Absatz 4 Satz 5 - 6 Psychotherapie-Vereinbarung)

Streichung § 26a alt: Befreiung vom Gutachterverfahren für die Kurzzeittherapie

Entsprechend des § 28 ist Kurzzeittherapie grundsätzlich nicht mehr gutachterpflichtig, daher kann die Ausnahmeregelung des vormaligen § 26a entfallen.

§ 35 Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter (alt § 26b)

Sowohl bei den Gutachtern für die psychoanalytisch begründeten Verfahren als auch für die Verhaltenstherapie wurden drei Änderungen eingefügt:

Die erste Änderung betrifft die Leistungserbringung der Gutachter selbst; so ist durch die veränderte Regelung nun vorgeschrieben, dass die Gutachter nicht nur drei Jahre an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben müssen,

KBV	GKV
sondern dass sie auch zum Zeitpunkt der Bewerbung um die Bestellung als Gutachter grundsätzlich in der vertragsärztlichen	sondern dass sie auch zum Zeitpunkt der Bewerbung um die Bestellung als Gutachter in der vertragsärztlichen Versorgung tätig

Versorgung tätig sein müssen. Die Kriterien für das Abweichen von diesem Grundsatz sind in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt.	sein müssen.
--	--------------

Die zweite Änderung ist lediglich eine redaktionelle Änderung hinsichtlich des Alters des Bewerbers. Die Kriterien für das Abweichen von diesem Grundsatz sind in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt.

Die dritte Änderung zielt darauf ab, dass die Gutachter von Anträgen zur Gruppentherapie auch über die Qualifikation zur Erbringung von Gruppentherapie verfügen müssen. Der Grund hierfür liegt darin, dass teilweise Gutachter zur Bewertung von Berichten für Gruppentherapie herangezogen wurden, die selber nicht über eine entsprechende Qualifikation verfügen und folglich nur eine eingeschränkte Bewertung vornehmen können.

KBV	GKV
Zu Absatz 5	
<p>Die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist eines der beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren. Bisher wurde die Meinung vertreten, dass Gutachter für Anträge in der Analytischen Psychotherapie oder Anträge in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in beiden Verfahren ausgebildet sein sollten. Nur mit der Ausbildung in beiden Verfahren könne erkannt werden, dass eine Differentialindikation für eine Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Analytische Psychotherapie gegeben sei.</p> <p>Das Psychotherapeutengesetz setzt zur Erreichung der Fachkunde für jedes der drei Richtlinienverfahren einheitliche und hohe Ausbildungsstandards.</p> <p>Ein Therapeut mit Fachkunde Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie kann fachlich entscheiden, welches Verfahren für seinen Patienten am besten geeignet ist. So kann er beispielsweise auch keines der psychoanalytisch begründeten Verfahren als geeignet ansehen und hier auf die Verhaltenstherapie verweisen.</p> <p>Dieser fachlichen Entwicklung wird Rechnung getragen; zukünftig sollen in Ergänzung der bisherigen Rechtslage Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten als Gutachter Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien begutachten können.</p>	
<p>Diese Regelung soll aber nicht für die Begutachtung von Psychotherapien mit Kindern und Jugendlichen gelten, sondern nur für Psychotherapien mit Erwachsenen. Wie bisher auch bleiben die Kontingente und Bewilligungsschritte für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien und analytische Psychotherapien mit Kindern und Jugendlichen gleich - im Gegensatz zu der Differenzierung der Kontingente zwischen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie mit Erwachsenen. Beide psychoanalytisch begründeten Verfahren sind theoretisch und behandlingstechnisch in der Arbeit an den Entwicklungsprozessen</p>	<p>Aufgrund der Änderung der Regelung für die Begutachtung von Gutachtern mit alleiniger Fachkunde „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ besteht auch Regelungsbedarf bei den Gutachtern mit doppelter Fachkunde „Analytische Psychotherapie“ und „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“. Durch die Einführung von Gutachtern mit der alleinigen Fachkunde „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ wäre es eine Ungleichbehandlung der Verfahren, wenn nur bei der Analytischen Psychotherapie Gutachter mit einer doppelten Fachkunde für die Bewertung von Anträgen eingesetzt würden. Schließlich ist es zukünftig so, dass</p>

von Kindern und Jugendlichen nicht eindeutig voneinander zu differenzieren. Die Psychotherapien enthalten entweder mehr tiefenpsychologische oder mehr analytische Elemente. Wenigstens der Gutachter sollte die Doppelqualifikation in beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren haben.

Aus der zusätzlichen Zulassung von Gutachtern mit einer Qualifikation ausschließlich in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie kann jedoch nicht im Umkehrschluss eine Einschränkung der Gutachtertätigkeit bei den Psychotherapeuten abgeleitet werden, die bisher für die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren gutachterlich tätig sein konnten, weil sie eine Aus- bzw. Weiterbildung in beiden analytisch begründeten Verfahren (d.h. mit Kenntnissen und praktischen Erfahrungen in der analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie) haben. Daher wird ganz bewusst auf die Einführung von Gutachtern ausschließlich für die analytische Psychotherapie verzichtet. Eine solche Differenzierung würde eine Zweiteilung im Bereich der gutachterlichen Praxis der psychoanalytisch begründeten Verfahren verursachen, die sich weder theoretisch noch praktisch begründen lässt. Für beide Verfahren ist die psychoanalytische Theorie handlungsleitend. Diese Gemeinsamkeit hat aber auch praktische Konsequenzen, da sie die Behandlungsplanung beim einzelnen Patienten betrifft, bei der sich im Verlaufe der Behandlung sowohl die Indikation für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als auch für eine analytische Therapie ergeben kann. Ein Gutachterwechsel wäre hier wenig sinnvoll. Die überwiegende Anzahl der psychoanalytisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen hat eine Doppelqualifikation und nutzt diese, weil es die Anforderungen der Patienten verlangen. Im engeren Sinne nur psychoanalytisch arbeitende Kollegen dürften eher selten sein. Die

Anträge im Bereich der Verhaltenstherapie von Gutachtern mit der Fachkunde „Verhaltenstherapie“ bewertet werden und neuerdings auch Anträge zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie von Gutachtern mit alleiniger Fachkunde „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“. Entsprechend ist es nicht nachvollziehbar, weshalb es erforderlich sein sollte, dass Anträge zur Analytischen Psychotherapie einer Bewertung durch Gutachter mit doppelter Fachkunde unterliegen müssen. Ein weiterer Aspekt ist zudem, dass mit der klaren Abgrenzung der Qualifikationen der Gutachter angestrebt wird, dass zukünftig die Gutachter das Verfahren bewerten, in dem sie selber überwiegend tätig sind.

In Absatz 11 wurde zudem eine Übergangsregelung aufgenommen, die den bereits bestellten Gutachtern eine Tätigkeit bis zum Ende des Zeitraums ihrer derzeitigen Bestellung erlaubt.

Doppelqualifikation der Gutachter und Gutachterinnen spiegelt somit die Qualifikation der Therapeutinnen und Therapeuten und wird wie bisher beibehalten.	
---	--

§ 37 Schriftliche Dokumentation (alt § 12) und § 38 neu: Einsatz der Dokumentationsbögen

Im Rahmen der Überarbeitung der PT-RL wurde eine Konkretisierung der Dokumentationspflichten vorgenommen. Alle Leistungen, die im Rahmen dieser Richtlinie erbracht werden, sind schriftlich zu dokumentieren. Dabei werden Zeitpunkt, Symptomatik, diagnostischer und differenzialdiagnostischer Befund, Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen und Ergebnisse dokumentiert. Zudem wurde festgelegt, dass die neu hinzugekommene schriftliche Rückmeldung („Individuelle Patienteninformation“) sowie die Dokumentationsbögen gemäß § 38 zukünftig Bestandteil der Patientenakte sind.

KBV	GKV	PatV
Eine Weitergabe des Ergebnisses der Sprechstunde an Dritte ist datenschutzrechtlich problematisch; eine datenschutzkonforme Aufbereitung („Schwärzung“) würde einen immensen bürokratischen Aufwand ohne erkennbaren Nutzen auslösen.	Zudem wird geregelt, dass die Krankenkasse eine schriftliche Rückmeldung über das Ergebnis der Sprechstunde unter Berücksichtigung des Datenschutzes erhält. Bereits heute ist es üblich, dass Angaben, die dem Datenschutz unterliegen und daher der Krankenkasse nicht zugänglich gemacht werden dürfen, in den Durchschlägen der Formulare geschwärzt sind, z.B. Konsiliarbericht oder PTV 5. Eine analoge Vorgehensweise wird für die „Individuelle Patienteninformation“ angestrebt, in der dem Patienten noch einmal eine Übersicht mit für ihn geeigneten Behandlungsmöglichkeiten dargestellt wird. Das Nähere hierzu regelt die Psychotherapievereinbarung.	Zweck der „individuellen Patienteninformation“ ist die Umsetzung niedrigschwelliger Information zu Versorgungsmöglichkeiten sowie die Dokumentation in der Patientenakte. Die Krankenkasse erhält ausschließlich abrechnungsrelevante Daten gem. § 294ff SGB V. Eine Übermittlung der „individuellen Patienteninformation“ zu diesem Zweck erfolgt nicht, auch nicht geschwärzt und mit „Einverständnis des Versicherten“. Eine entsprechend kurz gefasste Einverständniserklärung ist mit dem Datenschutzrecht nicht vereinbar.

Die vom G-BA erarbeiteten und konsentierten Dokumentationsbögen werden eingeführt. Entsprechend der vorgesehenen Einsatzpunkte gibt es einen Dokumentationsbogen für den Behandlungsbeginn und einen Dokumentationsbogen für das Behandlungsende.

KBV	GKV
Zu Beginn und am Ende der regulären Richtlinien-therapie werden verpflichtend die Dokumentationsbögen nach § 38 mit der Patientin oder dem Patienten ausgefüllt.	Zu Beginn und am Ende der Behandlung werden verpflichtend die Dokumentationsbögen nach § 38 mit der Patientin oder dem Patienten ausgefüllt.
Der Beginn definiert sich nach den probatorischen Sitzungen zu Beginn der Richtlinien-therapie nach §15 und das Ende vor den Stunden zur Rezidivprophylaxe.	Der erste Dokumentationsbogen ist zu Beginn der Akutbehandlung oder der Richtlinien-therapie und der abschließende Dokumentationsbogen ist am Ende der Behandlung vor den ggf. durchzuführenden Stunden zur Rezidivprophylaxe einzusetzen.

Die Dokumentationsbögen verbleiben in der Patientenakte. Ist bei Beantragung einer Psychotherapie oder deren Fortsetzung ein Bericht an den Gutachter erforderlich, wird der Dokumentationsbogen mit dem Bericht des Therapeuten an den Gutachter geschickt. Die Dokumentationsbögen sind als Anlage 2 Bestandteil der Richtlinie.

KBV	GKV	PatV
Es soll eine Evaluation der eingesetzten Dokumentationsbögen durchgeführt werden, das Nähere dazu regelt die Psychotherapie-Vereinbarung.	Es wird eine Evaluation der eingesetzten Dokumentationsbögen durchgeführt, das Nähere dazu regelt die Psychotherapie-Vereinbarung.	Gemäß 1. Kap. § 7 Abs. 4 VerfO liegt die Überprüfungspflicht beim G-BA bezüglich der Auswirkungen seiner Entscheidungen. Die Unterausschüsse müssen Änderungsbedarf erkennen, um ein Beratungsverfahren wieder aufgreifen zu können (1. Kap. § 5 Abs. 1 S. 2 VerfO). Der G-BA legt daher die Eckpunkte der Evaluation unter Berücksichtigung der Konzeptskizze des AQUA-Instituts zu einem QS-Verfahren ambulante Psychotherapie selbst fest. Die Beratungen zu den Eckpunkten der Evaluation beginnen parallel zum Inkrafttreten Richtlinienänderung.

Anlage 2

In § 38 wird eine Regelung getroffen, nach der u.a. als Informationsgrundlage für die Entscheidung der Gutachter Dokumentationsbögen zu Beginn und Ende der Behandlung anzuwenden ist. Aufgrund der teilweise sehr unterschiedlichen Anforderung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen hat hier eine Differenzierung stattgefunden und es wurden insgesamt vier Dokumentationsbögen für Kinder/Jugendliche

sowie für Erwachsene jeweils zu Beginn und am Ende der Behandlung eingeführt. Folgende Daten werden in den Dokumentationsbögen erhoben:

Dokumentationsbogen Erwachsene/Behandlungsbeginn

Chiffre/Vers.Nr.

1. Geschlecht
2. Sprachliche bzw. kulturelle Barrieren
3. Jetzige berufliche Situation
4. Höchster Schulabschluss
5. Arbeitsunfähigkeit bei Therapiebeginn
6. Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten
7. Vorzeitige Berentung
8. Rentenantrag bei Therapiebeginn gestellt
9. Ambulante psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren
10. Stationäre psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren
11. Zuweiser
12. Aktueller Behandlungsbeginn
13. Eingesetztes Therapieverfahren
14. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Therapiebeginn ICD-10-GM
15. Sonstige neurologische/somat. Diagnosen bei Therapiebeginn ICD-10-GM
16. Zusatzkodierungen bei Therapiebeginn ICD-10-GM
17. Aktuelle psychopharmakologische Medikation
18. Erfassung der Symptomatik bei Therapiebeginn
19. GAS bei Therapiebeginn

Dokumentationsbogen Erwachsene/Behandlungsende

Chiffre/Vers.Nr.

1. Geschlecht
2. Sprachliche bzw. kulturelle Barrieren
3. Jetzige berufliche Situation
4. Arbeitsunfähigkeit bei Therapieende
5. Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten
6. Rentenantrag während der Behandlung oder bei Therapieende gestellt?
7. Behandlungsende
8. Eingesetztes Therapieverfahren
9. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Therapieende ICD-10-GM
10. Sonstige neurologische/somat. Diagnosen bei Therapieende ICD-10-GM
11. Zusatzkodierungen bei Therapieende ICD-10-GM
12. Aktuelle psychopharmakologische Medikation
13. Erfassung der Symptomatik bei Therapieende
14. GAS bei Therapieende
15. Art der Beendigung/Unterbrechung der Behandlung

Dokumentationsbogen Kinder und Jugendliche/Behandlungsbeginn

Chiffre/Vers.Nr.

1. Geschlecht
2. Sprachliche Barrieren
3. Kulturelle Barrieren
4. Wohnsituation
5. Zur Zeit regelmäßige außerfamiliäre Betreuung vor dem Schuleintritt

6. Bei Behandlungsbeginn besuchter Schultyp
7. Jetzige berufliche Situation
8. Anzahl der Geschwister
9. Staatsangehörigkeit
10. Ambulante psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren
11. Stationäre psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren
12. Zuweiser
13. Aktuelle psychopharmakologische Medikation
14. Aktueller Behandlungsbeginn
15. Eingesetztes Therapieverfahren
16. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Behandlungsbeginn
17. Erfassung der Symptomatik mit dem Fragebogen zu Stärken und Schwächen
18. GAS bei Therapiebeginn

Dokumentationsbogen Kinder und Jugendliche/Behandlungsende

Chiffre/Vers.Nr.

1. Geschlecht
2. Sprachliche Barrieren
3. Kulturelle Barrieren
4. Wohnsituation
5. Zur Zeit regelmäßige außerfamiliäre Betreuung vor dem Schuleintritt
6. Bei Behandlungsbeginn besuchter Schultyp
7. Jetzige berufliche Situation
8. Anzahl der Geschwister
9. Aktuelle psychopharmakologische Medikation
10. Behandlungsende
11. Anzahl der vom Therapeuten durchgeführten Stunden im Therapieverfahren
12. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Behandlungsende
13. Erfassung der Symptomatik mit dem Fragebogen zu Stärken und Schwächen
14. GAS bei Therapieende
15. Art der Beendigung/Unterbrechung der Behandlung

Förderung der Gruppentherapie

Ein besonderes Anliegen des Gesetzgebers im GKV-VSG war die Förderung der Gruppentherapie. Diese Zielsetzung wurde vom G-BA in verschiedenen Regelungszusammenhängen aufgegriffen, die im Folgenden dargestellt werden.

§ 4 Absatz 3 und 4

Gleichberechtigte Darstellung der Einzel- und Gruppentherapie im Richtlinienentwurf

§ 10 Absatz 1

Gleichberechtigte Darstellung der Einzel- und Gruppentherapie im Richtlinienentwurf

§ 20

Anpassung der Gruppengröße

§ 21 Absatz 3

Vereinfachung der Änderung des Behandlungssettings

§ 28

Einführung der Kurzzeittherapie im Gruppensetting für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern

KBV	GKV
	§ 29 i.V.m. § 32 Anzeigepflicht für die Kurzzeittherapie im Gruppensetting und

§ 29

Wegfall eines Kontingentschritts bzw. Erhöhung des zweiten Kontingentschritts für Gruppentherapie

§ 34

Wegfall der Gutachterpflicht für Kurzzeittherapie im Gruppensetting und Begutachtung von Gruppentherapien ausschließlich durch Gutachter mit Qualifikation zur Gruppentherapie

§ 35

Voraussetzung der Qualifikation zur Gruppentherapie für die Bestellung als Gutachter für die Gruppentherapie

3 Würdigung der Stellungnahmen

4 Bürokratiekostenermittlung

5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Verfahrensschritte
12.03.2014	UA PT	Einrichtung der Arbeitsgruppe „Strukturreform der ambulanten PT“
13.04.2016	UA PT	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Absatz 5 SGB V
17.05.2016	AG Strukturreform	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
31.05.2016	UA PT	Mündliche Stellungnahmen (Anhörung) und Würdigung der Stellungnahmen
07.06.2016	UA PT	Abschließende Beratung von Beschlussentwurf und Tragenden Gründen
16.06.2016	Plenum	Beschlussfassung
	BMG	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V
	BAnz	Veröffentlichung des Beschlusses
		Inkrafttreten des Beschlusses über die Richtlinienänderung

6 Fazit

Der Unterausschuss Psychotherapie empfiehlt einvernehmlich die o.g. Änderung der Psychotherapie-Richtlinie. Die Patientenvertreter schließen sich dieser Empfehlung an.

Berlin, den 16. Juni 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

7 Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

7.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt wurde

Der Unterausschuss Psychotherapie hat mit Schreiben vom 14. April 2016 das Stellungnahmeverfahren zu den Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie eingeleitet.

Die Institutionen/ Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde, die zugehörigen Beschlussdaten des UA PT sowie Angaben zum Ablauf des Stellungnahmeverfahrens sind in Tabelle 1 dargestellt.

Den Institutionen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme erteilt wurde und die fristgerecht eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurde Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme gegeben. Davon ausgenommen wurden jene, die auf ihr Recht zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme verzichtet haben.

Tabelle 1

Institution / Organisation	Beschluss des UA PT	Versand Unterlagen	Fristende	Eingang der SN	Mündliche Anhörung
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V	13.04.2016	14.04.2016	12.05.2016		31.05.2016
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V	13.04.2016	14.04.2016	12.05.2016		31.05.2016
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) gemäß § 91 Abs. 5a SGB V	13.04.2016	14.04.2016	12.05.2016		31.05.2016

7.2 Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren

7.3 Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren

7.4 Fristgerecht eingegangene schriftliche Stellungnahmen der in Tabelle 1 aufgeführten Institutionen/ Organisationen

7.5 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

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?

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

(Psychotherapie-Richtlinie)

in der Fassung vom 19. Februar 2009
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1 399) vom 17. April 2009
in Kraft getreten am 18. April 2009

zuletzt geändert am 15. Oktober 2015
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 05.01.2015 B3)
in Kraft getreten am 6. Januar 2015

Synopse PT-RL | Stand: 13.04.2016

Schwarzer Text entspricht Textierung in der bestehenden PT-RL.

~~Gestrichener bestehender RL-Text.~~

Roter Text entspricht Änderungen der PT-RL.

Inhalt

A.	Allgemeines	5
§ 1	Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	5
§ 2	Seelische Krankheit	6
§ 3	Ätiologische Orientierung der Psychotherapie	7
§ 4	Übergreifende Merkmale von Psychotherapie	7
§ 5	Definition Psychotherapieverfahren	8
§ 6	Definition Psychotherapiemethode	8
§ 7	Definition psychotherapeutische Technik	9
§ 8	Feststellungen zu Verfahren und Methoden	9
§ 9	Einbeziehung des sozialen Umfeldes	9
§ 10	Verbindung von Diagnostik und Therapie	9
§ 11	Psychosomatische Grundversorgung (in Kapitel C § 23 (alt: § 21) Absatz 1 eingefügt)	10
§ 12	Schriftliche Dokumentation (in Kapitel G § 37 (neu) als Abs. 1 eingefügt)	10
B.	Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen	11
§ 11	Psychotherapeutische Sprechstunde	11
§ 12	Probatorische Sitzungen	13
§ 13	Psychotherapeutische Akutbehandlung	13
§ 14	Rezidivprophylaxe	14
§ 15	Behandlungsformen (alt: § 13)	15
§ 16	Psychoanalytisch begründete Verfahren (alt: § 14)	15
§ 16a	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (alt: § 14a)	15
§ 16b	Analytische Psychotherapie (alt: § 14b)	16
§ 17	Verhaltenstherapie (alt: § 15)	16
§ 18	Keine Kombination von psychoanalytisch begründeten Verfahren und Verhaltenstherapie (alt: § 16)	16
§ 19	Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren und -methoden (alt § 17)	16
§ 20	Anwendungsformen (alt § 18)	18
§ 21	Kombination von Anwendungsformen (alt § 19)	19
§ 22	Behandlungsfrequenz (alt § 20)	19
C.	Psychosomatische Grundversorgung	20

§ 23	Allgemeines (alt § 21).....	20
§ 24	Verbale Interventionen (alt § 21a)	20
§ 25	Übende und suggestive Interventionen (alt § 21b)	21
D.	Anwendungsbereiche.....	22
§ 26	Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie (alt § 22)	22
E.	Leistungsumfang.....	24
§ 27	Behandlungsumfang und -begrenzung (alt § 23).....	24
§ 28	Therapieansätze in den Verfahren nach § 15 (alt 23a).....	25
§ 29	Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15 (alt § 23b).....	27
§ 30	Behandlungsumfang bei Übende übenden und suggestiven Interventionen (alt § 23c).....	29
F.	Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren	30
§ 31	Konsiliarverfahren und Qualifikation der den Konsiliarbericht abgebenden Ärztinnen und Ärzte (alt § 24).....	30
§ 32	Anzeigeverfahren	31
§ 33	Antragsverfahren (alt § 25).....	31
§ 34	Gutachterverfahren (alt § 26)	33
§ 26a	Befreiung vom Gutachterverfahren für die Kurzzeittherapie	33
§ 35	Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter (alt § 26b).....	34
G.	Qualifikation zur Durchführung der Psychotherapie und der psychosomatischen Grundversorgung und Dokumentation	41
§ 36	Qualifikation der Leistungserbringer (alt § 27)	41
§ 37	Schriftliche Dokumentation (alt § 12).....	41
§ 38	Einsatz der Dokumentationsbögen.....	41
H.	Psychotherapie-Vereinbarungen.....	43
§ 39	Regelungsbereich der Psychotherapie-Vereinbarungen (alt § 28).....	43
I.	Übergangsregelung	44
§ 40	Übergangsregelung.....	44

Anlage 1	45
Anlage 2	46

¹Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie dient der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten und ihrer Angehörigen in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen. Die Kosten trägt die Krankenkasse. Zur sinnvollen Verwendung der Mittel ist die folgende Richtlinie zu beachten.
⁴Sie dient als Grundlage für Vereinbarungen, die zur Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung zwischen den Vertragspartnern abzuschließen sind.

A. Allgemeines

§ 1 Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(1) Psychotherapie kann von Therapeutinnen und Therapeuten nach Abs. 2 im Rahmen dieser Richtlinie erbracht werden, soweit und solange eine seelische Krankheit (siehe § 2) vorliegt.

KBV	GKV-SV
Psychotherapie im Sinne dieser Richtlinie wird in den §§ 3 bis 7 definiert (Richtlinientherapie) sind Psychotherapeutische Akutbehandlung nach § 13 sowie Psychotherapieverfahren nach § 15. Psychotherapeutische Sprechstunden nach § 11, Probatorische Sitzungen nach § 12 und die Psychosomatische Grundversorgung nach Abschnitt C werden nicht der Richtlinientherapie zugerechnet.	Psychotherapie im Sinne dieser Richtlinie wird in den §§ 3 bis 7 definiert (Richtlinientherapie) sind Psychotherapieverfahren nach § 15. Psychotherapeutische Sprechstunden nach § 11, Probatorische Sitzungen nach § 12, Psychotherapeutische Akutbehandlung nach § 13 und die Psychosomatische Grundversorgung nach Abschnitt C werden nicht der Richtlinientherapie zugerechnet.

(2) Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne dieser Richtlinie sind entsprechend der jeweiligen fachlichen Befähigung die ärztliche Psychotherapeutin oder der ärztliche Psychotherapeut, die ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.

KBV/GKV-SV	PatV
(3) Leistungen dieser Richtlinie mit Ausnahme der Psychosomatischen Grundversorgung nach Abschnitt C können nur von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werden, die über eine Genehmigung gemäß der Psychotherapievereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung verfügen.	(3) Leistungen dieser Richtlinie mit Ausnahme der Psychosomatischen Grundversorgung nach Abschnitt C können nur von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werden, die über eine Genehmigung gemäß der Psychotherapievereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung sowie von ermächtigten

	Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 und 3, § 118 (Hochschulambulanzen, psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen sowie Ambulanzen an Ausbildungsstätten) verfügen.
--	--

(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Grundsätzlich haben Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenentherapie. In diesen Fällen gelten die Regelungen für Erwachsene.

(5) ¹Psychotherapie ist keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung und gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung, wenn sie nicht dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. ²Dies gilt ebenso für Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, für Erziehungsberatung, Sexualberatung, körperbezogene Therapieverfahren, darstellende Gestaltungstherapie sowie heilpädagogische oder ähnliche Maßnahmen.

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

(7) Psychotherapieverfahren, -methoden und -techniken, die den in den ~~§§ 1 bis 11~~ **§§ 1 bis 10 und Abschnitt C** genannten Erfordernissen nicht entsprechen, oder therapeutisch nicht hinreichend erprobt und wissenschaftlich begründet wurden, sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung.

§ 2 Seelische Krankheit

(1) ¹In dieser Richtlinie wird seelische Krankheit verstanden als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. ²Es gehört zum Wesen dieser Störungen, dass sie der willentlichen Steuerung durch die Patientin oder den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind.

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

(3) Seelische Strukturen werden in dieser Richtlinie verstanden als die anlagemäßig disponierenden und lebensgeschichtlich erworbenen Grundlagen seelischen Geschehens, das direkt beobachtbar oder indirekt erschließbar ist.

(4) Auch Beziehungsstörungen können Ausdruck von Krankheit sein; sie sind für sich allein nicht schon Krankheit im Sinne dieser Richtlinie, sondern können nur dann als

seelische Krankheit gelten, wenn ihre ursächliche Verknüpfung mit einer krankhaften Veränderung des seelischen oder körperlichen Zustandes eines Menschen nachgewiesen wurde.

§ 3 Ätiologische Orientierung der Psychotherapie

(1) Psychotherapie, als Behandlung seelischer Krankheiten im Sinne dieser Richtlinie, setzt voraus, dass das Krankheitsgeschehen als ein ursächlich bestimmter Prozess verstanden wird, der mit wissenschaftlich begründeten Methoden untersucht und in einem Theoriesystem mit einer Krankheitslehre definitorisch erfasst ist.

(2) ¹Die Theoriesysteme müssen seelische und körperliche Symptome als Ausdruck des Krankheitsgeschehens eines ganzheitlich gesehenen Menschen wahrnehmen und berücksichtigen. ²Sie müssen den gegenwärtigen, lebensgeschichtlichen und gesellschaftlichen Faktoren in ihrer Bedeutung für das Krankheitsgeschehen gerecht werden.

§ 4 Übergreifende Merkmale von Psychotherapie

(1) Psychotherapie dieser Richtlinie wendet methodisch definierte Interventionen an, die auf als Krankheit diagnostizierte seelische Störungen einen systematisch verändernden Einfluss nehmen und Bewältigungsfähigkeiten des Individuums aufbauen.

(2) ¹Diese Interventionen setzen eine bestimmte Ordnung des Vorgehens voraus. ²Diese ergibt sich aus Erfahrungen und gesicherten Erkenntnissen, deren wissenschaftliche Reflexion zur Ausbildung von Behandlungsverfahren und -methoden, die in einen theoriegebunden Rahmen gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 1 und § 6 Absatz 1 Nummer 1 eingebettet sind, geführt hat.

(3) In der psychotherapeutischen Intervention kommt, unabhängig von der Wahl des Therapieverfahrens, der systematischen Berücksichtigung und der kontinuierlichen Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung **im Einzel- wie im Gruppensetting** eine zentrale Bedeutung zu.

(4) **Psychotherapie nach dieser Richtlinie kann als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie Anwendung finden.**

- 1. Im Einzelsetting wird eine individuelle Gesamtbehandlung in der spezifischen Beziehung zwischen Patient und Therapeut gestaltet. Dieses ist gekennzeichnet durch die dyadische Interaktion zwischen Patient und Therapeut. Dabei stehen individuelles Erleben und Verhalten sowie individuelle intrapsychische Prozesse des Patienten im Fokus der Behandlung. Je nach Verfahren werden unterschiedliche psychotherapeutische Instrumente wie z. B. Übertragungs-, Gegenübertragungs-, Widerstands- oder Verhaltensanalyse vom Therapeuten angewandt, um den Behandlungs- und Heilungsprozess des Patienten zu fördern.**
- 2. In einem Gruppensetting können interpersonelle Probleme unmittelbar prozessual aktiviert und bearbeitet werden. Darauf aufbauend können Techniken eingesetzt werden, die bei den Teilnehmern wechselseitig Ressourcen aktivieren (z. B. Motivation, Verstärkung). Den Patienten wird vermittelt, dass andere mit den gleichen oder ähnlichen Problemen konfrontiert sind. Darüber hinaus können neue**

Verhaltensweisen in einem weiteren sozialen Rahmen erprobt werden und es sind Rückmeldungen nicht nur von einem Therapeuten sondern von einer Reihe unterschiedlicher Interaktionspartner in der Gruppe möglich.

3. Durch die Möglichkeit zur Kombination in den Verfahren nach § 15 können Einzel- und Gruppentherapie personen- und störungsadäquat eingesetzt werden, um den Behandlungsverlauf zu fördern. Die Kombination stellt eine geeignete Behandlungsmöglichkeit für diejenigen Patienten dar, bei denen eine alleinige Gruppentherapie zu einer Überforderung führen würde oder eine alleinige Einzeltherapie jedoch möglicherweise den Behandlungsverlauf nicht ausreichend fördern würde.

Grundsätzlich können alle Indikationen nach § 26 im Einzelsetting, im Gruppensetting oder in Kombination beider Settings behandelt werden. Nach diagnostischer Abklärung des Störungsbildes ist bei der Behandlungsplanung die Auswahl des geeigneten Behandlungssettings individuell und in Absprache mit dem Patienten zu treffen.

§ 5 Definition Psychotherapieverfahren

(1) Ein zur Krankenbehandlung geeignetes Psychotherapieverfahren ist gekennzeichnet durch

1. eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung oder verschiedene Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung auf der Basis gemeinsamer theoriegebundener Grundannahmen,
2. eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen oder mehrere darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsmethoden für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen und
3. darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

(2) Ein Psychotherapieverfahren im Sinne dieser Richtlinie muss die Voraussetzungen nach § 17 § 19 Absatz 1 erfüllen.

§ 6 Definition Psychotherapiemethode

(1) Eine zur Behandlung einer oder mehrerer Störungen mit Krankheitswert geeignete Psychotherapiemethode ist gekennzeichnet durch

1. eine Theorie der Entstehung und der Aufrechterhaltung dieser Störung bzw. oder Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung,
2. Indikationskriterien einschließlich deren diagnostischer Erfassung,
3. die Beschreibung der Vorgehensweise und
4. die Beschreibung der angestrebten Behandlungseffekte.

(2) Eine Psychotherapiemethode im Sinne dieser Richtlinie muss die Voraussetzungen nach § 17 § 19 Absatz 2 erfüllen.

§ 7 Definition psychotherapeutische Technik

Eine psychotherapeutische Technik ist eine konkrete Vorgehensweise mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von Verfahren und Methoden erreicht werden sollen.

§ 8 Feststellungen zu Verfahren und Methoden

In § 43 § 15 und in Anlage 1 der Richtlinie wird festgestellt, für welche Verfahren und Methoden die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinie als erfüllt gelten und gegebenenfalls unter welchen Bedingungen diese zur Behandlung von Krankheit Anwendung finden können.

§ 9 Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Im Rahmen einer Psychotherapie kann es notwendig werden, zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges **Beziehungspersonen relevante Bezugspersonen** aus dem engeren Umfeld (Partnerin oder Partner, Familie) der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einzubeziehen. **Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es notwendig werden, für die Behandlung der Störung relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.**

§ 10 Verbindung von Diagnostik und Therapie

(1) ¹Psychotherapie setzt eine ätiologisch orientierte Diagnostik voraus, welche die jeweiligen Krankheitserscheinungen erklärt und zuordnet. ²Dies gilt auch für die vorwiegend übenden und suggestiven Interventionen. ³Die angewandte Psychotherapie muss in einer angemessenen Relation zu Art und Umfang der diagnostizierten Erkrankung stehen. **⁴Dabei ist die Möglichkeit der Behandlung in Gruppentherapie in angemessener Weise zu berücksichtigen.** ⁵Psychotherapieverfahren, -methoden und -techniken ohne Erfüllung der genannten Erfordernisse sind als Psychotherapie im Sinne der Richtlinie nicht geeignet. ⁶Voraussetzung ist ferner, dass der Krankheitszustand in seiner Komplexität erfasst wird, auch dann, wenn nur die Therapie eines Teilzieles angestrebt werden kann.

(2) **Bei Verdacht auf eine seelische Krankheit findet im Rahmen der Sprechstunde nach § 11 eine Orientierende Diagnostische Abklärung (ODA) und, sofern erforderlich, eine Differenzialdiagnostische Abklärung (DDA) statt. Beide haben die Diagnostik vor Indikationsstellung für eine therapeutische Maßnahme zur Zielsetzung. Hierbei sind in der Regel standardisierte diagnostische Instrumente einzusetzen. Die Ergebnisse sind in die Beratung nach § 11 Abs. 3 Satz 2 der Patientinnen und Patienten einzubringen. Bei der ODA handelt es sich nicht um eine verfahrensgebundene Diagnostik zur Überprüfung der Eignung für ein Psychotherapieverfahren nach § 15, sondern um eine Abklärung vor der Indikationsstellung, die möglicherweise auch andere Maßnahmen zur Folge haben kann.**

§ 11—Psychosomatische Grundversorgung *(in Kapitel C § 23 (alt: § 21) Absatz 1 eingefügt)*

§ 12—Schriftliche Dokumentation *(in Kapitel G § 37 (neu) als Abs. 1 eingefügt)*

B. Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen

§ 11 Psychotherapeutische Sprechstunde

(1) ¹Die Psychotherapeutische Sprechstunde (Sprechstunde) soll zeitnah einen niedrigschwiligen Zugang der Patientin oder des Patienten zur ambulanten Versorgung ermöglichen und dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen im System der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind. ²Eine Sprechstunde stellt für den Patienten den Zugang zu Therapeutinnen und Therapeuten dar und ist abgesehen von den in Abs. 8 definierten Ausnahmen vor einer Behandlung gemäß §§ 12, 13 und 15 verpflichtend.

KBV/GKV-SV	PatV
(2) Der Therapeut, die Therapeutin kann Sprechstunden anbieten und teilt dies sowie die Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patienten mit. In diesem Fall sind die nachfolgenden Anforderungen zu erfüllen.	(2) Die Sprechstunde ist verpflichtend von der Therapeutin oder dem Therapeuten anzubieten.

(3) Bei Verdacht auf eine seelische Krankheit findet im Rahmen der Sprechstunde eine ODA und sofern erforderlich eine DDA nach § 10 Absatz 2 statt. Dabei soll auch eine Beratung, Information, Klärung des individuellen Behandlungsbedarfs, eine erste Diagnosestellung und dementsprechende Behandlungsempfehlungen sowie, sofern erforderlich, eine kurze psychotherapeutische Intervention erfolgen. Darüber hinaus sollen dem Patienten oder der Patientin, sofern erforderlich, Hinweise auf andere Hilfemöglichkeiten gegeben werden.

(4) Sprechstunden finden im persönlichen Kontakt der Patientin oder des Patienten mit den Therapeutinnen und Therapeuten statt. Bei Kindern und Jugendlichen kann die Sprechstunde bis zu 100 Minuten auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden.

(5) Eine telefonische persönliche Erreichbarkeit zur Terminkoordination zu definierten und zu veröffentlichenden Zeiten ist zu gewährleisten; insgesamt ist bei einem vollen Versorgungsauftrag eine telefonische persönliche Erreichbarkeit durch den Therapeuten oder die Therapeutin oder sein Praxispersonal von 5 Stunden pro Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten sicherzustellen. Entsprechend gelten 2,5 Stunden bei einem hälftigen Versorgungsauftrag.

(6) Sprechstunden können entweder als offene Sprechstunde oder als Sprechstunde mit Terminvergabe durchgeführt werden; die Organisation der Sprechstunde bleibt der Therapeutin oder dem Therapeuten überlassen.

(7) Die Sprechstunde kann als Einzelbehandlung bei Erwachsenen in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens sechsmal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 150 Minuten) durchgeführt werden; bei Kindern und Jugendlichen als Einzelbehandlung in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens 10-mal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 250 Minuten).

Voraussetzung für eine weitergehende Behandlung nach §§ 12, 13 und 15 ist eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer.

(8) Sofern ein Therapeutenwechsel nach der Sprechstunde oder im Rahmen einer laufenden Therapie stattgefunden hat oder ein Patient aus stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder rehabilitativer Behandlung nach § 40 Absatz 1 oder 2 SGB V aufgrund einer Diagnose nach § 26 entlassen wurde, können erforderliche probatorische Sitzungen nach § 12

KBV	GKV-SV
und Akutbehandlung nach § 13 ohne Sprechstunde beginnen.	ohne Sprechstunde beginnen.

(9) Konsiliarbericht oder unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung sind nicht obligatorisch zur Inanspruchnahme der Sprechstunde.

(10) Die Therapeutin bzw. der Therapeut nach Absatz 13 klärt im Rahmen der Sprechstunden auch, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung gemäß § 26 vorliegt.

(11) Sofern eine Behandlung nach § 15 indiziert ist, informiert die Therapeutin oder der Therapeut über die unterschiedlichen Verfahren und Anwendungsformen gemäß § 15 und den Ablauf einer Psychotherapie, um bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Falls keine Psychotherapie indiziert ist, wird bei Bedarf über Alternativen informiert.

KBV	GKV-SV
(12) Vor Beginn einer Richtlinien-therapie wird vom Therapeuten eine Abklärung einer somatischen Erkrankung eingeholt.	(12) Vor Beginn einer Akutbehandlung oder Richtlinien-therapie wird vom Therapeuten eine Abklärung einer somatischen Erkrankung eingeholt.

(13) Im Falle einer sich anschließenden Behandlung nach §§ 12, 13 und 15 ist es nicht erforderlich, dass die Sprechstunde oder die Sprechstunden von der Therapeutin oder dem Therapeuten erbracht wurden, der die Therapie durchführt.

(14) Therapeutinnen oder Therapeuten, die Psychotherapeutische Sprechstunden erbringen, haben pro Woche bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 100 Minuten und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag mindestens 50 Minuten für Psychotherapeutische Sprechstunden zur Verfügung zu stellen.

(15) Die Patientin oder der Patient und soweit erforderlich die Sorgeberechtigten erhalten ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinien-therapie („Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte“) sowie eine schriftliche Rückmeldung zum Ergebnis der Sprechstunde („Individuelle Patienteninformation“).

KBV/GKV-SV	PatV
Das Nähere hierzu regelt die Psychotherapie-Vereinbarung.	Beide Informationsblätter werden der Richtlinie als Anlage angefügt.

(16) Sprechstunden sind keine Richtlinien-therapie und werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.

(17) Die Sprechstunde wird innerhalb von 5 Jahren nach Beschlussfassung evaluiert.

§ 12 Probatorische Sitzungen

(1) Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren unter Berücksichtigung der Ausschlüsse gemäß § 26 Abs. 3 dienen. Dabei sind auch weitere differenzialdiagnostische Abgrenzungen des Krankheitsbildes und eine Einschätzung der Prognose vorzunehmen. In den probatorischen Sitzungen erfolgt auch eine Klärung der Motivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit sowie der Verlässlichkeit des Patienten. Darüber hinaus dienen sie einer Abschätzung der persönlichen Passung, d.h. einer tragfähigen Arbeitsbeziehung, von Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut. Entscheidungen zu weiteren Behandlungen sollten nach entsprechender Information des Patienten mit diesem gemeinsam getroffen werden.

KBV/PatV	GKV-SV
(2) Probatorische Sitzungen dienen der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15. Sie sind keine Richtlinientherapie und werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.	(2) Probatorische Sitzungen dienen der Einleitung einer Akutbehandlung nach § 13 oder einer ambulanten Psychotherapie nach § 15. Sie sind keine Richtlinientherapie und werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.
(3) Vor einer ambulanten Psychotherapie finden bis zu 5 probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer bei Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und bis zu 8 probatorische Sitzungen bei Analytischer Therapie statt. Bei Kindern und Jugendlichen können darüber hinaus zwei weitere probatorische Sitzungen durchgeführt werden.	(3) Vor einer Richtlinientherapie finden 3 probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer statt. Bei Kindern und Jugendlichen können darüber hinaus zwei weitere probatorische Sitzungen durchgeführt werden.

(4) Probatorische Sitzungen können nur als Einzelbehandlung durchgeführt werden. Bei Kindern und Jugendlichen ist auch eine Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen nach § 9 möglich.

§ 13 Psychotherapeutische Akutbehandlung

(1) Die Akutbehandlung ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss

KBV	GKV-SV
an die Sprechstunde	an die Probatorik

zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik. Sie hat zum Ziel, Patienten von akuter Symptomatik mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln zu entlasten. Die Patienten, für die die Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert

13

werden, dass sie auf eine Behandlung nach § 15 vorbereitet werden können oder dass ihnen andere ambulante (z. B. psychiatrische, psychosomatische, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Sozialpsychiatrischer Dienst, Jugendhilfe), teilstationäre oder stationäre Maßnahme empfohlen werden können.

(2) Die Akutbehandlung wird in der Regel als Einzeltherapie durchgeführt.

KBV	GKV-SV
(3) Die Akutbehandlung kann als Einzeltherapie bei Erwachsenen in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens 16-mal je Krankheitsfall, bei Kindern und Jugendlichen höchstens 20-mal je Krankheitsfall durchgeführt werden	(3) Die Akutbehandlung kann als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens 24-mal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 600 Minuten) durchgeführt werden.

(4) Die Akutbehandlung ist anzeigepflichtig gemäß § 32.

KBV	GKV-SV
	(5) Die erbrachten Stunden der Akutbehandlung sind Bestandteil des Therapiekontingents nach § 28.

§ 14 Rezidivprophylaxe

(1) Psychotherapie nach § 15 ist eine besonders nachhaltige Behandlung und beinhaltet aufgrund ihrer Konzepte und Techniken grundsätzlich eine Rezidivprophylaxe als integralen Bestandteil der Abschlussphase einer solchen Therapie. Hierbei sind zwischen Therapeutin oder Therapeut und Patientin oder Patient anstehende Entwicklungen, Aufgaben und Schwierigkeiten zu besprechen mit dem Ziel, zu erwartende kritische Ereignisse und Lebenssituationen zu identifizieren und Rückfälle zu vermeiden.

(2) Nach Beendigung einer Langzeittherapie kann es dennoch bei einigen Patienten sinnvoll sein, zur Erhaltung der erreichten und mit der Patientin oder dem Patienten erarbeiteten Ziele eine weitere Behandlung – im Sinne einer „ausschleichenden Behandlung“ – mit den innerhalb des bewilligten Kontingentschritts verbliebenen Stunden durchzuführen. Eine solche niederfrequente therapeutische Arbeit auf der Basis der vertrauensvollen therapeutischen Beziehung kann zur Stabilisierung der Patientin oder des Patienten beitragen, wieder auftretende entwicklungsbedingte Herausforderungen und Krisen abfangen und damit Neubeantragungen von Richtlinien-therapie verhindern.

(3) Bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden können maximal 8 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 16 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden. Bei Kindern und Jugendlichen können im Falle der Hinzuziehung von relevanten Bezugspersonen bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal 10 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden. Sie sind Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents. Die Beantragung einer alleinigen Rezidivprophylaxe ist nicht zulässig.

(4) Für Rezidivprophylaxe vorgesehene Stunden können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden.

(5) Eine Entscheidung für oder gegen die Behandlung mit Stunden der Rezidivprophylaxe ist im Antrag der Langzeittherapie anzugeben. Sofern ein möglicher Einsatz der Rezidivprophylaxe bei Beantragung der Langzeittherapie noch nicht absehbar ist, ist dies im Bericht an den Gutachter zu begründen. Das Nähere hierzu regelt die Psychotherapie-Vereinbarung.

§ 15 Behandlungsformen (alt: § 13)

¹Folgende Behandlungsformen sind anerkannte Psychotherapieverfahren im Sinne dieser Richtlinie. ²Ihnen liegt ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde, und ihre spezifischen Behandlungsmethoden sind in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt:

1. Psychoanalytisch begründete Verfahren
2. Verhaltenstherapie.

§ 16 Psychoanalytisch begründete Verfahren (alt: § 14)

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

(2) Als psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren gelten im Rahmen dieser Richtlinie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie.

§ 16a Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (alt: § 14a)

(1) Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und struktureller Störungen unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden.

(2) ¹Eine Konzentration des therapeutischen Prozesses wird durch Begrenzung des Behandlungszieles, durch ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen und durch Einschränkung regressiver Prozesse angestrebt. ²Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gelangt auch in jenen Fällen zur Anwendung, in denen eine längerfristige therapeutische Beziehung erforderlich ist.

(3) Als Sonderformen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie können folgende Psychotherapiemethoden zur Anwendung kommen:

1. Kurztherapie
2. Fokaltherapie
3. Dynamische Psychotherapie

4. Niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung.

§ 16b Analytische Psychotherapie (alt: § 14b)

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

§ 17 Verhaltenstherapie (alt: § 15)

(1) ¹Die Verhaltenstherapie als Krankenbehandlung umfasst Therapieverfahren, die vorwiegend auf der Basis der Lern- und Sozialpsychologie entwickelt worden sind. ²Unter den Begriff „Verhalten“ fallen dabei beobachtbare Verhaltensweisen sowie kognitive, emotionale, motivationale und physiologische Vorgänge. ³Verhaltenstherapie im Sinne dieser Richtlinie erfordert die Analyse der ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen des Krankheitsgeschehens (Verhaltensanalyse). ⁴Sie entwickelt ein entsprechendes Störungsmodell und eine übergeordnete Behandlungsstrategie, aus der heraus die Anwendung spezifischer Interventionen zur Erreichung definierter Therapieziele erfolgt.

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

1. Stimulusbezogene Methoden (z. B. systematische Desensibilisierung),
2. Responsebezogene Methoden (z. B. operante Konditionierung, Verhaltensübung),
3. Methoden des Modelllernens,
4. Methoden der kognitiven Umstrukturierung (z. B. Problemlösungsverfahren, Immunisierung gegen Stressbelastung),
5. Selbststeuerungsmethoden (z. B. psychologische und psychophysiologische Selbstkontrolltechniken).

(3) Die Komplexität der Lebensgeschichte und der individuellen Situation der **Patientin** oder des **Patienten Kranken** erfordert eine Integration mehrerer dieser Interventionen in die übergeordnete Behandlungsstrategie.

§ 18 Keine Kombination von psychoanalytisch begründeten Verfahren und Verhaltenstherapie (alt: § 16)

Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie sind nicht kombinierbar, weil die Kombination der Verfahren zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann.

§ 19 Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren und -methoden (alt § 17)

(1) Über die in §-13 § 15 genannten Verfahren hinaus können als Psychotherapie gemäß Abschnitt A der Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung andere Verfahren Anwendung

finden, wenn nachgewiesen ist, dass sie die nachstehenden Voraussetzungen nach Nummer 1 bis 3 erfüllen:

1. Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 des Psychotherapeutengesetzes, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt für eine vertiefte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angesehen werden kann.
2. Für Verfahren der Psychotherapie bei Erwachsenen ist ein Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des ~~Gemeinsamen Bundesausschusses~~ **G-BA** für mindestens die Anwendungsbereiche ~~§-22 § 26~~ Absatz 1 Nummer 1, 2 und entweder
 - a) zusätzlich für mindestens einen der folgenden Anwendungsbereiche: ~~§-22 § 26~~ Absatz 1 Nummer 3, 8, Absatz 2 Nummer 1 oder
 - b) zusätzlich für mindestens zwei der folgenden Anwendungsbereiche: ~~§-22 § 26~~ Absatz 1 Nummer 4 bis 7, 9, Absatz 2 Nummer 2 bis 4

zu erbringen.

Anstelle eines Nutznachweises in einem der Anwendungsbereiche nach Satz 1 Buchstabe b) kann je nach Studienlage im Einzelfall ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten psychischen Störungen anerkannt werden. Gemischte Störungen im Sinne des Satzes 2 werden von Studien erfasst, in denen überwiegend Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen und/oder diagnostisch gemischte Patientengruppen behandelt wurden; den psychischen Störungen der in den Studien behandelten Patientinnen und Patienten muss Krankheitswert zukommen. Ein Nutznachweis nach Satz 2 kann nur anerkannt werden, wenn eine Zuordnung der jeweiligen Studie zu einem der Anwendungsbereiche nach ~~§-22 § 26~~ Absatz 1 Nummer 1 bis 9 und Absatz 1 bis 4 nicht möglich ist und wenn der durch die Studie geführte Nutznachweis nicht überwiegend auf Behandlungseffekte bei Störungen aus solchen Anwendungsbereichen zurückzuführen ist, für die bereits ein indikationsspezifischer Nutznachweis erbracht worden ist. Eine Berücksichtigung nach Satz 2 bedarf einer umfassenden Abwägung im Einzelfall, inwieweit ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten Störungen in seiner Bedeutung einem Nutznachweis in einem der Anwendungsbereiche nach Satz 1 Buchstabe b) gleichkommt.

3. Für Verfahren der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist ein Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des ~~Gemeinsamen Bundesausschusses~~ **G-BA** mindestens für die Anwendungsbereiche ~~§-22 § 26~~ Absatz 1 Nummer 1, 2 und 9 (nur Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens) zu erbringen. Soweit der Nachweis lediglich für zwei dieser Anwendungsbereiche erfolgt, ist zusätzlich ein Nachweis für mindestens zwei der Anwendungsbereiche ~~§-22 § 26~~ Absatz 1 Nummer 3 bis 9 (mit Ausnahme Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens), Absatz 2 Nummer 1 bis 4 zu erbringen. Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.
- (2) Eine neue Methode kann nach vorangegangener Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 des Psychotherapeutengesetzes und Nachweis von

Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des ~~Gemeinsamen~~ **Bundesausschusses G-BA** indikationsbezogen Anwendung finden.

(3) ¹In begründeten Ausnahmefällen kann von der in Absatz 1 Nummer 1 und in Absatz 2 geregelten Voraussetzung einer vorherigen Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 des Psychotherapeutengesetzes abgewichen werden. ²Der ~~Gemeinsame~~ **Bundesausschuss G-BA** stellt fest, für welche Verfahren und Methoden in der Psychotherapie und Psychosomatik die der Verfahrensordnung des ~~Gemeinsamen~~ **Bundesausschusses G-BA** und der Psychotherapie-Richtlinie zugrundeliegenden Erfordernisse als erfüllt gelten und gegebenenfalls unter welchen Bedingungen diese zur Behandlung von Krankheit Anwendung finden können. ³Die Feststellungen sind als Anlage 1 Bestandteil der Richtlinie.

§ 20 Anwendungsformen (alt § 18)

Psychotherapie im Rahmen dieser Richtlinie kann in folgenden Formen Anwendung finden:

1. Einzeltherapie bei Erwachsenen:

Anwendung der unter ~~§ 13 und § 21~~ **§ 15 und § 23** genannten Behandlungsformen bei der Behandlung einer einzelnen oder eines einzelnen ~~Kranken~~ **Patienten**.

2. ~~Behandlung~~ **Gruppentherapie** von Erwachsenen ~~in Gruppen:~~

Anwendung der unter ~~§ 13~~ **§ 15** genannten Verfahren, sofern die Interaktion zwischen mehreren ~~Kranken~~ **Patienten** therapeutisch ~~erforderlich~~ **förderlich** ist und die gruppendynamischen Prozesse entsprechend genutzt werden **sollen**.

3. Einzeltherapie bei Kindern und Jugendlichen:

Anwendung der unter ~~§ 13 und § 21~~ **§ 15 und § 23** genannten Verfahren unter Berücksichtigung der altersspezifischen Bedingungen, ggf. unter Einbeziehung von **relevanten** Bezugspersonen ~~gemäß § 9 aus dem engeren Umfeld~~.

4. ~~Gruppentherapie~~ **Behandlung** von Kindern und Jugendlichen ~~in Gruppen:~~

Anwendung der unter ~~§ 13~~ **§ 15** genannten Verfahren unter Berücksichtigung der altersspezifischen Bedingungen und unter Nutzung gruppendynamischer Prozesse bei der Behandlung mehrerer Kinder, ggf. unter Einbeziehung von **relevanten** Bezugspersonen ~~aus dem engeren Umfeld~~ **gemäß § 9**.

5. ~~Gruppengröße:~~ **Behandlung** von ~~Kranken~~ **Patienten** in Gruppen

Bei der Behandlung von ~~Kranken~~ **Patienten** in Gruppen soll **umfasst** die Größe der Gruppe bei

KBV/GKV-SV	PatV
- psychoanalytisch begründeten Verfahren und bei Verhaltenstherapie mindestens 3 bis höchstens 9 Patienten.	- psychoanalytisch begründeten Verfahren mindestens 6 bis höchstens 9 - Verhaltenstherapie mindestens 3 bis höchstens 9

Innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Regelung führt der G-BA eine Evaluation durch, die überprüft, ob die Regeländerung zu einer Veränderung der Inanspruchnahme, insbesondere zur Gruppengröße und zu einer prozentualen Erhöhung (Einzel- vs. Gruppentherapie) geführt hat.

§ 21 Kombination von Anwendungsformen (alt § 19)

(1) ¹Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie können jeweils als Einzelbehandlung **Einzeltherapie**, als Gruppenbehandlung **Gruppentherapie** oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung **Gruppentherapie** durchgeführt werden. ²Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination auch gemäß § 44a § 16a Absatz 3 Nummer 4 durchgeführt werden.

(2) ¹Aufbauend auf der Diagnostik ist bei Kombinationen von Einzel- und Gruppentherapie vor Beginn der Behandlung ein Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. ²Bei gleichzeitiger Behandlung durch verschiedene Therapeutinnen oder Therapeuten ist der jeweilige Gesamtbehandlungsplan in Abstimmung zu erstellen und eine gegenseitige Information über den Verlauf der Behandlung sicherzustellen, sofern die Patientin oder der Patient einwilligt.

(3) **Bei Veränderung des bewilligten Behandlungssettings während einer laufenden Kurzzeittherapie ist der Krankenkasse diese Änderung anzuzeigen, sofern das bewilligte Stundenkontingent im Rahmen der Änderung nicht überschritten wird. Bei Überschreiten des Stundenkontingents oder bei Langzeittherapie ist ein Änderungsantrag zu stellen.**

(4) Der G-BA überprüft innerhalb von 4 Jahren nach Inkrafttreten der Regelung deren Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der Gruppentherapie – auch in Relation zur Einzeltherapie und entsprechenden Kombinationen – in den psychoanalytisch begründeten Verfahren.

§ 22 Behandlungsfrequenz (alt § 20)

(1) Die Behandlungsfrequenz ist in den psychoanalytisch begründeten Verfahren wie auch in der Verhaltenstherapie auf maximal 3 Behandlungsstunden in der Woche zu begrenzen, um eine ausreichende Therapiedauer im Rahmen der Kontingentierung zu gewährleisten.

(2) ¹Eine durchgehend hochfrequente Psychotherapie kann im Rahmen dieser Richtlinie keine Anwendung finden. ²Bei der Therapieplanung oder im Verlauf der Behandlung kann es sich jedoch als notwendig erweisen, ggf. einen Abschnitt der Psychotherapie in einer höheren Wochenfrequenz durchzuführen, um eine größere Effektivität der Therapie zu gewährleisten. ³Der entsprechende Abschnitt darf nicht das gesamte Kontingent eines Bewilligungsschrittes umfassen. ⁴Die Notwendigkeit einer abschnittsweisen höheren Wochenfrequenz ist in der Antragstellung differenziert zu begründen.

C. Psychosomatische Grundversorgung

§ 23 Allgemeines (alt § 21)

(1) ¹Die Psychotherapie im Sinne dieser Richtlinie wird in der vertragsärztlichen Versorgung ergänzt durch Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung. ²Dabei handelt es sich um eine möglichst frühzeitige differentialdiagnostische Klärung psychischer und psychosomatischer Krankheitszustände in ihrer ätiologischen Verknüpfung und in der Gewichtung psychischer und somatischer Krankheitsfaktoren. ³Die psychosomatische Grundversorgung umfasst seelische Krankenbehandlung durch verbale Interventionen und durch übende und suggestive Interventionen bei akuten seelischen Krisen, auch im Verlauf chronischer Krankheiten und Behinderungen.

(2) ¹Die psychosomatische Grundversorgung kann nur im Rahmen einer übergeordneten somatopsychischen Behandlungsstrategie Anwendung finden. ²Voraussetzung ist, dass die Ärztin oder der Arzt die ursächliche Beteiligung psychischer Faktoren an einem komplexen Krankheitsgeschehen festgestellt hat oder aufgrund ihrer oder seiner ärztlichen Erfahrung diese als wahrscheinlich annehmen muss. ³Ziel der psychosomatischen Grundversorgung ist eine möglichst frühzeitige differentialdiagnostische Klärung komplexer Krankheitsbilder, eine verbale oder übende Basistherapie psychischer, funktioneller und psychosomatischer Erkrankungen durch die primär somatisch orientierte Ärztin oder den primär somatisch orientierten Arzt und ggf. die Indikationsstellung zur Einleitung einer ätiologisch orientierten Psychotherapie.

(3) Die begrenzte Zielsetzung der psychosomatischen Grundversorgung strebt eine an der aktuellen Krankheitssituation orientierte seelische Krankenbehandlung an; sie kann während der Behandlung von somatischen, funktionellen und psychischen Störungen von Krankheitswert als verbale Intervention oder als Anwendung übender und suggestiver Interventionen von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt durchgeführt werden.

§ 24 Verbale Interventionen (alt § 21a)

(1) ¹Die verbalen Interventionen orientieren sich in der psychosomatischen Grundversorgung an der jeweils aktuellen Krankheitssituation; sie fußen auf einer systematischen, die Introspektion fördernden Gesprächsführung und suchen Einsichten in psychosomatische Zusammenhänge des Krankheitsgeschehens und in die Bedeutung pathogener Beziehungen zu vermitteln. ²Die Ärztin oder der Arzt berücksichtigt und nutzt dabei die krankheitsspezifischen Interaktionen zwischen der Patientin oder dem Patienten und der Therapeutin oder dem Therapeuten, in denen die seelische Krankheit sich darstellt. ³Darüber hinaus wird angestrebt, Bewältigungsfähigkeiten der **Patientin** oder des **Patienten** **Kranken**, evtl. unter Einschaltung der **Beziehungspersonen relevanten Bezugspersonen** aus dem engeren Umfeld, aufzubauen.

(2) ¹Die verbalen Interventionen können nur in Einzelbehandlungen durchgeführt und nicht mit übenden oder suggestiven Interventionen in derselben Sitzung kombiniert werden; sie können in begrenztem Umfang sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum niederfrequent Anwendung finden, wenn eine ätiologisch orientierte Psychotherapie nach ~~§ 13~~ **§ 15** nicht indiziert ist. ²Die

Durchführung von Maßnahmen nach ~~§ 24a~~ § 24 ist neben der Anwendung psychotherapeutischer Verfahren nach ~~§ 13~~ § 15 ausgeschlossen.

§ 25 Übende und suggestive Interventionen (alt § 21b)

(1) ¹Psychosomatische Grundversorgung durch übende und suggestive Interventionen unter Einschluss von Instruktionen und von Bearbeitung therapeutisch bedeutsamer Phänomene. ²Dabei können folgende Interventionen zur Anwendung kommen:

1. Autogenes Training als Einzel- oder Gruppenbehandlung (Unterstufe)
2. Jacobsonsche Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung
3. Hypnose in Einzelbehandlung

³Diese Interventionen dürfen während einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie grundsätzlich nicht angewendet werden.

(2) ¹Die Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung gemäß Absatz 1 Nummer 1 und 2 sind auch als Gruppenbehandlung mit mindestens 2 bis höchstens 10 Patienten und Patientinnen durchführbar. ²Eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist möglich.

D. Anwendungsbereiche

§ 26 Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie (alt § 22)

(1) Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie gemäß Abschnitt B und Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung gemäß Abschnitt C der Richtlinie bei der Behandlung von Krankheiten können nur sein:

1. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie;
2. Angststörungen und Zwangsstörungen;
3. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen);
4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen;
5. Essstörungen;
6. Nichtorganische Schlafstörungen;
7. Sexuelle Funktionsstörungen;
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen;
9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

(2) Psychotherapie kann neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:

- 1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen „(Alkohol, Drogen und Medikamente), im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz.

Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal 10 Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Therapeutin oder von dem Therapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Therapeutin oder von dem Therapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen

Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz ergriffen werden.

- 1b. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“, Anlage I, 2. (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger), beschränkt auf den Zustand der Beigebrauchsfreiheit.

Die Anwendung von Psychotherapie ist in diesen Fällen nur zulässig bei regelmäßiger Zusammenarbeit und Abstimmung hinsichtlich der Behandlungsziele und insbesondere der Beigebrauchsfreiheit mit der substituierenden Ärztin oder dem Arzt sowie bei etwaigen psychosozialen Betreuungs- oder Behandlungsmaßnahmen mit den hierfür zuständigen Stellen.

2. Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen.
3. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe.
4. Schizophrene und affektive psychotische Störungen.

(3) Psychotherapie ist als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, wenn:

1. zwar seelische Krankheit vorliegt, aber ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann, weil dafür bei der Patientin oder dem Patienten die Voraussetzung hinsichtlich der Motivationslage, der Motivierbarkeit oder der Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind, oder weil die Eigenart der neurotischen Persönlichkeitsstruktur (gegebenenfalls die Lebensumstände der Patientin oder des Patienten) dem Behandlungserfolg entgegensteht,
2. sie nicht der Heilung oder Besserung einer seelischen Krankheit, sondern allein der beruflichen oder sozialen Anpassung oder der beruflichen oder schulischen Förderung dient,
3. sie allein der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- und Sexualberatung dient.

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

(5) Verhaltensweisen, die als psychosoziale Störung in Erscheinung treten, sind nur dann Gegenstand von Psychotherapie nach Abschnitt B und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung nach Abschnitt C der Richtlinie, wenn sie Ausdruck einer psychischen Erkrankung sind.

E. Leistungsumfang

§ 27 Behandlungsumfang und -begrenzung (alt § 23)

(1) ¹Für die Durchführung der Psychotherapie ist es sowohl unter therapeutischen als auch unter wirtschaftlichen Aspekten erforderlich, nach Klärung der Diagnose und der Indikationsstellung vor Beginn der Behandlung den Behandlungsumfang und die Behandlungsfrequenz festzulegen, damit sich die Patientin oder der Patient und die Therapeutin oder der Therapeut darauf einrichten können.

KBV	GKV-SV
² In Ausnahmefällen, in denen der Behandlungsumfang und die Behandlungsfrequenz und die verfahrensspezifische Indikationsstellung zu Beginn der Behandlung nicht mit ausreichender Sicherheit festgelegt werden kann, soll die Festlegung nach einer Probetherapie erfolgen.	² In Ausnahmefällen, in denen der Behandlungsumfang und die Behandlungsfrequenz zu Beginn der Behandlung nicht mit ausreichender Sicherheit festgelegt werden kann, soll die Festlegung nach einer Probetherapie erfolgen.

(2) Die in den ~~§§ 23a bis 23c~~ **§§ 28 bis 30** festgelegten Begrenzungen berücksichtigen die therapeutischen Erfahrungen in den unterschiedlichen Gebieten der Therapie und stellen einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann.

(3) **Die Therapiestunde im Rahmen der Richtlinien-therapie umfasst mindestens 50 Minuten. Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie entsprechen die zur Verfügung gestellten Kontingente denen der überwiegend durchgeführten Anwendungsform. Dabei wird die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamttherapiekontingente von Einzeltherapie als Einzelstunde gezählt. Entsprechend wird die in der Einzeltherapie erbrachte Einzelstunde im Gesamttherapiekontingente von Gruppentherapie als Doppelstunde gezählt.**

KBV/GKV-SV	PatV
(4) Im Rahmen der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und Verhaltenstherapie können Behandlungen als Einzeltherapie der Indexpatientin oder des Indexpatienten auch in Doppelstunden bei intensiver Einbeziehung von Partnerin oder Partner oder Familie durchgeführt werden. Bei der Psychotherapie von Erwachsenen werden die entsprechenden Stunden auf das Gesamtkontingente angerechnet.	(4) Im Rahmen der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie kann die Behandlung von Erwachsenen außer im Setting der Einzeltherapie auch im Setting der Paar- und Familientherapie durchgeführt werden. Doppelstunden sind möglich. Es gelten in allen Fällen die Kontingente der Einzeltherapie.

KBV/PatV	GKV-SV
(5) Die in § 16a Absatz 3 Nummer 4 genannte Methode kann als Einzeltherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden.	(5) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Kurzzeittherapie sowie die in § 16a Absatz 3 Nummer 4 genannte Methode können als Einzeltherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl erbracht werden.

(6) Verhaltenstherapie kann als Einzeltherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung und in doppelstündigen Sitzungen mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden.

(7) Bewilligte Kurzzeittherapiekontingente werden auf das Kontingent der Langzeittherapie angerechnet.

§ 28 Therapieansätze in den Verfahren nach § 15 (alt 23a)

KBV	GKV-SV
(4) Folgende Therapieansätze sind möglich:	(4) Folgende Therapieansätze sind möglich:
1. Vor der ersten Antragsstellung sind bis zu 5, bei der analytischen Psychotherapie bis zu 8, probatorische Sitzungen möglich.	
1. Kurzzeittherapie bis zu 25 Stunden als Einzeltherapie in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und/oder der Verhaltenstherapie auch in Einheiten von 25 Minuten halbstündigen Sitzungen mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (Antragsverfahren) mit Begutachtung, sofern für die Therapeutin oder den Therapeuten keine Befreiung gemäß § 26a gilt).	1. Im Rahmen der Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie der Verfahren nach § 15 durchgeführt werden. Die KZT 1 ist gemäß § 32 anzeigepflichtig. Erbrachte Stunden im Rahmen der Psychotherapeutischen Akutbehandlung nach § 13 werden mit dem Stundenkontingent der KZT 1 verrechnet. 2. Im Rahmen der Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie der Verfahren nach § 15 durchgeführt werden. Die KZT 2 ist gemäß § 32 anzeigepflichtig.
	2. Kurzzeittherapie bis 25 Stunden als Einzeltherapie in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und/oder der Verhaltenstherapie auch in halbstündigen Sitzungen mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (Antragsverfahren)

25

	mit Begutachtung, sofern für die Therapeutin oder den Therapeuten keine Befreiung gemäß § 26a gilt).
2. Kurzzeittherapie bis zu 25 Stunden als Gruppentherapie (Antragsverfahren).	3. Im Rahmen der Kurzzeittherapie (KZT) können bis zu 24 Doppelstunden als Gruppentherapie der Verfahren nach § 15 durchgeführt werden. Die psychotherapeutische Behandlung im Gruppensetting ist gemäß § 32 anzeigepflichtig.
	3. Kurzzeittherapie bis 25 Stunden als Gruppentherapie
(als tiefenpsychologisch fundierte Therapie nur bei Erwachsenen und Jugendlichen und/oder als Verhaltenstherapie)	
mit Begutachtung, sofern für die Therapeutin oder den Therapeuten keine Befreiung gemäß § 26a gilt	(Antragsverfahren mit Begutachtung, sofern für die Therapeutin oder den Therapeuten keine Befreiung gemäß § 26a gilt).
3. Therapie Langzeittherapie mit einer Stundenzahl (siehe § 29), die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Therapieverfahren in der Antragsbegründung festzulegen ist (Antragsverfahren mit Begutachtung).	4. Therapie mit einer Stundenzahl, die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Therapieverfahren in der Antragsbegründung festzulegen ist (Antragsverfahren mit Begutachtung). Nach Abschluss der Kurzzeittherapie (KZT 1 und KZT 2 oder KZT) und bei weiterhin bestehenden behandlungsbedürftigen psychischen Symptomen mit Krankheitswert kann eine Therapie nach § 29 mit einer Stundenzahl, die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Therapieverfahren festzulegen ist, fortgeführt werden (Antragsverfahren mit Begutachtung).
4. Die Überführung Umwandlung einer Kurzzeittherapie in die Langzeittherapie muss bis zur zwanzigsten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt und zugleich das Gutachterverfahren eingeleitet werden.	5. Die psychotherapeutische Behandlung nach § 15 beginnt mit der Kurzzeittherapie. Sofern eine Umwandlung der Kurzzeittherapie in die Langzeittherapie indiziert ist, muss diese bis zur zwanzigsten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt und zugleich das Gutachterverfahren eingeleitet werden. Grundsätzlich ist der Antrag so rechtzeitig zu stellen, dass eine unmittelbare Weiterbehandlung möglich ist.

5. Probetherapie als Bestandteil der Langzeittherapie auf Antrag oder nach Empfehlung der Gutachterin oder des Gutachters für tiefenpsychologisch fundierte oder bzw. analytische Psychotherapie bis zu 25 Stunden, für Verhaltenstherapie bis zu 15 Stunden (Antragsverfahren mit Begutachtung).	6. Probetherapie als Bestandteil der Langzeittherapie auf Antrag oder nach Empfehlung der Gutachterin oder des Gutachters für tiefenpsychologisch fundierte bzw. analytische Psychotherapie bis zu 25 Stunden, für Verhaltenstherapie bis zu 15 Stunden (Antragsverfahren mit Begutachtung).
(2) Die Therapiestunde im Rahmen der Psychotherapie umfasst mindestens 50 Minuten.	

§ 29 Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15 (alt § 23b)

Die folgenden Bewilligungsschritte sind möglich. Eine Überschreitung des mit den jeweiligen Bewilligungsschritten festgelegten Therapieumfanges ist für die folgenden Verfahren nur zulässig, wenn mit der Beendigung des Bewilligungsschrittes das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungsziels bei Fortführung der Therapie besteht. Sofern das Gutachterverfahren beim Fortführungsantrag Einsatz findet, ist dies nachvollziehbar zu begründen. Es sind grundsätzlich die zugehörigen Höchstgrenzen einzuhalten.

1. Analytische Psychotherapie bei Erwachsenen
 - Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 160 Stunden, bei Gruppentherapie bis 80 Doppelstunden.
 - Höchstgrenze: bei Einzeltherapie 300 Stunden, bei Gruppentherapie 150 Doppelstunden.
2. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen
 - Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 60 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden
 - Höchstgrenze: bei Einzeltherapie 100 Stunden, bei Gruppentherapie 80 Doppelstunden.
3. Verhaltenstherapie bei Erwachsenen
 - Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
 - Höchstgrenze: 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.
4. Psychotherapie von Kindern bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
 - Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 70 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden
 - Höchstgrenzen: bei Einzeltherapie 150 Stunden, bei Gruppentherapie 90 Doppelstunden.
5. Verhaltenstherapie von Kindern

- Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
 - Höchstgrenzen: 80 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.
6. Psychotherapie von Jugendlichen bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
- Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 90 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden
 - Höchstgrenzen: bei Einzeltherapie 180 Stunden, bei Gruppentherapie 90 Doppelstunden.
7. Verhaltenstherapie bei Jugendlichen
- Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
 - Höchstgrenzen: 80 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.
- ~~1. Analytische Psychotherapie bis 160 Stunden, in besonderen Fällen bis 240 Stunden, bei Gruppenbehandlung bis 80 Doppelstunden, in besonderen Fällen bis 120 Doppelstunden.~~
- ~~2. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bis 50 Stunden, in besonderen Fällen bis 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung bis 40 Doppelstunden, in besonderen Fällen bis 60 Doppelstunden. Behandlungen können als Einzeltherapie der Indexpatientin oder des Indexpatienten auch in Doppelstunden bei intensiverer Einbeziehung von Partnerin oder Partner oder Familie durchgeführt werden. Die entsprechenden Stunden werden auf das Gesamtkontingent angerechnet. Die in § 14a Absatz 3 Nummer 4 genannte Methode kann als Einzeltherapie auch in halbstündigen Sitzungen mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden.~~
- ~~3. Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 1 und 2 können jeweils als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden. Die zur Verfügung gestellten Kontingente entsprechen denen der überwiegend durchgeführten Anwendungsform. Dabei wird die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamtkontingent von Einzeltherapie als Einzelstunde gezählt. Entsprechend wird die in der Einzeltherapie erbrachte Einzelstunde im Gesamtkontingent von Gruppentherapie als Doppelstunde gezählt.~~
- ~~4. Verhaltenstherapie bis 45 Stunden, in besonderen Fällen bis 60 Stunden. Verhaltenstherapie kann als Einzeltherapie auch in halbstündigen Sitzungen mit entsprechender Vermehrung und in doppelstündigen Sitzungen mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden. Verhaltenstherapie kann als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden, wobei die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamtkontingent als Einzelstunde gezählt wird.~~
- ~~5. Psychotherapie von Kindern bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bis 70 Stunden, in besonderen Fällen bis 120 Stunden, bei Gruppenbehandlung bis 40 Doppelstunden, in besonderen Fällen bis 60 Doppelstunden.~~
- ~~6. Verhaltenstherapie von Kindern bis 45 Stunden, in besonderen Fällen bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.~~

- ~~7. Psychotherapie von Jugendlichen bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bis 90 Stunden, in besonderen Fällen bis 140 Stunden, bei Gruppenbehandlung bis 40 Doppelstunden, in besonderen Fällen bis 60 Doppelstunden.~~
- ~~8. Verhaltenstherapie bei Jugendlichen bis 45 Stunden, in besonderen Fällen bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.~~
- ~~9. Eine Überschreitung des in Nummer 1 und 2 sowie 4 bis 8 festgelegten Therapieumfanges ist für die folgenden Verfahren nur zulässig, wenn aus der Darstellung des therapeutischen Prozesses hervorgeht, dass mit der Beendigung der Therapie das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungsziels bei Fortführung der Therapie besteht. Dabei sind grundsätzlich die folgenden Höchstgrenzen einzuhalten:~~
- ~~a) analytische Psychotherapie 300 Stunden, in Gruppen 150 Doppelstunden,~~
 - ~~b) tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 100 Stunden, in Gruppen 80 Doppelstunden,~~
 - ~~c) Verhaltenstherapie 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden,~~
 - ~~d) bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie von Kindern 150 Stunden, in Gruppen 90 Doppelstunden, bei Verhaltenstherapie von Kindern 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden,~~
 - ~~e) bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie von Jugendlichen 180 Stunden, in Gruppen 90 Doppelstunden, bei Verhaltenstherapie von Jugendlichen 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.~~
- ~~(2) Wurde Kurzzeittherapie durchgeführt, ist bei Überführung von Kurzzeittherapie in Langzeittherapie die bewilligte Kurzzeittherapie auf das Kontingent der Langzeittherapie anzurechnen.~~

§ 30 Behandlungsumfang bei ~~Übende~~ **übenden und suggestiven Interventionen (alt § 23c)**

¹Für ~~übende~~ **übenden** und suggestive Interventionen gelten folgende Begrenzungen:

- a. Autogenes Training (§-24b § 25 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1) einzeln und in Gruppen bis 12 Sitzungen
- b. Jacobsonsche Relaxationstherapie (§-24b § 25 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2) einzeln und in Gruppen bis 12 Sitzungen
- c. Hypnose (§-24b § 25 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3) bis 12 Sitzungen (nur Einzelbehandlung)

²Von diesen Interventionen kann in der Regel im Behandlungsfall nur eine zur Anwendung kommen.

F. Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren

§ 31 Konsiliarverfahren und Qualifikation der den Konsiliarbericht abgebenden Ärztinnen und Ärzte (alt § 24)

KBV	GKV-SV
<p>(1) ¹Zur Einholung des Konsiliarberichtes überweist die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Psychotherapie Richtlinientherapie gemäß §§ 13 und 15 die Patientin oder den Patienten an eine Konsiliarärztin oder einen Konsiliararzt. ²Auf der Überweisung ist der Konsiliarärztin oder dem Konsiliararzt eine kurze Information über die von ihm erhobenen Befunde und die Indikation zur Durchführung einer Psychotherapie zu übermitteln.</p>	<p>(1) ¹Zur Einholung des Konsiliarberichtes überweist die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Psychotherapie der Akutbehandlung gemäß § 13 und Richtlinientherapie gemäß § 15 die Patientin oder den Patienten an eine Konsiliarärztin oder einen Konsiliararzt. ²Auf der Überweisung ist der Konsiliarärztin oder dem Konsiliararzt eine kurze Information über die von ihm erhobenen Befunde und die Indikation zur Durchführung einer Psychotherapie zu übermitteln.</p>

(2) ¹Die Konsiliarärztin oder der Konsiliararzt hat den Konsiliarbericht nach Anforderung durch die Therapeutin oder den Therapeuten nach persönlicher Untersuchung der Patientin oder des Patienten zu erstellen. ²Der Bericht ist der Therapeutin oder dem Therapeuten möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zu übermitteln.

(3) ¹Der Konsiliarbericht enthält folgende Angaben:

1. Aktuelle Beschwerden der Patientin oder des Patienten,
2. psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes),
3. im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevante anamnestische Daten,
4. zu einer gegebenenfalls notwendigen psychiatrischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Abklärung,
5. relevante stationäre und/oder ambulante Vor- und Parallelbehandlungen inklusive gegebenenfalls laufende Medikation,
6. medizinische Diagnose(n), Differential- und Verdachtsdiagnose(n),
7. gegebenenfalls Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen,
8. zu gegebenenfalls erforderlichen weiteren ärztlichen Untersuchungen, und

9. zu gegebenenfalls bestehenden Kontraindikationen für die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung zum Zeitpunkt der Untersuchung.

²Die Konsiliarärztin oder der Konsiliararzt teilt der Krankenkasse nur die für ihre Leistungsentscheidung notwendigen Angaben mit. ³Ist Psychotherapie nach Auffassung der Konsiliarärztin oder des Konsiliararztes kontraindiziert und wird dennoch ein entsprechender Antrag gestellt, so veranlasst die Krankenkasse eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

(4) ¹Zur Abgabe des Konsiliarberichtes sind alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit Ausnahme der folgenden Arztgruppen berechtigt: Laborärztinnen und Laborärzte, Mikrobiologinnen und Mikrobiologen und Infektionsepidemiologinnen und Infektionsepidemiologen sowie Ärztinnen und Ärzte für Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Humangenetik. ²Abweichend hiervon sind für die Abgabe eines Konsiliarberichtes vor einer psychotherapeutischen Behandlung von Kindern folgende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte berechtigt: Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, für innere Medizin und für Allgemeinmedizin sowie praktische Ärztinnen und Ärzte.

§ 32 Anzeigeverfahren

KBV	GKV-SV
Eine Leistung gemäß	
§ 13	§ 13 sowie § 28 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 3
bedarf einer Anzeige gegenüber der Krankenkasse. Hierzu teilt die Therapeutin oder der Therapeut der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung die Diagnose und Datum des Behandlungsbeginns	
der Akutbehandlung mit.	sowie Art und Umfang der geplanten Therapie mit.
Das Nähere zum Anzeigeverfahren wird in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt.	

§ 33 Antragsverfahren (alt § 25)

KBV	GKV-SV
(1) ¹ Die Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie nach	
§ 15	§ 28 Absatz 1 Nr. 4 und 5
erfolgt durch die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten. ² Zu diesem Antrag teilt die ärztliche Psychotherapeutin oder der ärztliche Psychotherapeut, die ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (nachfolgend zusammenfassend als Therapeutinnen und Therapeuten bezeichnet) teilen die Therapeutinnen und Therapeuten vor der Behandlung der Krankenkasse die Diagnose mit, begründen die Indikation und beschreibt beschreiben Art und Umfang der geplanten Therapie.	

31

Wird ein Antrag auf Langzeittherapie gestellt oder soll eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie übergeleitet umgewandelt werden,	³ Wird ein gutachterpflichtiger Antrag auf Langzeittherapie gestellt, oder soll eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie übergeleitet werden,
so soll dieser Antrag neben den Angaben zu Diagnose, Indikation sowie Art, Umfang und Frequenz und Prognose der geplanten Therapie auch einen fallbezogenen Behandlungsplan enthalten (Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter).	
Unparteiisches Mitglied	
⁴ Die Krankenkasse hat über einen Antrag nach Satz 1 spätestens mit Ablauf von 3 Wochen, über einen Antrag nach Satz 3 spätestens mit Ablauf von 5 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. ⁵ Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten, etwa weil der Antrag ergänzungs- oder klarstellungsbedürftig ist oder der Sachverhalt eine überdurchschnittliche Komplexität aufweist, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung hinreichender Gründe und Übermittlung eines angemessenen neuen Entscheidungstermins rechtzeitig schriftlich mit. ⁶ Erfolgt bis zum Ablauf der Frist nach Satz 4 keine solche Mitteilung oder verstreicht der neue Entscheidungstermin nach Satz 5 fruchtlos, gilt die beantragte Leistung als zur Erbringung durch Therapeutinnen oder Therapeuten im Sinne dieser Richtlinie genehmigt; dies gilt nicht für solche Leistungen, die nicht nach dieser Richtlinie zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden können.	

(1a) In den Fällen des ~~§-22~~ § 26 Abs. 2 Nr. 1a Satz 2 und 3 entfällt jede weitere Leistungspflicht zur Fortführung der ambulanten Therapie, wenn die Gründe für die Annahme der voraussichtlichen Erreichbarkeit der Abstinenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit entfallen, die Abstinenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit tatsächlich nicht bis zum Ende von 10 Behandlungsstunden erreicht wird oder die geforderte Dokumentation nach ~~§-22~~ § 26 Abs. 2 Nr. 1a Satz 2 und 3 nicht vorgelegt werden kann.

(2) Eine Verlängerung der Therapie gemäß ~~§-23b~~ § 29 Absatz 1 Nummer 1 bis 8 bedarf eines Fortsetzungsantrags. **Sofern ein Gutachter mit der Prüfung beauftragt wird, sind,** in dem Verlauf und Ergebnis der bisherigen Therapie darzustellen und eine begründete Prognose in Bezug auf die beantragte Verlängerung abzugeben ist.

(3) Ist die Psychotherapie gemäß ~~§-23a~~ § 28 Absatz 1 Nummer 2 und 3 mit den dort festgelegten Leistungen nicht erfolgreich abzuschließen und soll die Therapie deshalb fortgesetzt werden, bedarf es eines Antrags auf Feststellung der Leistungspflicht. **Sofern ein Gutachter mit der Prüfung beauftragt wird, sind mit der Darstellung des** Behandlungsverlaufs, ~~des der~~ erreichten Therapieerfolgs und ~~der die~~ ausführlichen Begründung zur Fortsetzung der Behandlung einschließlich der prognostischen Einschätzung **darzustellen.**

(4) Das Nähere zum Antragsverfahren ist in § 11 der ~~Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte in der Fassung vom 7. Dezember 1998 (Psychotherapie-Vereinbarung)~~ **in der Fassung vom XX.YY.XXXX** geregelt.

§ 34 Gutachterverfahren (alt § 26)

¹Bei Psychotherapie gemäß ~~§ 13~~ § 15 sind Anträge auf Langzeittherapie zu begründen; in Ausnahmefällen gilt dies auch für Kurzzeittherapie nach § 13 Absatz 4 Satz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom XX.YY.XXXX. für eine Fortsetzungstherapie nach § 23d. ²Er ist Diese sind durch eine Gutachterin oder einen Gutachter zu prüfen, die oder der nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarungen bestellt ist. Die Krankenkasse kann Anträge auf Fortführung einer Langzeittherapie durch eine Gutachterin oder einen Gutachter prüfen lassen. Im Falle der Ablehnung der Fortführung einer Langzeittherapie muss die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme einholen, sofern die formalen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt sind. ³Die Gutachterin oder der Gutachter hat sich dazu zu äußern, ob die in dieser Richtlinie genannten Voraussetzungen erfüllt sind. ⁴Die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut hat den Konsiliarbericht im verschlossenen Umschlag dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter beizufügen.

~~§ 26a~~ Befreiung vom Gutachterverfahren für die Kurzzeittherapie

¹Von der in § 26 festgelegten Begründungspflicht für einen Antrag im Gutachterverfahren können Therapeutinnen und Therapeuten für die Kurzzeittherapie durch die Kassenärztliche Vereinigung befreit werden. ²Voraussetzung ist, dass sie für das jeweilige Verfahren 35 Therapiegenehmigungen im Gutachterverfahren gemäß dieser bzw. der bis zum 31. Dezember 1998 gültigen Richtlinie aufgrund von Erstanträgen von Patientinnen und Patienten ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vorlegen und nachweisen, dass sie die Therapien persönlich und eigenverantwortlich durchgeführt haben. ³Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die eine Befreiung von der Begründungspflicht für einen Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie bei Erwachsenen beantragen, gilt: Auf die 35 vorzulegenden Therapiegenehmigungen im Gutachterverfahren können bis zu 15 Therapiegenehmigungen für analytische Langzeittherapien angerechnet werden. ⁴Von den 35 Therapiegenehmigungen müssen mindestens 20 eine Einzeltherapie betreffen. ⁵Will die Therapeutin oder der Therapeut eine Befreiung vom Gutachterverfahren auch für die Gruppentherapie erhalten, müssen von den für das entsprechende Verfahren und den entsprechenden Bewilligungsschritt vorgelegten 35 Therapiegenehmigungen 15 für eine Gruppentherapie erteilt worden sein. ⁶Voraussetzung für eine Befreiung vom Gutachterverfahren für die Kurzzeittherapie von Kindern und Jugendlichen ist die Vorlage von 35 im Gutachterverfahren genehmigten Therapien von Kindern und Jugendlichen. ⁷Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die eine Befreiung von der Begründungspflicht für einen Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie von Kindern und Jugendlichen beantragen, gilt: Auf die 35 vorzulegenden Therapiegenehmigungen im Gutachterverfahren können sowohl Therapiegenehmigungen für Langzeittherapien von tiefenpsychologisch fundierter als auch von analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen angerechnet werden. ⁸Bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sowohl eine Abrechnungsgenehmigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen als auch für die Behandlung von Erwachsenen besitzen und eine Befreiung von der Begründungspflicht für einen Antrag auf Kurzzeittherapie von Kindern und Jugendlichen in einem Richtlinienverfahren beantragen, gilt: Auf die 35 vorzulegenden Therapiegenehmigungen im

Gutachterverfahren können bis zu 15 Therapiegenehmigungen für Psychotherapie von Erwachsenen in diesem Richtlinienverfahren angerechnet werden.⁹ Die Befreiung vom Gutachterverfahren für die Kurzzeittherapie gilt für Therapeutinnen und Therapeuten, die die oben geforderten Nachweise erbracht haben und die Behandlung selbst durchführen.

§ 35 Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter (alt § 26b)

¹Im Gutachterverfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie werden entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Gutachterinnen und Gutachter tätig. ²Die nachfolgend aufgeführten Kriterien gelten für alle Gutachterinnen und Gutachter, die nach Inkrafttreten dieser Richtlinie erstmals bestellt werden.

KBV	GKV-SV
<p>³Die Gutachterinnen und Gutachter müssen die in den Absätzen 2 bis 10 jeweils festgelegte Qualifikation besitzen.</p> <p>(2) Für Begutachtungen im den Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> Die Gebietsbezeichnung als Ärztin oder Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie oder für die Begutachtung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder die Approbation als Psychologischer Psychotherapeutin oder als Psychologischer Psychotherapeut oder für die Begutachtung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, für Ärztinnen und Ärzte eine abgeschlossene Weiterbildung in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie, für 	<p>³Die Gutachterinnen und Gutachter müssen die in den Absätzen 2 bis 11 jeweils festgelegte Qualifikation besitzen.</p> <p>(2) Für den Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> Die Gebietsbezeichnung als Ärztin oder Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie oder für die Begutachtung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder die Approbation als Psychologischer Psychotherapeutin oder als Psychologischer Psychotherapeut oder für die Begutachtung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, für Ärztinnen und Ärzte eine abgeschlossene Weiterbildung in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie, für Psychologische Psychotherapeutinnen

Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Fachkundenachweis in den analytisch begründeten Verfahren

und

soweit Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten zur Begutachtung von Kindern und Jugendlichen bestellt werden, zusätzlich zur Fachkunde der Nachweis nach § 6 Absatz 4 der Psychotherapievereinbarungen im Hinblick auf die Anforderungen für die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen,

3. Nachweis von mindestens fünfjähriger Tätigkeit nach dem Abschluss einer unter Nummer 2 genannten Weiter- **oder bzw.** Ausbildung ganz oder überwiegend auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie in einer Praxis oder Klinik, Poliklinik oder Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie **oder bzw.** Psychiatrie und Psychotherapie **oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,**
4. Nachweis über eine mindestens fünfjährige Tätigkeit als Dozentin oder Dozent und als Supervisorin oder Supervisor an einer Ausbildungsstätte nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes oder an einem zur Weiterbildung in den unter Nummer 1 genannten Gebieten befugten Weiterbildungsverbund (Ärztinnen und Ärzte mit Befugnis zur gemeinsamen Weiterbildung) oder an einer weiterbildungsbefugten Klinik, Poliklinik oder Fachklinik mit tiefenpsychologisch fundierter und

und Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Fachkundenachweis in der analytischen Psychotherapie

und

soweit Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten zur Begutachtung von Kindern und Jugendlichen bestellt werden, zusätzlich zur Fachkunde der Nachweis nach § 6 Absatz 4 der Psychotherapievereinbarungen im Hinblick auf die Anforderungen für die tiefenpsychologisch fundierten und analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen,

3. Nachweis von mindestens fünfjähriger Tätigkeit nach dem Abschluss einer unter Nummer 2 genannten Weiter- **oder bzw.** Ausbildung ganz oder überwiegend auf dem Gebiet der ~~tiefenpsychologisch fundierten~~ und analytischen Psychotherapie in einer Praxis oder Klinik, Poliklinik oder Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie **oder bzw.** Psychiatrie und Psychotherapie **oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,**
4. Nachweis über eine mindestens fünfjährige Tätigkeit als Dozentin oder Dozent und als Supervisorin oder Supervisor an einer Ausbildungsstätte nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes oder an einem zur Weiterbildung in den unter Nummer 1 genannten Gebieten befugten Weiterbildungsverbund (Ärztinnen und Ärzte mit Befugnis zur gemeinsamen Weiterbildung) oder an einer weiterbildungsbefugten Klinik, Poliklinik oder Fachklinik mit analytischer Grundorientierung, an der

<p>analytischer Grundorientierung, an der entsprechende Krankenbehandlungen durchgeführt werden. Der Nachweis erfolgt durch die befugte Institution oder durch eine entsprechende Bescheinigung der Ärztekammer,</p> <p>5. Nachweis einer zum Zeitpunkt der Bestellung andauernden Dozenten- und Supervisorentätigkeit auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie,</p> <p>6. Nachweis einer mindestens dreijährigen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie und grundsätzlich der aktuellen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie.</p>	<p>entsprechende Krankenbehandlungen durchgeführt werden. Der Nachweis erfolgt durch die befugte Institution oder durch eine entsprechende Bescheinigung der Ärztekammer,</p> <p>5. Nachweis einer zum Zeitpunkt der Bestellung andauernden Dozenten- und Supervisorentätigkeit auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie,</p> <p>6. Nachweis einer mindestens dreijährigen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie und aktuellen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der analytischen Psychotherapie.</p>
<p>7. Der Gutachter soll zu Beginn der Gutachtertätigkeit grundsätzlich nicht älter als 55 Jahre sein.</p>	
<p>(3) Für den Bereich der Begutachtung von tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie muss die Erfüllung der Kriterien 3 bis 6 jeweils für die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen nachgewiesen werden.</p> <p>(4) Für den Bereich der Begutachtung von tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie als Gruppentherapie muss die Erfüllung der Kriterien 3 bis 6 jeweils für die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie als Gruppentherapie nachgewiesen werden.</p>	<p>(3) Für den Bereich der Begutachtung von tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie muss die Erfüllung der Kriterien 3 bis 6 für die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen nachgewiesen werden.</p> <p>(4) Für den Bereich der Begutachtung von analytischer Psychotherapie als Gruppentherapie muss die Erfüllung der Kriterien 3 bis 6 für die analytische Psychotherapie als Gruppentherapie nachgewiesen werden.</p>
<p>(5) Für Begutachtungen ausschließlich im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit Erwachsenen müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:</p>	<p>(5) Für den Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:</p> <p>1. Die Gebietsbezeichnung als Ärztin oder</p>

<p>1. Die Gebietsbezeichnung als Ärztin oder Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie oder die Approbation als Psychologischer Psychotherapeutin oder als Psychologischer Psychotherapeut,</p> <p>2. für Ärztinnen und Ärzte eine abgeschlossene Weiterbildung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten der Fachkundenachweis in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie,</p>	<p>Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie oder für die Begutachtung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder die Approbation als Psychologischer Psychotherapeutin oder als Psychologischer Psychotherapeut oder für die Begutachtung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,</p> <p>2. für Ärztinnen und Ärzte eine abgeschlossene Weiterbildung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Fachkundenachweis in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und soweit Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten zur Begutachtung von Kindern und Jugendlichen bestellt werden, zusätzlich zur Fachkunde der Nachweis nach § 6 Absatz 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen im Hinblick auf die Anforderungen für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen,</p>
<p>3. Nachweis von mindestens fünfjähriger Tätigkeit nach dem Abschluss einer unter Nummer 2 genannten Weiter- oder Ausbildung ganz oder überwiegend auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in einer Praxis oder Klinik, Poliklinik oder Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie,</p> <p>4. Nachweis über eine mindestens fünfjährige Tätigkeit als Dozentin oder Dozent und als</p>	

<p>Supervisorin oder Supervisor an einer Ausbildungsstätte nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes oder an einem zur Weiterbildung in den unter Nummer 1 genannten Gebieten befugten Weiterbildungsverbund (Ärztinnen und Ärzte mit Befugnis zur gemeinsamen Weiterbildung) oder an einer weiterbildungsbefugten Klinik, Poliklinik oder Fachklinik mit tiefenpsychologisch fundierter Grundorientierung, an der entsprechende Krankenbehandlungen durchgeführt werden. Der Nachweis erfolgt durch die befugte Institution oder durch eine entsprechende Bescheinigung der Ärztekammer,</p>	
<p>5. Nachweis einer zum Zeitpunkt der Bestellung andauernden Dozenten- und Supervisorentätigkeit auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie,</p>	
<p>6. Nachweis einer mindestens dreijährigen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und grundsätzlich der aktuellen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, und</p>	<p>6. Nachweis einer mindestens dreijährigen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und aktuell Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, und</p>
<p>7. der Gutachter soll zu Beginn der Gutachtertätigkeit grundsätzlich nicht älter als 55 Jahre sein.</p>	
	<p>(6) Für den Bereich der Begutachtung von tiefenpsychologisch fundierter Kinder- und Jugendlichentherapie muss die Erfüllung der Kriterien 3 bis 6 jeweils für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen nachgewiesen werden.</p>

(6/7) Für den Bereich der Begutachtung von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie als Gruppentherapie muss die Erfüllung der Kriterien 2 bis 6 jeweils für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Gruppentherapie nachgewiesen werden.

(7/8) Für den Bereich der Verhaltenstherapie müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:

1. Die Gebietsbezeichnung als Ärztin oder Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie oder für die Begutachtung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
 die Approbation als Psychologische Psychotherapeutin oder als Psychologischer Psychotherapeut oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,
2. für Ärztinnen und Ärzte eine abgeschlossene Weiterbildung in der Verhaltenstherapie, für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische

Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Fachkundenachweis in Verhaltenstherapie

und

soweit Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten zur Begutachtung von Kindern und Jugendlichen bestellt werden, zusätzlich zur Fachkunde der Nachweis nach § 6 Absatz 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen im Hinblick auf die Anforderungen für die Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen,

3. Nachweis von mindestens fünfjähriger Tätigkeit nach dem Abschluss einer unter Nummer 2 genannten Weiter- ~~oder bzw.~~ Ausbildung ganz oder überwiegend auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie in einer Praxis oder Klinik, Poliklinik oder Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ~~oder bzw.~~ Psychiatrie und Psychotherapie, **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,**
4. Nachweis über eine mindestens fünfjährige Tätigkeit als Dozentin oder Dozent und als Supervisorin oder Supervisor an einer Ausbildungsstätte nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes oder an einem zur Weiterbildung in den unter Nummer 1 genannten Gebieten befugten Weiterbildungsverbund (Ärztinnen und Ärzte mit Befugnis zur gemeinsamen Weiterbildung) oder an einer weiterbildungsbefugten Klinik, Poliklinik oder Fachklinik mit verhaltenstherapeutischer Grundorientierung, an der entsprechende Krankenbehandlungen durchgeführt werden. Der Nachweis erfolgt durch die befugte Institution oder durch eine entsprechende Bescheinigung der Ärztekammer,
5. Nachweis einer zum Zeitpunkt der Bestellung andauernden Dozenten- und Supervisorentätigkeit auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie,

KBV	GKV-SV
6. Nachweis einer mindestens dreijährigen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie und grundsätzlich der aktuellen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie.	6. Nachweis einer mindestens dreijährigen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie und aktuellen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie.

7. ~~Nachweis, dass zu Beginn der Gutachtertätigkeit in der Regel kein höheres Lebensalter als 55 Jahre besteht. Der Gutachter soll zu Beginn der Gutachtertätigkeit grundsätzlich nicht älter als 55 Jahre sein.~~

(8/9) Für den Bereich der Begutachtung von Kinder- und ~~Jugendlichenverhaltenstherapie~~ **Jugendlichenpsychotherapie** muss die Erfüllung der Kriterien 3 bis 6 jeweils für die Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen nachgewiesen werden.

(9/10) Für den Bereich der Begutachtung von Verhaltenstherapie als Gruppentherapie muss die Erfüllung der Kriterien 3 bis 6 jeweils für die Verhaltenstherapie als Gruppentherapie nachgewiesen werden.

KBV	GKV-SV
<p>(10) Nach § 12 Abs. 5 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom XX.YY.XXXX bestellte Gutachter Die nach den bis zum 31. Dezember 1998 gültigen Psychotherapie-Richtlinien tätigen Gutachterinnen und Gutachter können unberührt von den unter § 26b § 35 aufgeführten Voraussetzungen bis zum Ende des Zeitraums ihrer derzeitigen Bestellung weiterhin tätig bleiben.</p> <p>²Entsprechendes gilt für Gutachterinnen und Gutachter, die nach den bis zum 30. September 2005 gültigen Psychotherapie-Richtlinien tätig gewesen sind.</p>	<p>(11) Nach § 12 Abs. 5 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom XX.YY.XXXX bestellte Gutachter ⁴Die nach den bis zum 31. Dezember 1998 gültigen Psychotherapie-Richtlinien tätigen Gutachterinnen und Gutachter können unberührt von den unter § 26b § 35 aufgeführten Voraussetzungen bis zum Ende des Zeitraums ihrer derzeitigen Bestellung weiterhin tätig bleiben. Gleichermaßen können Gutachter, die zur Begutachtung für den Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie bestellt wurden, bis zum Ende des Zeitraums ihrer derzeitigen Bestellung Anträge zu beiden Verfahren beurteilen. Entsprechendes gilt für Gutachterinnen und Gutachter, die nach den bis zum 30. September 2005 gültigen Psychotherapie-Richtlinien tätig gewesen sind.</p>

G. Qualifikation zur Durchführung der Psychotherapie und der psychosomatischen Grundversorgung und Dokumentation

§ 36 Qualifikation der Leistungserbringer (alt § 27)

Die Qualifikation zur Durchführung der Leistungen nach dieser Richtlinie der Psychotherapie und der psychosomatischen Grundversorgung ist in den Psychotherapie-Vereinbarungen näher bestimmt.

§ 37 Schriftliche Dokumentation (alt § 12)

(1) Psychotherapie und psychosomatische Grundversorgung Leistungen nach dieser Richtlinie erfordern für jeden Patienten und jede Patientin eine schriftliche Dokumentation des Zeitpunktes Datums der Leistungserbringung, der diagnostischen Erhebungen und, der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen sowie der Ergebnisse in der Patientenakte. Die „Individuelle Patienteninformation“ gemäß § 11 Absatz 15 ist ebenfalls Bestandteil dieser Dokumentation der Patientenakte.

KBV	GKV-SV	PatV
	(2) Die Krankenkasse erhält das Beratungsergebnis der Sprechstunde gemäß § 11 unter Beachtung des Datenschutzes zur Information. Das Nähere regelt die Psychotherapie-Vereinbarung.	(2) Gemäß §§ 294 ff. SGB V sind ausschließlich abrechnungsrelevante Daten an die Krankenkasse weiterzuleiten. Es erfolgt keine Verwendung der „Individuellen Patienteninformation“ zu diesem Zweck.

§ 38 Einsatz der Dokumentationsbögen

KBV	GKV-SV	PatV
(1) Zu Beginn und Ende einer Richtlinien-therapie gemäß § 15	(1) Zu Beginn einer Akutbehandlung nach § 13 oder einer Richtlinien-therapie gemäß § 15 und bei Ende der Behandlung	(1) Gemäß § 294 ff SGB V werden den Kassen lediglich abrechnungsrelevante Daten mitgeteilt.
sind die Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie (Anlage 2) gemeinsam mit dem Patienten auszufüllen. Der Dokumentationsbogen zu Behandlungsbeginn ist dem Bericht an den Gutachter beizufügen. Die Dokumentationsbögen sind Bestandteil der Patientenakte.		
KBV/GKV-SV		PatV
(2) Das Nähere einer Evaluation zum Einsatz der		(2) Die einheitliche

Dokumentationsbögen wird in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt.

Dokumentation wird innerhalb von 5 Jahre nach Beschlussfassung evaluiert.

H. Psychotherapie-Vereinbarungen

§ 39 Regelungsbereich der Psychotherapie-Vereinbarungen (alt § 28)

(1) Das Nähere zur Durchführung der psychotherapeutischen Versorgung regeln die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch entsprechende Vereinbarungen.

(2) Ein Verfahren zur Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen und zur Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität wird zwischen den Vertragspartnern der Psychotherapie-Vereinbarungen vereinbart.

I. Übergangsregelung

§ 40 Übergangsregelung

Die Regelungen zur Psychotherapeutischen Sprechstunde nach § 11 sind erst ab dem 01.01.2017 und die Regelungen zur Psychotherapeutischen Akutbehandlung nach § 13 sowie die Regelungen zum Einsatz des Dokumentationsbogens nach § 38 i.V.m. Anlage 2 erst ab dem 01.07.2017 anzuwenden.

Anlage 1

Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt gemäß § 17 Absatz 3 der Richtlinie fest:

- I. Die nachstehenden Verfahren, Methoden und Techniken können wie folgt Anwendung finden:
 1. Katathymes Bilderleben ist keine eigenständige Psychotherapie im Sinne der Richtlinie, sondern kann gegebenenfalls im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologisch fundierten Therapiekonzeptes (§ 14a Absatz 1) Anwendung finden.
 2. Rational Emotive Therapie (RET) kann als eine Methode der kognitiven Umstrukturierung (§ 14 Absatz 2 Nummer 4) im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptes Anwendung finden.
 3. Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) kann bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie Anwendung finden. Die Anwendung setzt eine hinreichende fachliche Befähigung voraus, das heißt eine Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung einschließlich der Methode EMDR. Das Nähere ist entsprechend § 36 in der Psychotherapie-Vereinbarung zu bestimmen.

- II. Die folgenden Psychotherapieverfahren, Psychotherapiemethoden und psychotherapeutischen Techniken können keine Anwendung finden, da die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinie nicht erfüllt werden:
 1. Gesprächspsychotherapie
 2. Gestalttherapie
 3. Logotherapie
 4. Psychodrama
 5. Respiratorisches Biofeedback
 6. Transaktionsanalyse

Anlage 2

I. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Erwachsene Behandlungsbeginn Blatt 1	
(Doku amb. PT Erw.B.)	
Chiffre: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Vers.-Nr.: <input type="text"/>
1. Geschlecht	1.1 <input type="checkbox"/> weiblich 1.2 <input type="checkbox"/> männlich
2. Sprachliche bzw. kulturelle Barrieren	3. Jetzige berufliche Situation
2.1 <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	3.1 <input type="checkbox"/> berufstätig, Vollzeit
2.2 <input type="checkbox"/> kaum	3.2 <input type="checkbox"/> berufstätig, Teilzeit
2.3 <input type="checkbox"/> mittel	3.3 <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann, nicht berufstätig
2.4 <input type="checkbox"/> hoch	3.4 <input type="checkbox"/> arbeitslos/arbeitssuchend
4. Höchster Schulabschluss	3.5 <input type="checkbox"/> Ausbildung, Umschulung
4.1 <input type="checkbox"/> noch in der Schule	3.6 <input type="checkbox"/> Rentner/-in
4.2 <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss	3.7 <input type="checkbox"/> Sonstiges
4.3 <input type="checkbox"/> Abschluss besondere Schulform	5. Arbeitsunfähigkeit bei Therapiebeginn
4.4 <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss	5.1 <input type="checkbox"/> Ja
4.5 <input type="checkbox"/> Realschulabschluss/Mittlere Reife	5.2 <input type="checkbox"/> Nein
4.6 <input type="checkbox"/> Polytechnische Oberschule	5.3 <input type="text"/> <input type="text"/> Dauer der aktuellen AU in Wochen
4.7 <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur	6. Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten
4.8 <input type="checkbox"/> Sonstiges	6.1 <input type="checkbox"/> Keine
7. Vorzeitige Berentung	6.2 <input type="checkbox"/> unter 3 Monate
7.1 <input type="checkbox"/> Ja	6.3 <input type="checkbox"/> 3 – 6 Monate
7.2 <input type="checkbox"/> Nein	6.4 <input type="checkbox"/> mehr als 6 Monate
8. Rentenantrag bei Therapiebeginn gestellt	
8.1 <input type="checkbox"/> ja 8.2 <input type="checkbox"/> Nein	

Doku amb. PT Erw.B.		Blatt 2	
9. Ambulante psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren		10. Stationäre psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren	
9.1 <input type="checkbox"/> Ja	9.2 <input type="checkbox"/> Nein	10.1 <input type="checkbox"/> Ja	10.2 <input type="checkbox"/> Nein
11. Zuweiser (Mehrfachangaben möglich)			
11.1 <input type="checkbox"/> Hausarzt	11.2 <input type="checkbox"/> Psych. Fachärzte	11.3 <input type="checkbox"/> PP/KJP	11.4 <input type="checkbox"/> Sonstige Fachärzte
11.5 <input type="checkbox"/> Psychiatrisch/psychosomatische psychotherapeutische Klinik	11.6 <input type="checkbox"/> Psychiatrische Institutsambulanz	11.7 <input type="checkbox"/> Psychosomatisch/psychotherapeutische Rehaklinik	11.8 <input type="checkbox"/> Beratungsstelle u.ä.
	11.9 <input type="checkbox"/> Selbst		
12. Aktueller Behandlungsbeginn (Datum) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
13. Eingesetztes Therapieverfahren			
13.1 <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	13.2 <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	13.3 <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	
14. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Therapiebeginn ICD-10 GM			
14.1 <input type="checkbox"/> F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	14.2 <input type="checkbox"/> F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	14.3 <input type="checkbox"/> F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
15. Sonstige neurologische/somat. Diagnosen bei Therapiebeginn ICD-10 GM (sofern bekannt)			
15.1 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	15.2 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	15.3 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
16. Zusatzkodierungen bei Therapiebeginn ICD-10 GM			
16.1 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	16.2 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	16.3 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	

17. Aktuelle psychopharmakologische Medikation

- | | |
|--|--|
| 17.1 <input type="checkbox"/> Keine | 17.5 <input type="checkbox"/> Stimmungsstabilisierer/
Phasenprophylaktika |
| 17.2 <input type="checkbox"/> Neuroleptika | 17.6 <input type="checkbox"/> Sedativa/Schlafmittel |
| 17.3 <input type="checkbox"/> Antidepressiva | 17.7 <input type="checkbox"/> Psychoanaleptika |
| 17.4 <input type="checkbox"/> Tranquilizer/Anxiolytika | 17.8 <input type="checkbox"/> nicht bekannt |

18. Erfassung der Symptomatik bei Therapiebeginn

ICD-10-Symptom-Rating ISR-Skala	Verdacht auf	Geringere Symptombelastung	Mittlere Symptombelastung	Schwere Symptombelastung	zu Therapiebeginn
18.1 Depression	ab 0,75	ab 1,0	ab 2,0	ab 3,0	
18.2 Angst	ab 0,75	ab 1,0	ab 2,0	ab 3,0	
18.3 Zwang	ab 0,67	ab 1,0	ab 2,0	ab 3,0	
18.4 Somatoform	ab 0,33	ab 0,75	ab 1,25	ab 2,67	
18.5 Essstörung	ab 0,33	ab 0,67	ab 1,5	ab 2,75	
18.6 Gesamtskala	ab 0,5	ab 0,67	ab 0,9	ab 1,7	

19. GAS bei Therapiebeginn

GAS (Global Attainment Scale) Individuelle Zielmessung bei Behandlungsbeginn		
	Patientin/Patient	Therapeutin/Therapeut
1. Ziel (Hauptziel):		
2. Ziel:		
3. Ziel:		

Datum _____

Unterschrift
Therapeutin/Therapeut _____

9. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Therapieende ICD-10 GM

9.1 F .

9.2 F .

9.2 F .

10. Sonstige neurologische/ somat. Diagnosen bei Therapieende ICD-10 GM (sofern bekannt)

10.1 .

10.2 .

10.3 .

11. Zusatzkodierungen bei Therapiebeginn ICD-10 GM

11.1 .

11.2 .

11.3 .

12. Aktuelle psychopharmakologische Medikation

12.1 Keine

12.2 Neuroleptika

12.3 Antidepressiva

12.4 Tranquilizer/Anxiolytika

12.5 Stimmungsstabilisierer/ Phasenprophylaktika

12.6 Sedativa/Schlafmittel

12.7 Psychoanaleptika

12.8 nicht bekannt

13. Erfassung der Symptomatik bei Therapieende

ICD-10-Symptom-Rating ISR-Skala	Verdacht auf	Geringere Symptombelastung	Mittlere Symptombelastung	Schwere Symptombelastung	zu Therapiebeginn
13.1 Depression	ab 0,75	ab 1,0	ab 2,0	ab 3,0	
13.2 Angst	ab 0,75	ab 1,0	ab 2,0	ab 3,0	
13.3 Zwang	ab 0,67	ab 1,0	ab 2,0	ab 3,0	
13.4 Somatoform	ab 0,33	ab 0,75	ab 1,25	ab 2,67	
13.5 Essstörung	ab 0,33	ab 0,67	ab 1,5	ab 2,75	
13.6 Gesamtskala	ab 0,5	ab 0,67	ab 0,9	ab 1,7	

14. GAS bei Therapieende

GAS (Global Attainment Scale) Individuelle Zielmessung bei Behandlungsende		
	Patientin/Patient	Therapeutin/Therapeut
1. Ziel (Hauptziel):	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt
2. Ziel:	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt
3. Ziel:	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt

15. Art der Beendigung/Unterbrechung der Behandlung

- 15.1 Einvernehmliche Beendigung vor Ausschöpfung des Stundenkontingentes
- 15.2 Beendigung mit Ausschöpfung des Stundenkontingentes
- 15.3 Beendigung mit Überweisung in eine teil-/stationäre psychiatrische Behandlung oder psychotherapeutische Behandlung
- 15.4 Überweisung zu anderem Therapieverfahren
- 15.5 Beendigung durch den Patienten (Abbruch)
- 15.6 Beendigung durch den Therapeuten
- 15.7 verstorben (natürliche Ursache/Unfall)
- 15.8 verstorben nach Suizidversuch
- 15.9 Sonstiges

Datum

Unterschrift
Therapeutin/Therapeut

III. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Kinder und Jugendliche Behandlungsbeginn (Doku amb. PT KJ B.)		Blatt 1
Chiffre:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vers.-Nr.: <input type="text"/>
1. Geschlecht	1.1 <input type="checkbox"/> weiblich	1.2 <input type="checkbox"/> männlich
2. Sprachliche	2.1 <input type="checkbox"/> problemlos	3. Kulturelle Barrieren
	2.2 <input type="checkbox"/> mit Schwierigkeiten	3.1 <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
	2.3 <input type="checkbox"/> mit Übersetzer / Dolmetscher	3.2 <input type="checkbox"/> kaum
	2.4 <input type="checkbox"/> nicht möglich	3.3 <input type="checkbox"/> mittel
		3.4 <input type="checkbox"/> hoch
4. Wohnsituation: Ki / Ju. wohnt	4.1 <input type="checkbox"/> bei beiden Eltern	4.7 <input type="checkbox"/> Internat
	4.2 <input type="checkbox"/> bei einem Elternteil	4.8 <input type="checkbox"/> allein
	4.3 <input type="checkbox"/> bei weiteren Verwandten	4.9 <input type="checkbox"/> Notunterkunft (z.B. Frauenhaus)
	4.4 <input type="checkbox"/> bei anderen Bezugspersonen	4.10 <input type="checkbox"/> kein fester Wohnsitz
	4.5 <input type="checkbox"/> in Ehe/mit Partner(in)/private WG	4.11 <input type="checkbox"/> Sonstiges
	4.6 <input type="checkbox"/> stationäre Jugendhilfe	
5. Zur Zeit regelmäßige außerfamiliäre Betreuung vor dem Schuleintritt (z. B. Kindergarten, KiTa, Tagesmutter)	5.1 <input type="checkbox"/> ja	5.2 <input type="checkbox"/> Nein
6. Bei Behandlungsbeginn besuchter Schultyp	6.1 <input type="checkbox"/> Vorschule/Grundschulförder-klasse/Förderschule	
	6.2 <input type="checkbox"/> Grundschule	
	6.3 <input type="checkbox"/> Besondere Schulform (z.B. Schule für Lernbehinderte geistig behinderte/verhaltensgestörte Kinder)	
	6.4 <input type="checkbox"/> Weiterführende Schule	
	6.5 <input type="checkbox"/> Berufsschule	
	6.6 <input type="checkbox"/> Studium	
	6.7 <input type="checkbox"/> unzutreffend	
	6.8 <input type="checkbox"/> unbekannt	

7. Jetzige berufliche Situation

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------|
| 7.1 <input type="checkbox"/> | berufstätig,
Vollzeit | 7.5 <input type="checkbox"/> | Ausbildung, Umschulung |
| 7.2 <input type="checkbox"/> | berufstätig,
Teilzeit | 7.6 <input type="checkbox"/> | Sonstiges |
| 7.3 <input type="checkbox"/> | Hausfrau/-mann,
nicht berufstätig | 7.6 <input type="checkbox"/> | nicht zutreffend |
| 7.4 <input type="checkbox"/> | arbeitslos/arbeits
suchend | | |

8. Anzahl der Geschwister **9. Staatsangehörigkeit****10. Ambulante psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren**

- | | | | |
|-------------------------------|----|-------------------------------|------|
| 10.1 <input type="checkbox"/> | ja | 10.2 <input type="checkbox"/> | Nein |
|-------------------------------|----|-------------------------------|------|

11. Stationäre psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren

- | | | | |
|-------------------------------|----|-------------------------------|------|
| 11.1 <input type="checkbox"/> | ja | 11.2 <input type="checkbox"/> | Nein |
|-------------------------------|----|-------------------------------|------|

12. Zuweiser (Mehrfachangaben möglich)

- | | | | |
|-------------------------------|--|-------------------------------|---|
| 12.1 <input type="checkbox"/> | Hausarzt/Kinderarzt | 12.6 <input type="checkbox"/> | Psychiatrische Institutsambulanz |
| 12.2 <input type="checkbox"/> | Psych. Fachärzte | 12.7 <input type="checkbox"/> | Psychosomatisch/psychotherapeuti
sche Rehaklinik |
| 12.3 <input type="checkbox"/> | PP/KJP | 12.8 <input type="checkbox"/> | Beratungsstelle u.ä. |
| 12.4 <input type="checkbox"/> | Sonstige Fachärzte | 12.9 <input type="checkbox"/> | Selbst |
| 12.5 <input type="checkbox"/> | Psychiatrisch/psychosomatische psychotherapeutische Klinik | | |

13. Aktuelle psychopharmakologische Medikation

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--|
| 13.1 <input type="checkbox"/> | Keine | 13.5 <input type="checkbox"/> | Stimmungsstabilisierer/
Phasenprophylaktika |
| 13.2 <input type="checkbox"/> | Neuroleptika | 13.6 <input type="checkbox"/> | Sedativa/Schlafmittel |
| 13.3 <input type="checkbox"/> | Antidepressiva | 13.7 <input type="checkbox"/> | Psychoanaleptika |
| 13.4 <input type="checkbox"/> | Tranquilizer/Anxiolytika | 13.8 <input type="checkbox"/> | nicht bekannt |

14. Aktueller Behandlungsbeginn (Datum)

15. Eingesetztes Therapieverfahren

- 15.1 Verhaltenstherapie 15.3 Analytische Psychotherapie
- 15.2 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

16. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Behandlungsbeginn
(gemäß Multiaxialem Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und
Jugendalters nach ICD-10)

16.1 Klinisch psychiatrisches Syndrom (MAS Achse I)

- 16.1.1 F , 16.1.3 F ,
- 16.1.2 F , 16.1.4 keine

16.2 Umschriebene Entwicklungsstörungen (MAS Achse II)

- 16.2.1 F80.0 Artikulationsstörung
- 16.2.2 F80.1 Expressive Sprachstörung
- 16.2.3 F80.2 Rezeptive Sprachstörung
- 16.2.4 F80.3 Erworbene Aphasie m. Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)
- 16.2.5 F80.8 Sonst. Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache
- 16.2.6 F80.9 Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, n. n. Bez.
- 16.2.7 F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung
- 16.2.8 F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung
- 16.2.9 F81.2 Rechenstörung
- 16.2.10 F81.3 Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten
- 16.2.11 F81.8 Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- 16.2.12 F81.9 Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, n. n. Bez.
- 16.2.13 F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
- 16.2.14 F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
- 16.2.15 F88 Andere Entwicklungsstörungen
- 16.2.16 F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung
- 16.2.17 keine

16.3 Intelligenzniveau (MAS Achse III)

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | getestet | <input type="checkbox"/> | geschätzt |
| 16.3.1 | <input type="checkbox"/> sehr hohe Intelligenz | | IQ > 129 |
| 16.3.2 | <input type="checkbox"/> hohe Intelligenz | | IQ 115–129 |
| 16.3.3 | <input type="checkbox"/> durchschnittliche Intelligenz | | IQ 85–114 |
| 16.3.4 | <input type="checkbox"/> niedrige Intelligenz | | IQ 70–84 |
| 16.3.5 | <input type="checkbox"/> leichte Intelligenzminderung | | IQ 50–69 |
| 16.3.6 | <input type="checkbox"/> mittelgradige Intelligenzminderung | | IQ 35–49 |
| 16.3.7 | <input type="checkbox"/> schwere Intelligenzminderung | | IQ 20–34 |
| 16.3.8 | <input type="checkbox"/> schwerste Intelligenzminderung | | IQ > 20 |
| 16.3.9 | <input type="checkbox"/> Intelligenzniveau nicht bekannt | | |

16.4 Körperliche Symptomatik (MAS Achse IV)

- | | | | | | | | | |
|--------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 16.4.1 | ICD-10, 5-stellig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.4.2 | ICD-10, 5-stellig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.4.3 | ICD-10, 5-stellig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16.5 Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (MAS Achse V)

- | | unzutreffend | trifft zu | unbekannt |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.5.1 Abnorme intrafamiliäre Beziehungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.2 Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.3 Inadäquate / verzerrte intrafamiliäre Kommunikation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.4 Abnorme Erziehungsbedingungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.5 Abnorme unmittelbare Umgebung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.6 Akute, belastende Lebensereignisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.7 Gesellschaftliche Belastungsfaktoren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.8 Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5.9 Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16.6 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (MAS Achse VI)

- 16.6.1 hervorragende / gute soziale Anpassung
- 16.6.2 befriedigende soziale Anpassung
- 16.6.3 leichte soziale Beeinträchtigung
- 16.6.4 mäßige soziale Beeinträchtigung
- 16.6.5 deutliche soziale Beeinträchtigung
- 16.6.6 deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung
- 16.6.7 tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung
- 16.6.8 braucht beträchtliche Betreuung
- 16.6.9 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)
- 16.6.10 Information fehlt

17. Erfassung der Symptomatik mit dem Fragebogen zu Stärken und Schwächen

	Patient (ab 12 Jahre)			Mutter			Vater			ggf. Lehrer		
	normal	grenzwertig	auffällig	normal	grenzwertig	auffällig	normal	grenzwertig	auffällig	normal	grenzwertig	auffällig
Gesamtproblemwert	0-15	16-19	20-40	0-15	16-19	20-40	0-15	16-19	20-40	0-15	16-19	20-40
Emotionale Probleme	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10
Verhaltensprobleme	0-3	4	5-10	0-3	4	5-10	0-3	4	5-10	0-3	4	5-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0-3	4-5	6-10	0-3	4-5	6-10	0-3	4-5	6-10	0-3	4-5	6-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4

18. GAS bei Therapiebeginn

GAS (Goal Attainment Scale) Individuelle Ziel-/ Ergebnismessung	Patientin/Patient (ab 12 Jahre)	Hauptbezugsperson	Therapeutin/Therapeut
1. Ziel (Hauptziel):			
2. Ziel:			
3. Ziel:			

Datum

Unterschrift
Therapeutin/Therapeut

IV. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Kinder und Jugendliche BehandlungsEnde (Doku amb. PT KJ E.)		Blatt 1
Chiffre:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vers.-Nr.: <input type="text"/>
1. Geschlecht	1.1 <input type="checkbox"/> weiblich	1.2 <input type="checkbox"/> männlich
2. Sprachliche	2.1 <input type="checkbox"/> problemlos	3. Kulturelle Barrieren
	2.2 <input type="checkbox"/> mit Schwierigkeiten	3.1 <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
	2.3 <input type="checkbox"/> mit Übersetzer / Dolmetscher	3.2 <input type="checkbox"/> kaum
	2.4 <input type="checkbox"/> nicht möglich	3.3 <input type="checkbox"/> mittel
		3.4 <input type="checkbox"/> hoch
4. Wohnsituation: Ki/Ju. wohnt	4.1 <input type="checkbox"/> bei beiden Eltern	4.7 <input type="checkbox"/> Internat
	4.2 <input type="checkbox"/> bei einem Elternteil	4.8 <input type="checkbox"/> allein
	4.3 <input type="checkbox"/> bei weiteren Verwandten	4.9 <input type="checkbox"/> Notunterkunft (z.B. Frauenhaus)
	4.4 <input type="checkbox"/> bei anderen Bezugspersonen	4.10 <input type="checkbox"/> kein fester Wohnsitz
	4.5 <input type="checkbox"/> in Ehe/mit Partner(in)/private WG	4.11 <input type="checkbox"/> Sonstiges
	4.6 <input type="checkbox"/> stationäre Jugendhilfe	
5. Zur Zeit regelmäßige außerfamiliäre Betreuung vor dem Schuleintritt (z. B. Kindergarten, KiTa, Tagesmutter)	5.1 <input type="checkbox"/> ja	5.2 <input type="checkbox"/> Nein
6. Bei Behandlungsbeginn besuchter Schultyp	6.1 <input type="checkbox"/> Vorschule/Grundschulförder-klasse/Förderschule	
	6.2 <input type="checkbox"/> Grundschule	
	6.3 <input type="checkbox"/> Besondere Schulform (z.B. Schule für Lernbehinderte geistig behinderte/verhaltensgestörte Kinder)	
	6.4 <input type="checkbox"/> Weiterführende Schule	
	6.5 <input type="checkbox"/> Berufsschule	
	6.6 <input type="checkbox"/> Studium	
	6.7 <input type="checkbox"/> unzutreffend	
	6.8 <input type="checkbox"/> unbekannt	

7. Jetzige berufliche Situation

- | | |
|--|---|
| 7.1 <input type="checkbox"/> berufstätig, Vollzeit | 7.5 <input type="checkbox"/> Ausbildung, Umschulung |
| 7.2 <input type="checkbox"/> berufstätig, Teilzeit | 7.6 <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| 7.3 <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann, nicht berufstätig | 7.6 <input type="checkbox"/> nicht zutreffend |
| 7.4 <input type="checkbox"/> arbeitslos/arbeitssuchend | |

8. Anzahl der Geschwister

9. Aktuelle psychopharmakologische Medikation

- | | |
|---|---|
| 9.1 <input type="checkbox"/> Keine | 9.5 <input type="checkbox"/> Stimmungsstabilisierer/Phasenprophylaktika |
| 9.2 <input type="checkbox"/> Neuroleptika | 9.6 <input type="checkbox"/> Sedativa/Schlafmittel |
| 9.3 <input type="checkbox"/> Antidepressiva | 9.7 <input type="checkbox"/> Psychoanaleptika |
| 9.4 <input type="checkbox"/> Tranquilizer/Anxiolytika | 9.8 <input type="checkbox"/> nicht bekannt |

10. Behandlungsende (Datum)

. .

11. Anzahl der vom Therapeuten durchgeführten Stunden im Therapieverfahren (bei Verfahrenswechsel Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| 13.1 <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13.2 <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13.2 <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

12. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Behandlungsende (gemäß Multiaxialem Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10)

12.1 Klinisch psychiatrisches Syndrom (MAS Achse I)

- | | |
|---|---|
| 12.1.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 12.1.3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12.1.2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 12.1.4 <input type="checkbox"/> keine |

12.2 Umschriebene Entwicklungsstörungen (MAS Achse II)

12.2.1	<input type="checkbox"/>	F80.0	Artikulationsstörung
12.2.2	<input type="checkbox"/>	F80.1	Expressive Sprachstörung
12.2.3	<input type="checkbox"/>	F80.2	Rezeptive Sprachstörung
12.2.4	<input type="checkbox"/>	F80.3	Erworbene Aphasie m. Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)
12.2.5	<input type="checkbox"/>	F80.8	Sonst. Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache
12.2.6	<input type="checkbox"/>	F80.9	Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, n. n. Bez.
12.2.7	<input type="checkbox"/>	F81.0	Lese- und Rechtschreibstörung
12.2.8	<input type="checkbox"/>	F81.1	Isolierte Rechtschreibstörung
12.2.9	<input type="checkbox"/>	F81.2	Rechenstörung
12.2.10	<input type="checkbox"/>	F81.3	Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten
12.2.11	<input type="checkbox"/>	F81.8	Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
12.2.12	<input type="checkbox"/>	F81.9	Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, n. n. Bez.
12.2.13	<input type="checkbox"/>	F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
12.2.14	<input type="checkbox"/>	F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
12.2.15	<input type="checkbox"/>	F88	Andere Entwicklungsstörungen
12.2.16	<input type="checkbox"/>	F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung
12.2.17	<input type="checkbox"/>		keine

16.3 Intelligenzniveau (MAS Achse III)

	<input type="checkbox"/>	getestet	<input type="checkbox"/>	geschätzt
16.3.1	<input type="checkbox"/>	sehr hohe Intelligenz		IQ > 129
16.3.2	<input type="checkbox"/>	hohe Intelligenz		IQ 115–129
16.3.3	<input type="checkbox"/>	durchschnittliche Intelligenz		IQ 85–114
16.3.4	<input type="checkbox"/>	niedrige Intelligenz		IQ 70–84
16.3.5	<input type="checkbox"/>	leichte Intelligenzminderung		IQ 50–69
16.3.6	<input type="checkbox"/>	mittelgradige Intelligenzminderung		IQ 35–49
16.3.7	<input type="checkbox"/>	schwere Intelligenzminderung		IQ 20–34
16.3.8	<input type="checkbox"/>	schwerste Intelligenzminderung		IQ > 20
16.3.9	<input type="checkbox"/>	Intelligenzniveau nicht bekannt		

12.4 Körperliche Symptomatik (MAS Achse IV)

- 12.4.1 ICD-10, 5-stellig
- 12.4.2 ICD-10, 5-stellig
- 12.4.3 ICD-10, 5-stellig

12.5 Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (MAS Achse V)

- | | unzutreffend | trifft zu | unbekannt |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.5.1 Abnorme intrafamiliäre Beziehungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.2 Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.3 Inadäquate / verzerrte intrafamiliäre Kommunikation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.4 Abnorme Erziehungsbedingungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.5 Abnorme unmittelbare Umgebung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.6 Akute, belastende Lebensereignisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.7 Gesellschaftliche Belastungsfaktoren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.8 Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5.9 Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16.6 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (MAS Achse VI)

- 16.6.1 hervorragende / gute soziale Anpassung
- 16.6.2 befriedigende soziale Anpassung
- 16.6.3 leichte soziale Beeinträchtigung
- 16.6.4 mäßige soziale Beeinträchtigung
- 16.6.5 deutliche soziale Beeinträchtigung
- 16.6.6 deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung
- 16.6.7 tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung
- 16.6.8 braucht beträchtliche Betreuung
- 16.6.9 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)
- 16.6.10 Information fehlt

13. Erfassung der Symptomatik mit dem Fragebogen zu Stärken und Schwächen

	Patient (ab 12 Jahre)			Mutter			Vater			ggf. Lehrer		
	normal	grenzwertig	auffällig	normal	grenzwertig	auffällig	normal	grenzwertig	auffällig	normal	grenzwertig	auffällig
Gesamtproblemwert	0-15	16-19	20-40	0-15	16-19	20-40	0-15	16-19	20-40	0-15	16-19	20-40
Emotionale Probleme	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10
Verhaltensprobleme	0-3	4	5-10	0-3	4	5-10	0-3	4	5-10	0-3	4	5-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0-3	4-5	6-10	0-3	4-5	6-10	0-3	4-5	6-10	0-3	4-5	6-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4

14. GAS bei Therapieende

GAS (Goal Attainment Scale) Individuelle Ziel-/Ergebnismessung	Patientin/Patient (ab 12 Jahre) Grad der Zielerreichung nach Therapie (bitte Zutreffendes ankreuzen)	Hauptbezugsperson Grad der Zielerreichung nach Therapie (bitte Zutreffendes ankreuzen)	Therapeutin/Therapeut Grad der Zielerreichung nach Therapie (bitte Zutreffendes ankreuzen)
1. Ziel (Hauptziel):	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt
2. Ziel:	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt
3. Ziel:	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt	<input type="checkbox"/> (4) mehr erreicht als dieses Ziel <input type="checkbox"/> (3) dieses Ziel erreicht <input type="checkbox"/> (2) dieses Ziel teilweise erreicht <input type="checkbox"/> (1) dieses Ziel nicht erreicht <input type="checkbox"/> (0) dieses Ziel entfällt

15. Art der Beendigung/Unterbrechung der Behandlung

- 15.1 Einvernehmliche Beendigung vor Ausschöpfung des Stundenkontingentes
- 15.2 Beendigung mit Ausschöpfung des Stundenkontingentes
- 15.3 Beendigung mit Überweisung in eine teil-/stationäre psychiatrische Behandlung oder psychotherapeutische Behandlung
- 15.4 Überweisung zu anderem Therapieverfahren
- 15.5 Beendigung durch den Patienten (Abbruch)
- 15.6 Beendigung durch den Therapeuten
- 15.7 verstorben (natürliche Ursache/Unfall)
- 15.8 verstorben nach Suizidversuch
- 15.9 Sonstiges

Datum

Unterschrift
Therapeutin/Therapeut

7.5 Fristgerecht eingegangene schriftliche Stellungnahmen der in Tabelle 1 aufgeführten Institutionen/ Organisationen



**Stellungnahme
der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Strukturreform der ambulanten Psychotherapie

Berlin, 12.05.2016

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 14.04.2016 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der Psychotherapie-Richtlinie - Strukturreform der ambulanten Psychotherapie - aufgefordert. Die Psychotherapie-Richtlinie regelt das Nähere zu den zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, zum Antrags- und Gutachterverfahren, zu probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung von psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten.

Änderungsbedarf resultiert aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Dem G-BA wurde darin aufgetragen, Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens zu beschließen. Angestrebt wird laut gesetzlicher Begründung eine effektivere psychotherapeutische Versorgung.

Allgemein

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinien. Im Einzelnen nimmt sie zu den Punkten, die insbesondere als strittige Punkte in den übersandten Unterlagen markiert sind, Stellung.

Im Einzelnen

Zu § 1 Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Abs. 1 und 2

Die Verwendung des Begriffs "Therapeutinnen und Therapeuten," ist ungenau, denn er umfasst auch Ärzte, welche medikamentös behandeln und nicht nur ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind. Zur Klarheit sollte statt dessen von „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ gesprochen werden.

Abs. 1:

Die Bundesärztekammer schließt sich der Auffassung der KBV an, dass die psychotherapeutischen Akutbehandlungen nach § 13 sowie die Psychotherapieverfahren nach § 15 zur Richtlinien-Psychotherapie gehören.

Begründung: Die Akutbehandlung ist eine Psychotherapie bei psychisch und psychosomatisch erkrankten Patienten, die einer Notfallpsychotherapie bedürfen. Sie unterscheidet sich methodisch nicht von der Richtlinien- Psychotherapie, fokussiert aber auf die Akuität der Erkrankung. Hingegen sind die psychotherapeutische Sprechstunde, die probatorischen Sitzungen und die Psychosomatische Grundversorgung nicht Gegenstand der Richtlinien-Psychotherapie, da in der Sprechstunde und in den probatorischen Sitzungen ermittelt wird, dass eine psychische oder psychosomatische Erkrankung vorliegt, die der Psychotherapie bedarf. Psychische Erkrankungen sind Erkrankungen im Sinne von § 2.

Abs. 2

Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, dass der G-BA prüft, ob in Abs. 2 insbesondere bei der psychotherapeutischen Akutbehandlung hinsichtlich der etwaigen Notwendigkeit medikamentöser/psychopharmakologischer (Akut-)Behandlung die Kooperation mit einem ärztlichen Psychotherapeuten angesprochen werden sollte.

Abs. 3

Die Bundesärztekammer schließt sich der KBV/GKV-Stellungnahme an und schlägt eine Erweiterung vor, die sich an der Stellungnahme der Patientenvertreter orientiert:

„Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 und 3, § 118 (Hochschulambulanzen, psychiatrische oder psychosomatische Institutsambulanzen sowie Ambulanzen an Ausbildungsstätten) können Leistungen dieser Richtlinien erbringen, wenn sie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geleitet werden, die über eine Genehmigung gemäß der Psychotherapievereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 verfügen“.

Begründung: Diese Regelung ermöglicht psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen die angemessene Abrechnung der entsprechenden Behandlungsfälle, die durch in Weiterbildung befindliche Ärztinnen und Ärzten der P-Fächer unter Anleitung erbracht werden.

Zu § 4 Übergreifende Merkmale von Psychotherapie

Die Bundesärztekammer begrüßt die Gleichstellung der Einzelpsychotherapie und der Gruppenpsychotherapie sowie auch die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie.

Abs. 4 Nr. 2

In Nr. 2. sollte folgende Ergänzung nach dem ersten Satz eingefügt werden:

„Je nach Verfahren werden unterschiedliche psychotherapeutische Instrumente, wie z.B. Übertragungs-Gegenübertragungs-Widerstands-oder Verhaltensanalyse vom Psychotherapeuten angewandt, um den Behandlungs- und Heilungsprozess des Patienten zu fördern“.

Begründung: Diese Aussage findet sich auch bei der Einzeltherapie (Abs. 4 Nr. 1.), kennzeichnet aber auch die Methode der psychoanalytisch begründeten Gruppenpsychotherapie.

Zu § 10 Verbindung von Diagnostik und Therapie

Abs. 2

Folgende Ergänzung sollte nach dem ersten Satz vorgesehen werden:

„Die ODA und DDA umfasst, falls erforderlich, auch die konsiliarische Einbeziehung einer Ärztin oder eines Arztes“.

Begründung: Eine orientierende diagnostische und/oder differentialdiagnostische Abklärung beziehen sich auch auf die somatischen und psychosomatischen Störungen, daher ist ggf. eine weitere diagnostische Abklärung bei einem Arzt notwendig. Für den psychologischen Psychotherapeuten ist dies eine Absicherung, ein obligatorischer Konsiliarbericht in dieser Phase wird nicht angestrebt.

§ 11 Psychotherapeutische Sprechstunde

Die Bundesärztekammer begrüßt die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde, um einen zeitnahen niederschweligen Zugang der Patientin oder des Patienten zu der psychotherapeutischen Versorgung zu ermöglichen. Auch die orientierende diagnostische Abklärung und die differentialdiagnostische Erwägungen können in der Sprechstunde erfolgen.

Abs. 2

Die Bundesärztekammer spricht sich dabei für die Position der KBV und des GKV-SV aus. Diese besagt, dass die psychotherapeutische Sprechstunde als Kann-Vorschrift in die Richtlinien aufgenommen wird und der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin dies der Kassenärztlichen Vereinigung anzeigt.

Begründung: Es ist zurzeit noch nicht abzusehen, wie sich die Einrichtung einer Sprechstunde auswirkt. Es gibt eine Reihe von Arztgruppen, die psychisch und psychosomatisch Kranke in ihren Sprechstunden diagnostizieren und weiterleiten, z. B. die hausärztlich tätigen Facharztgruppen (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendärzte), Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, für Orthopädie und weitere Facharztgruppen sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und – psychotherapie. Den psychologischen Psychotherapeuten sollte freigestellt werden, ob sie an ihrer bisherigen Richtlinien-Praxis festhalten, keine Sprechstunden anzubieten und somit mehr Zeit für Psychotherapien zur Verfügung haben oder Sprechstunden einrichten.

Abs. 3

Die Bundesärztekammer spricht sich für eine Ergänzung in Satz 1 aus, wie bereits für § 10 (Abs. 2) empfohlen:

"Bei Verdacht auf eine seelische Krankheit findet im Rahmen der Sprechstunde (...), ggf. unter konsiliarischer Einbeziehung einer Ärztin oder eines Arztes".

Darüber hinaus sollte eine Regelung aufgenommen werden, die besagt, wenn Sprechstunden nicht eingeführt werden, dennoch sichergestellt werden muss, dass eine telefonische Erreichbarkeit in dem vorgeschlagenen Umfang besteht und Terminvergaben für ein erstes Gespräch zeitnah vergeben werden können.

Abs. 8

Die Bundesärztekammer schließt sich der Position der KBV an, dass nach Krankenhausvorbehandlung eine Akutbehandlung nach § 13 oder auch eine Behandlung nach § 15 ohne Sprechstunde beginnen kann.

Abs. 11

Die Bundesärztekammer fordert hier ebenfalls eine obligate Einholung eines Konsiliarberichtes bei Abklärung einer somatischen Erkrankung. Es muss ergänzt werden:

„Vor Beginn einer Richtlinien-Psychotherapie (§ 13 oder § 15) wird von dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin eine Abklärung einer somatischen Erkrankung eingeholt“.

Entschließt sich ein Psychotherapeut/eine Psychotherapeutin, feste Sprechstunden einzurichten, so sind auch die erforderlichen Zeiten an Sprechstunden anzugeben.

Abs. 15

Die Bundesärztekammer sieht ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinien-Psychotherapie als sinnvoll und notwendig an. Dies gilt ebenso für eine schriftliche Rückmeldung zum Ergebnis der Sprechstunde (individuelle Patienteninformation). Eine individuelle Patienteninformation soll die Ergebnisse aus der Sprechstunde zusammenfassen. Aus datenschutzrechtlichen Bestimmungen kann diese Information nicht an die entsprechenden Krankenkassen weitergegeben werden. Es können nur abrechnungsrelevante Informationen nach § 294 ff. SGB V weitergegeben werden.

Die Bundesärztekammer schließt sich ferner der Auffassung der Patientenvertreter an, dass die Informationsblätter den Richtlinien als Anlage beigelegt werden.

Abs. 17

Die Bundesärztekammer begrüßt die vom G-BA vorgesehene Evaluation der Sprechstundeneinführung innerhalb von fünf Jahren nach Beschlussfassung.

§ 12 Probatorische Sitzungen

Abs. 1

Die Bundesärztekammer befürwortet die Klarstellung, was unter probatorischen Sitzungen zu verstehen ist. Dies sind Gespräche vor Einleitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15.

Abs. 2

Die Bundesärztekammer folgt dem Vorschlag der KBV und der Patientenvertretung und lehnt probatorische Sitzungen vor Einleitung einer Akutbehandlung ab. Es ist der Sinn der Akutbehandlung, möglichst schnell und effektiv ein akutes Krankheitsbild mit Hilfe psychotherapeutischer Interventionen zu behandeln. Hingegen ist bei Einleitung ambulanter Psychotherapien nach § 15 die Feststellung zur Eignung des Patienten für ein bestimmtes Behandlungsverfahren - unter Berücksichtigung der Ausschlüsse und zur Einschätzung der Prognose, der Motivation und der Kooperation sowie der Beziehungsfähigkeit - im Rahmen von probatorischen Sitzungen sinnvoll.

Abs. 3

Die Anzahl der bisherigen probatorischen Sitzungen vor Durchführung einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie von fünf bzw. acht probatorischen Sitzungen bei analytischer Psychotherapie sollte beibehalten werden.

Abs. 4

Abs. 4 legt fest, dass probatorische Sitzungen nur für Einzeltherapie durchgeführt werden können. Dem ist zu widersprechen, da es durchaus Patienten gibt, die die Vorstellung haben, zunächst in einer Gruppenpsychotherapie zu „hospitieren“, bevor sie sich darauf einlassen. Darum sollten sich die probatorischen Sitzungen nicht nur auf die Einzelbehandlung beziehen, sondern auch auf Gruppenpsychotherapien.

§ 13 Psychotherapeutische Akutbehandlung

Abs. 1

Die Bundesärztekammer unterstützt die Einführung einer psychotherapeutischen Akutbehandlung bei psychischen oder psychosomatischen Krisen und Ausnahmezuständen mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen gemäß der Richtlinien-Psychotherapie nach § 15. Es ist eine Sonderform der Richtlinien-Psychotherapie, eine sog. Notfallpsychotherapie, die jedoch der Zusammenarbeit im psychosozialen Versorgungssystem, insbesondere mit dem psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungssystem, bedarf. Akutbehandlungen setzen eine hohe Kooperation zwischen der ambulanten wie stationären Versorgung psychischer und psychosomatischer Kranker voraus.

Abs. 2 und 3

Die Akutbehandlung soll sich ohne eine Probatorik (siehe Stellungnahmen zu § 12) unmittelbar an die Sprechstunde anschließen. Die Bundesärztekammer unterstützt die Auffassung der KBV, dass es sich um eine Einzeltherapie handelt und diese in Einheiten von

mindestens 25 Minuten und 20-mal im Krankheitsfall durchgeführt werden kann. Falls eine Richtlinien-Psychotherapie nach § 15 fortgesetzt wird, ist sie auf das Therapiekontingent anzurechnen.

Begründung: Wie bereits ausgeführt, ist die Akutbehandlung eine Sonderintervention im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien. Eine Fortsetzung im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien setzt voraus, dass die Akuität nicht mehr vorhanden ist und auch Wartezeiten möglich sind. In der Praxis wird sich für diese Behandlungsform der Richtlinien-Psychotherapie nur ein schmales Kontingent ergeben, da nach Einschätzung der Bundesärztekammer überwiegend Richtlinien-Psychotherapie nach § 15 durchgeführt werden wird.

§ 14 Rezidivprophylaxe

Die Bundesärztekammer begrüßt die sicher notwendige neue Einführung einer sogenannten Rezidivprophylaxe.

Die vorgesehenen Regelungen sind aber bisher kaum erprobt, so dass auch hier eine Überprüfung der Regelungen erfolgen sollte. Es sollte ein Abs. 6 eingeführt werden:

„Die Rezidivprophylaxe wird innerhalb von 5 Jahren nach Beschlussfassung evaluiert.“

§ 15 Behandlungsformen

Die Bundesärztekammer regt an zu prüfen, ob die hier vorgelegte Einteilung psychoanalytisch begründeter Psychotherapien und der Verhaltenstherapien mit den jeweiligen Untergruppen noch dem Stand der Wissenschaft entspricht. So sind z.B. im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Psychotherapien die verschiedensten Therapieformen neben der Kurztherapie und Fokalthherapie entwickelt worden, wie z.B. die psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie, die strukturelle Psychotherapie, die mentalisierungsgestützte Psychotherapie und die übertragungsfokussierte Psychotherapie. Eine Zuordnung zu den analytischen Psychotherapien oder tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien ist möglich. Die oben genannten Methoden haben im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Psychotherapien ihre Wirksamkeit hinreichend nachgewiesen.

Des Weiteren ist international nicht der Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ üblich, sondern der Begriff „psychodynamische Psychotherapie“.

Die Bundesärztekammer regt an, diese sich aus § 15 ergebenden Fragen für eine nächste Novellierung vorzusehen, da auch die ärztliche Weiterbildungsordnung den Veränderungen in der Entwicklung der psychoanalytisch begründeten Psychotherapien Rechnung trägt und andere Formulierungen anwendet.

§ 20 Anwendungsformen

Die Gleichstellung der Gruppenpsychotherapie mit der Einzelpsychotherapie ist sehr zu unterstützen. Nach § 4 sollen in der Gruppenpsychotherapie auch die gruppenspezifischen Prozesse für die therapeutischen Ergebnisse genutzt werden.

Ziffer 5. Gruppengröße

Nach wissenschaftlichen Standards der Kleingruppenforschung der Sozialpsychologie und aus Erfahrungen in der Praxis ist eine Teilnehmerzahl von 3 keine hinreichende Bedingung für einen gruppenspezifischen Prozess. Aufgrund dessen schlägt die Bundesärztekammer vor, in der Regel bei der Gruppengröße von mindestens 6 bis höchstens 9 sowohl für psychoanalytisch begründete Verfahren wie für die Verhaltenstherapie zu

bleiben. Die organisatorischen Schwierigkeiten beim Aufbau einer Gruppe lassen sich durch folgende Ausnahmeregelung begrenzen:

"Vorübergehend (ca. 1 Jahr) kann insbesondere beim Aufbau einer Gruppe die Gruppengröße zwischen 3 und 9 Teilnehmer liegen".

§ 25 Übende und suggestive Interventionen

Abs. 2

Im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung gibt es übende und suggestive Interventionen. Die Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung können auch in einer Gruppenbehandlung stattfinden. Auch hier gilt, wie unter § 20 dargestellt, eine Gruppengröße von 6 bis höchsten 9 Patientinnen und Patienten, da sonst der gruppendynamische Faktor in der Therapie nicht genutzt wird.

§ 27 Behandlungsumfang und -begrenzung

Abs. 1

Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag der KBV, die Probetherapie beizubehalten.

Abs. 2 und 3

Des Weiteren stimmt die Bundesärztekammer den Behandlungsumfängen und Behandlungsbegrenzungen sowie der Anrechenbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie zu.

Abs. 4

Insbesondere hält die BÄK den Einbezug auch von Partnerin/Partner oder Familie, wie KBV und GKV vorschlagen, für berechtigt. Es ist aber fachlich nicht sinnvoll, hier von Paar- oder Familientherapie zu sprechen, da diese Begrifflichkeit insbesondere im Rahmen anderer, bisher nicht sozialrechtlich anerkannter Verfahren benutzt wird.

§ 28 Therapieansätze in den Verfahren nach § 15

Sowohl in den Änderungsvorschlägen wie in den Begründungen zeigt sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Vorschlägen der KBV und des GKV-SV. Die Bundesärztekammer ist der Auffassung, dass der bewährte Ablauf in den psychotherapeutischen Verfahren nach den probatorischen Sitzungen aufrecht zu erhalten ist: Entweder kann je nach Indikation eine antragspflichtige Kurzzeittherapie oder eine Langzeittherapie (Antragsverfahren mit Begutachtung) durchgeführt werden. Aus den probatorischen Sitzungen ergeben sich genügend Anhaltspunkte, welches Verfahren zu wählen ist. In der Kurzzeittherapie ist ein Kontingent von 25 Stunden sowohl in der tiefenpsychologisch fundierten wie der Verhaltenstherapie vorzusehen. Einer weiteren Aufteilung in 2 x 12 Stunden, wie der GKV-SV aufgrund einer einzigen wissenschaftlichen Studie vorschlägt, also eine Kurzzeittherapie 1 und 2 einzuführen, kann sich die Bundesärztekammer nicht anschließen.

Begründung:

Der bürokratische Aufwand ist zu hoch. Der Flexibilisierung der Richtlinien-Psychotherapie ist durch die Einführung der Sprechstunde und der Akutbehandlung Rechnung getragen. Die Akutbehandlung lediglich mit einer Anzeigepflicht ermöglicht allen Patientinnen und Patienten unmittelbar und schnell einen Zugang zur Richtlinien-Psychotherapie. Mehrere Studien belegen, dass ein differenziertes Behandlungsangebot

in Form von Kurz- und Langzeittherapien sinnvoll ist. Eine Überprüfung ist möglich, da die Kurzzeittherapie antragspflichtig bleibt.

Abs. 2

Die Kurzzeittherapie in Gruppen ist für Erwachsene wie Kinder sinnvoll.

Abs. 3

Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag der KBV, dass unmittelbar nach den probatorischen Sitzungen auch eine Langzeittherapie mit den entsprechenden Kontingenten (siehe § 29) möglich sein muss. Es gibt keine fachliche Begründung für den Vorschlag der GKV-SV, vor jeder Langzeittherapie eine Kurzzeittherapie, und das noch im Sinne von Kurzzeittherapie 1 und 2, durchzuführen.

§ 29 Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15

Die Bundesärztekammer unterstützt die Reduktion der Bewilligungsschritte in den gesamten Kontingenten für Einzel- und Gruppenpsychotherapie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen.

§ 31 Konsiliarverfahren und Qualifikation der den Konsiliarbericht abgebenden Ärztinnen und Ärzte

Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag der KBV, dass vor Beginn einer Richtlinien-Psychotherapie von der psychologischen Psychotherapeutin, dem psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein Konsiliarverfahren einzuleiten ist.

Dazu muss die Konsiliarärztin oder der Konsiliararzt über die erhobenen Befunde und die vorgesehene Psychotherapie informiert werden.

§ 32 Anzeigeverfahren und § 33 Antragsverfahren

Die Bundesärztekammer ist der Auffassung, dass das Anzeigeverfahren für die Akutbehandlung nach § 13 gelten soll und das Antragsverfahren auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie nach § 15 für Kurzzeit- und Langzeittherapie. Wird eine Langzeittherapie beantragt oder eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie umgewandelt, so muss ein gutachterpflichtiger Antrag gestellt werden (Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter).

§ 34 Gutachterverfahren

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass grundsätzlich keine Gutachterpflicht mehr für Kurzzeittherapien besteht und nur bei Langzeittherapien oder in Ausnahmefällen auch bei Kurzzeittherapie ein Gutachter durch die Krankenkasse eingeschaltet werden muss. Dies ist eine der angestrebten Erleichterungen in der Durchführung von Psychotherapien.

§ 35 Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter

In den weitgehenden Veränderungen hinsichtlich der Qualifikation der Gutachter stimmt die Bundesärztekammer weitgehend (mit einigen Einschränkungen) mit den Vorschlägen der KBV überein. Die Übereinstimmungen liegen im Folgenden:

1. Als Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche können Ärztinnen und Ärzte oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer Doppelqualifikation in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie bestellt werden. Der Ausnahmeregelung für Kinder- und Jugendlichengutachter, vorgeschlagen von der KBV, schließt sich die Bundesärztekammer nicht an.
2. Es können Ärztinnen und Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer Qualifikation in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche werden.
3. Die unter 1. und 2. Genannten können dann in einer Liste als qualifiziert für Gutachten in der Gruppenpsychotherapie aufgenommen werden, wenn sie selber über die Qualifikation zur Erbringung von Gruppenpsychotherapien verfügen und auch solche durchführen.
4. Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten können Gutachter für Verhaltenstherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche werden, wenn sie die entsprechenden Qualifikationen im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung erworben haben.
5. Die unter 4. Genannten können dann als Gutachter für Gruppenpsychotherapie genannt werden, wenn sie selber die Qualifikation zur Erbringung von verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapien haben und auch solche durchführen.

Begründung: Aus der historischen Entwicklung ist nachzuvollziehen, dass die Doppelqualifikation in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie die Grundlage für die Bestellung zum Gutachter Voraussetzung war. Mit der Entwicklung der ärztlichen Weiterbildungsordnung und der Entwicklung des Psychotherapeutengesetzes sind jedoch nun auch Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten tätig, die die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie-Qualifikation erworben haben (psychodynamische Psychotherapie). Letztere sind aufgrund ihrer theoretischen und behandlingstechnischen Positionen eng mit der Psychoanalyse verbunden, ohne selber Analytiker geworden zu sein. Sie sind fachlich in der Lage, die beantragten psychoanalytisch begründeten Verfahren zu beurteilen. Eine Auftrennung in Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie, wie der GKV-SV dies vorschlägt, wird seitens der Bundesärztekammer abgelehnt. Dies würde zu einem Auseinanderfallen der psychoanalytisch begründeten Verfahren führen.

Weiteren Qualifikationsvoraussetzungen, z. B. Altersbegrenzung bei Antragstellung, mindestens fünfjährige Tätigkeit nach Abschluss der Aus- oder Weiterbildung, Dozententätigkeit an Aus- oder Weiterbildungsstätten, wird zugestimmt, hingegen nicht der dreijährigen Bindung an eine Tätigkeit im vertragsärztlichen Versorgungsbereich. Hier ist bei der Bestellung der Gutachter darauf zu achten, dass auch in Institutionen wie Polikliniken und Ambulanzen entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte oder psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten tätig sein können, die als Gutachter grundsätzlich bestellt werden können. Insbesondere wissenschaftlich qualifizierte ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten könnten eine Bereicherung für die Weiterentwicklung der Psychotherapie und auch der Richtlinien-Psychotherapie sein.

§ 37 Schriftliche Dokumentation

Die Erweiterung der individuellen Informationsweitergabe wird begrüßt. Insbesondere die individuelle Patienteninformation wird dem Patienten langfristig Hilfestellung bei seinen Entscheidungen über eine Psychotherapie geben. Diese individuelle Patienteninformation kann jedoch aus datenschutzrechtlichen Gründen nur der Patientenakte hinzugefügt werden, jedoch nicht an die Krankenkassen weitergegeben werden.

§ 38 Einsatz der Dokumentationsbögen

Abs. 1

Dem KBV-Votum wird zugestimmt, in dem vorgeschlagen wird, dass die Dokumentationsbögen zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie gemäß § 15 und dem Ende der Richtlinien-Psychotherapie auszufüllen sind.

Ferner wird begrüßt, dass die Dokumentationsbögen Bestandteil der Patientenakte sind und bei einer neuen Antragstellung auch dem Gutachter zur Verfügung gestellt werden können.

Abs.2

Das Sammeln von Daten allein ist nicht sinnvoll, es muss auch zu einer Auswertung kommen. Deswegen ist die Auswertung einer solchen Dokumentation innerhalb eines Zeitraums von 5 Jahren anzustreben (siehe die Position der Patientenvertreter). Mit der Auswertung sollten unabhängige Forschungsinstitute beauftragt werden.

Anlage 2, I. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Erwachsene Behandlungsbeginn, Blatt 2

Ziffer 11.6

In der Anlage 2 fehlt unter „I. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Erwachsene Behandlungsbeginn Punkt 11.6“ die „psychosomatische Institutsambulanz“. Unter 11.6 sollte neben „psychiatrischen Institutsambulanz“ die „psychosomatische Institutsambulanz“ eingefügt werden.

Anlage 2, III Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Kinder und Jugendliche Behandlungsbeginn, Blatt 2

Ziffer 12.6

Unter 12.6 sollte neben „psychiatrischen Institutsambulanz“ die „psychosomatische Institutsambulanz“ eingefügt werden.

Berlin, 12.05.2016



Dr. Annegret Schoeller
Bereichsleiterin im Dezernat 5

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 12. Mai 2016

BPTK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 278785-0
Fax: 030 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeine Bewertung	4
II. Änderung des § 1 „Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“	7
III. Änderung § 4 „Übergreifende Merkmale von Psychotherapie“ – Änderung Absatz 3 und Einfügung eines neuen Absatzes 4	11
IV. Änderung § 9 „Einbeziehung des sozialen Umfeldes“	14
V. Änderung § 10 „Verbindung von Diagnostik und Therapie“	16
VI. Einfügung § 11 „Psychotherapeutische Sprechstunde“	17
VII. Einfügung § 12 „Probatorische Sitzungen“	25
VIII. Einfügung § 13 „Psychotherapeutische Akutbehandlung“	27
IX. Einfügung § 14 „Rezidivprophylaxe“	31
X. Änderung § 20 „Anwendungsformen“	36
XI. Änderung § 21 „Kombination von Anwendungsformen“	37
XII. Änderung § 27 „Behandlungsumfang und -begrenzung“	38
XIII. Änderung § 28 „Therapieansätze in den Verfahren nach § 15“	40
XIV. Änderung § 29 „Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15“	48
XV. Änderung § 32 „Anzeigeverfahren“	49
XVI. Änderung § 33 „Antragsverfahren“	49

XVII. Änderung § 34 „Gutachterverfahren“	50
XVIII. Änderung § 35 „Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter“	50
XIX. Änderung § 37 „Schriftliche Dokumentation“	53
XX. Änderung § 38 „Einsatz der Dokumentationsbögen“	54
XXI. Literatur	63

I. Allgemeine Bewertung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dem vorliegenden Beschlussentwurf eine Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie zur fristgerechten Umsetzung der gesetzlichen Aufträge aus dem GKV-VSG vorsieht und dabei insbesondere geeignete Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs von Patientinnen und Patienten zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ergreift.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Nach Einschätzung der BPTK stellt die Einrichtung Psychotherapeutischer Sprechstunden ein zentrales Element der aktuellen Reform der Psychotherapie-Richtlinie dar. Hierbei ist es sachgerecht, dass die Psychotherapeutische Sprechstunde als neue Leistung der ambulanten Psychotherapie inhaltlich und in ihrer zeitlichen Ausgestaltung so konzipiert worden ist, dass die erforderlichen Leistungen für eine diagnostische Abklärung und Indikationsstellung für die weitere Versorgung im Rahmen der Sprechstunde(n) erbracht werden können.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Grundsätzlich ist die Etablierung einer psychotherapeutischen Akutbehandlung zur zeitnahen Versorgung von Patienten, die aufgrund der Art, Schwere und Akuität ihrer Erkrankung einen besonders dringenden Behandlungsbedarf haben, zu begrüßen. Der vorliegende Vorschlag einer psychotherapeutischen Akutbehandlung stellt eine sinnvolle Ergänzung des bereits vorhandenen Behandlungsangebotes der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung um ein strukturiertes, zeitlich umgrenztes Behandlungsangebot zur Stabilisierung, Entlastung und kurzfristigen Besserung bei akuten Zuspitzungen von psychischen Erkrankungen, Krisensituationen und Ausnahmezuständen dar. Die Inhalte und Ziele der psychotherapeutischen Akutbehandlung sollten dabei nach Auffassung der BPTK im Normtext der Richtlinie noch weiter geschärft werden.

Rezidivprophylaxe

Der vorliegende Vorschlag zur Regelung der Rezidivprophylaxe stellt keine Flexibilisierung des Therapieangebotes dar und kann keinen Beitrag zu einer optimierten psychotherapeutischen Behandlung für chronisch kranke Patienten leisten, wie vom Gesetzgeber gefordert. Vielmehr verursachen die vorgeschlagenen Regelungen einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand, indem zu einem fachlich ungeeigneten Zeitpunkt Prognosen zu den nach Abschluss der Behandlung erforderlichen Sitzungen für eine Rezidivprophylaxe abgegeben werden sollen, die dabei zulasten des bewilligten Therapiekontingentes gehen sollen. Das vorhandene Versorgungspotenzial der Rezidivprophylaxe, welches auch in den evidenzbasierten Leitlinien adressiert wird, kann hierdurch nicht angemessen genutzt werden. Die BPTK schlägt daher eine vollständige Neufassung der Regelung zur Rezidivprophylaxe vor.

Flexible Nutzung der verschiedenen psychotherapeutischen Versorgungsangebote

Patientinnen und Patienten benötigen auch zukünftig je nach Indikation, Problemstellung und Behandlungsplan die bewährten Behandlungsmöglichkeiten der Kurzzeittherapie und der Langzeittherapie als Einzel-, Gruppen- und Kombinationsbehandlung. Sollte keine Akutbehandlung erforderlich sein, ist es fachlich unverzichtbar, nach der weiteren diagnostischen Abklärung eine dieser Möglichkeiten direkt beginnen zu können. Eine Reihe von Patientinnen und Patienten benötigen für eine Heilung oder ausreichende Besserung ihrer psychischen Erkrankungen eine längere Behandlungsdauer. In vielen Fällen lässt sich diese Indikation für eine Langzeitpsychotherapie in dem jeweiligen Setting (Einzelspsychotherapie, Gruppenpsychotherapie oder deren Kombination) bereits zu Behandlungsbeginn stellen. Insbesondere unter psychotherapeutischen Aspekten ist es für die betroffenen Patientinnen und Patienten geboten, dass Behandlungsumfang und Behandlungsfrequenz bereits zu Behandlungsbeginn festgelegt werden, damit die Behandlung in einem sicheren Rahmen durchgeführt werden kann, eine stabile Psychotherapeut-Patient-Beziehung gefördert wird und die Patientin oder der Patient sich auf die Behandlung einlassen kann. Dies ist insbesondere für schwer psychisch kranke Patienten von herausgehobener Bedeutung. Daher ist es erforderlich, dass bei entsprechender Indikationsstellung im

Rahmen der Sprechstunde und Probatorik weiterhin unmittelbar eine Langzeittherapie beantragt und die Behandlungsplanung darauf ausgerichtet werden kann. Eine Aufteilung der Kurzzeitpsychotherapie in zwei Teilstücke à 12 Sitzungen ist willkürlich, verursacht vermeidbaren bürokratischen Aufwand, ohne dass eine Steuerungswirkung erzielt werden kann und kann angesichts der bekannten Analysen der Routinedaten aus der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nicht überzeugen.

Förderung Gruppenpsychotherapie

Aktuell stagniert der Anteil gruppenpsychotherapeutischer Leistungen bei 1 bis 2 Prozent der psychotherapeutischen Leistungen insgesamt. Dies ist trotz zwischenzeitlich erfolgter Verbesserungen bei der Vergütung von Gruppenpsychotherapie der Fall, die jedoch die unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen erforderlichen administrativen und organisatorischen Mehraufwendungen bei gruppentherapeutischen Leistungen nur eingeschränkt zu kompensieren vermögen.

Aufgrund der guten Evidenz für den Nutzen gruppenpsychotherapeutischer Intervention bei einer Reihe von psychischen Erkrankungen sollten daher nach Auffassung der BPTK die Rahmenbedingungen für die Erbringung gruppenpsychotherapeutischer Leistungen in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung weiter verbessert werden.

Schriftliche Dokumentation

Bereits die Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung vom 11. Dezember 1998 enthielt den Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung, Dokumentationsstandards und ein Verfahren zur Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität für die ambulante Psychotherapie festzulegen. Bei den vorgeschlagenen Dokumentationsbögen sind aus Sicht der BPTK aus fachlichen Gründen noch einige wesentliche Änderungen erforderlich, die an entsprechender Stelle in der Stellungnahme im Detail dargelegt werden. Insbesondere bei den Dokumentationsbögen für die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird noch ein erheblicher Überarbeitungsbedarf gesehen. Von besonderer Bedeutung ist darüber hinaus, dass die Regelungshoheit über die Dokumentations-

standards in der ambulanten Psychotherapie beim G-BA verbleibt. Nur so kann gewährleistet werden, dass bei den künftigen Entwicklungen von Verfahren der sektorenübergreifenden und sektorspezifischen Qualitätssicherung im Bereich der psychischen Erkrankungen zielgerichtet auf die Standarddokumentation in der ambulanten Psychotherapie aufgesetzt und bei Bedarf die erforderlichen Anpassungen und Ergänzungen vorgenommen werden können. Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass bei der Ausgestaltung der Vorgaben für die Dokumentation in der ambulanten Psychotherapie dem Gebot der Datensparsamkeit Rechnung getragen wird, der Umfang der Dokumentation in einer angemessenen Relation zum konkreten Nutzen in der Qualitätssicherung steht und der Verlust von Behandlungszeit durch bürokratische Vorgaben vermieden wird.

II. Änderung des § 1 „Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“

Über die vorgeschlagene Ergänzung „von Therapeutinnen und Therapeuten nach Abs. 2“ in § 1 Absatz 1 Satz 1 soll unter Verweis auf § 1 Absatz 2 definiert werden, welche Berufsgruppen Psychotherapie im Rahmen dieser Richtlinie erbringen können. Satz 2 definiert dabei Psychotherapie im Sinne der Richtlinie als psychotherapeutische Behandlungen mit einem Psychotherapieverfahren nach § 15 und (nur im Vorschlag der KBV) als psychotherapeutische Akutbehandlung nach § 13.

Auch unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Regelung, nicht zuletzt der Regelungen zur Berufsbezeichnung in § 1 Psychotherapeutengesetz, ist nicht nachvollziehbar, warum hier der unspezifische und rechtlich nicht geschützte Begriff „Therapeutin“ bzw. „Therapeut“ verwendet wird und nicht die präzise und gesetzlich korrekte Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin“ bzw. „Psychotherapeut“. Der Text der aktuell gültigen Psychotherapie-Richtlinie verwendet diesbezüglich keine einheitliche Terminologie. So wird zwar in § 25 (alt) der Psychotherapie-Richtlinie der Begriff „Therapeutinnen und Therapeuten“ als zusammenfassende Bezeichnung eingeführt, in § 26a Satz 3 wird jedoch wiederum die Bezeichnung „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ verwendet.

Hinsichtlich der dissidenten Vorschläge zur Definition der Richtlinien-therapie befürwortet die BPK den Vorschlag der KBV, hierunter auch die psychotherapeutische Akutbehandlung zu fassen, da es zielführend erscheint, die Leistungen, die vornehmlich Behandlungsleistungen von Psychotherapeuten mit Fachkunde in einem Richtlinienverfahren darstellen, in Abgrenzung zu den vornehmlich diagnostischen Leistungen dieser Leistungserbringergruppe als Richtlinien-therapie zu definieren. Darüber hinaus ist aus dem Entwurf der Tragenden Gründe nicht erkennbar, welcher Regelungsunterschied zwischen den beiden Definitionsvarianten resultieren würde.

In § 1 Absatz 2 des Beschlussentwurfes werden die Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne der Richtlinie legal definiert. Der Passus stammt aus § 25 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie in der derzeit gültigen Fassung. Danach gelten unter anderem „ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ als Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie.

Nach § 1 Absatz 1 Satz 1 PsychThG ist die Berufsbezeichnung „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ geschützt. Als „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ (KJP) darf sich gemäß §§ 1 Absatz 1 Satz 1, 2 Absatz 1, 5 Absatz 2 Nr. 2 PsychThG nur derjenige bezeichnen, der die entsprechende Approbation nach einer kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Ausbildung und staatlichen Prüfung im Anschluss an ein Studium der Psychologie bzw. Pädagogik oder Sozialpädagogik erworben hat. Folglich sind Ärzte, die sich psychotherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen beschäftigen, nicht berechtigt, die Bezeichnung des („ärztlichen“) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu führen, da diese allein den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit der Approbation nach dem PsychThG vorbehalten ist. Gleiches gilt im Übrigen auch für die Psychologischen Psychotherapeuten mit einem Fachkundenachweis gemäß § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung, auch wenn sie im Rahmen der GKV-Versorgung ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Wenn sie nicht zusätzlich über eine Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut verfügen, sind sie nicht berechtigt, die Bezeichnung des („psychologischen“) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu führen.

In diesem Sinne unterscheidet auch die Psychotherapie-Vereinbarung als Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag für Ärzte in § 2 zwischen „ärztlichen Psychotherapeuten“, „psychologischen Psychotherapeuten“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ und sieht für Ärzte unter der Berufsbezeichnung „ärztliche Psychotherapeuten“ und nicht etwa „(ärztliche) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 5 der Psychotherapie-Vereinbarung vor.

Diese nach dem PsychThG geschützten Bezeichnungen sind zudem vom Titelschutz des § 132a Absatz 1 Nr. 2 StGB erfasst.

In § 1 Absatz 3 wird unter Bezugnahme auf die Abrechnungsgenehmigung für psychotherapeutische Leistungen nach § 15 der Richtlinie abschließend der Kreis der Leistungserbringer definiert, die Leistungen nach dieser Richtlinie mit Ausnahme von Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung erbringen können. Dies umfasst demnach sowohl die Psychotherapeutischen Sprechstunden, die probatorischen Sitzungen und die psychotherapeutische Akutbehandlung als auch die Behandlung mit einem Psychotherapieverfahren nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie einschließlich der Rezidivprophylaxe. Die BPtK begrüßt, dass die Definition der berechtigten Leistungserbringer in der Psychotherapie-Richtlinie selbst und nicht nur in der Psychotherapie-Vereinbarung erfolgt. Hinsichtlich der konkreten Definition der berechtigten Leistungserbringer befürwortet die BPtK den Vorschlag der KBV und des GKV-SV, da zum einen eine abschließende Auflistung der ermächtigten Einrichtungen sowie der ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten nicht erforderlich ist und zum anderen die Ermächtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen zur Teilnahme an der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung nicht die Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie umfasst.

Die BPtK schlägt daher vor, § 1 Absatz 2 und 3 wie folgt zu fassen:

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Sinne dieser Richtlinie sind entsprechend der jeweiligen fachlichen Befähigung

Darüber hinaus sollte klargestellt werden, dass junge Volljährige in Abhängigkeit von der Fachkunde des in Anspruch genommenen Psychotherapeuten wahlweise den Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder von Erwachsenen unterliegen. Die BPTK schlägt daher vor, den Absatz 4 wie folgt zu fassen:

„Psychotherapeuten mit der Genehmigung gemäß Psychotherapievereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 bei Kindern und Jugendlichen als persönliche Leistung können grundsätzlich auch junge Volljährige bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres behandeln. Eine psychotherapeutische Behandlung ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolges bei jungen Erwachsenen eine vorher begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Die Behandlung von jungen Volljährigen ab Vollendung des 18. Lebensjahres und vor Vollendung des 21. Lebensjahres und in den in Satz 2 genannten Ausnahmen kann dabei wahlweise mit den Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder der Psychotherapie bei Erwachsenen erfolgen.“

III. Änderung § 4 „Übergreifende Merkmale von Psychotherapie“ – Änderung Absatz 3 und Einfügung eines neuen Absatzes 4

Die vorgenommene Einfügung in Absatz 3 soll laut Tragenden Gründen der Förderung der Gruppenpsychotherapie dienen. Aus Sicht der BPTK ist es sachgerecht, dass für beide Settings Einzel- und Gruppenpsychotherapie auf die Relevanz der systematischen Berücksichtigung und kontinuierlichen Gestaltung der Psychotherapeut-Patient-Beziehung hingewiesen wird. In gleicher Weise wird der Ansatz begrüßt, an den verschiedenen Stellen in der Psychotherapie-Richtlinie gesondert auf das Setting der Gruppenpsychotherapie hinzuweisen, damit dieses bei den Entscheidungen über die jeweils indizierte Behandlung bzw. Versorgungsform stärker berücksichtigt wird. Zugleich ist davon auszugehen, dass eine Erhöhung des Anteils der Gruppenpsychotherapie an den psychotherapeuti-

schen Behandlungsleistungen wesentlich von anderen Faktoren und Rahmenbedingungen für die Erbringung von Gruppenpsychotherapie abhängig ist.

Mit der Einfügung eines neuen Absatzes 4 wird in Satz 1 an prominenter Stelle in der Psychotherapie-Richtlinie auf die drei wesentlichen Behandlungssettings der ambulanten Psychotherapie hingewiesen – die Behandlung im Einzelsetting, im Gruppensetting und als Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Diese Klarstellung unter den übergreifenden Merkmalen von Psychotherapie ist zu begrüßen. Die sich an Satz 1 anschließenden Ausführungen zu den drei Settings unter Ziffer 1 bis 3 sind dagegen nicht geeignet, Psychotherapeuten oder Patienten eine sinnvolle Orientierung zu der Ausgestaltung der Behandlung in den verschiedenen Settings oder zur Frage der Indikation für ein bestimmtes Setting zu bieten. Diesen Ausführungen kommt zum einen kein eigentlicher Regelungsinhalt zu und entspricht auch formal eher einer Kommentierung zur Psychotherapie-Richtlinie, zum anderen decken die Beschreibungen der Behandlung in diesen Settings nur sehr selektiv einzelne fachliche Überlegungen zu wesentlichen Prozessen und Interventionen der psychotherapeutischen Behandlung sowie zu den möglichen Indikationen der jeweiligen Settings ab.

Die Beschreibungen sind zum Teil fachlich umstritten. Beispielhaft sei an dieser Stelle auf die Auflistung von psychotherapeutischen Instrumenten unter Ziffer 1 hingewiesen, die zur Förderung des Behandlungs- und Heilungsprozesses angewandt werden. Hierbei wird u. a. die Verhaltensanalyse genannt, die de facto vorrangig der verfahrensspezifischen Diagnostik dient und nicht als prototypisches psychotherapeutisches Instrument in der Behandlung angesehen werden kann. Genauso stellt das Gruppensetting nicht exklusiv dasjenige Setting dar, in dem interpersonelle Probleme unmittelbar prozessual aktiviert und bearbeitet werden können, sondern dies ist für viele interpersonelle Probleme mindestens in vergleichbar effektiver Weise im Einzelsetting möglich. Schließlich stellen die Ausführungen zur differenziellen Indikation der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie in Abgrenzung zur alleinigen Einzelpsychotherapie oder alleinigen Gruppenpsychotherapie unter Ziffer 3 eine extreme Verkürzung dar und können in dieser Form nicht handlungsleitend bei der gemeinsamen Entscheidung von Psychotherapeut und Patient über das zu wählende Setting sein.

Die BPtK plädiert daher dafür, die Ziffern 1 bis 3 in § 4 Absatz 4 ersatzlos zu streichen.

Die Erläuterungen der letzten beiden Sätze in Absatz 4 beinhalten dagegen die sinnvolle Klarstellung, dass alle drei Settings grundsätzlich bei allen Indikationen nach § 26 zur Anwendung kommen können und weisen darauf hin, dass die Auswahl des geeigneten Behandlungssettings stets individuell nach diagnostischer Abklärung zu erfolgen hat und in Absprache mit dem Patienten zu treffen ist. Aus Sicht der BPtK sollte hierbei noch stärker betont werden, dass die Indikation der Behandlung in den verschiedenen Settings von der behandelnden Psychotherapeutin oder dem behandelnden Psychotherapeuten individuell für die Patientin oder den Patienten aus fachlich-psychotherapeutischer Perspektive zu prüfen ist und die Auswahl des geeigneten Behandlungssettings dann in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten getroffen wird. Die BPtK schlägt daher vor, diese Erläuterungen wie folgt als Satz 2 und 3 des § 4 Absatz 4 in den Normtext der Psychotherapie-Richtlinie aufzunehmen:

„²Es können alle Indikationen nach § 26 im Einzelsetting, im Gruppen-setting oder in Kombination beider Settings behandelt werden. ³Der behandelnde Psychotherapeut hat auf Grundlage der diagnostischen Abklärung des Störungsbildes die Eignung der Behandlung in den verschiedenen Settings individuell zu prüfen und bei der Behandlungsplanung die Auswahl des geeigneten Behandlungssettings in Absprache mit dem Patienten zu treffen.“

Schließend soll an dieser Stelle noch ein Hinweis zu einer Ausführung in den Tragenden Gründen zur Änderung des § 4 Psychotherapie-Richtlinie erfolgen. In den Tragenden Gründen wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass im Bundesmantelvertrag die Formularsätze (PTV) überarbeitet werden sollen „mit dem Ziel, eine Gleichbehandlung der Einzel- und Gruppentherapie zu erreichen (u. a. einheitliche Berichtsinhalte für alle Gruppen-PT-Verlängerungsanträge für die Mitglieder einer Gruppe, Entwicklung eines separaten Informationsblattes für die Gruppentherapie, Ergänzung eines Feldes für die Beantragung einer Kombinati-

on von Einzel- und Gruppenpsychotherapie und eines Feldes, aus dem ersichtlich ist, ob die Therapie in Kooperation mit einem anderen Therapeuten erfolgt).“ Falls mit „einheitlichen Berichtsinhalten für alle Gruppen-PT-Verlängerungsanträge für die Mitglieder einer Gruppe“ eine bereits in früheren Jahren diskutierte Idee gemeint sein sollte, dass der Verlängerungsbericht in diesem Abschnitt nicht auf den einzelnen Patienten bezogen, sondern die Gruppe als Ganzes dargestellt werden soll, so wird dies aus fachlichen Gründen abgelehnt. Die Bewertung des Behandlungsverlaufs, die weitere Behandlungsplanung und die Indikation für die weitere Therapie ist stets in Bezug auf den einzelnen Patienten vorzunehmen und sollte in der Form auch Gegenstand des Berichtes an den Gutachter sein.

IV. Änderung § 9 „Einbeziehung des sozialen Umfeldes“

Die Ergänzung in § 9 soll der Klarstellung dienen, dass bei Kindern und Jugendlichen nicht nur Familienmitglieder in die Therapie einbezogen werden können, sondern auch weitere relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes bzw. Jugendlichen. Eine solche Klarstellung ist zu begrüßen, allerdings impliziert der konkrete Vorschlag eine mögliche Einengung für den Einbezug relevanter Bezugspersonen bei der Behandlung von Erwachsenen auf die Familienmitglieder und den Partner bzw. die Partnerin. Die Aufzählung in Klammern zu den in Satz 1 genannten relevanten Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld können bei Ergänzung von Satz 2 so verstanden werden, dass es sich hierbei um eine abschließende Aufzählung der bei erwachsenen Patienten einbeziehbaren Bezugspersonen handelt. Eine solche Einengung würde aber gerade der Lebenssituation von erwachsenen Patienten mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen oder einer Behinderung nicht gerecht werden, bei denen beispielsweise die Einbeziehung des Betreuers oder des Einzelfallhelfers des Patienten in die Therapie als relevante Bezugsperson angezeigt sein kann. Die Indikationsstellung für die Einbeziehung von Bezugspersonen sollte daher allein unter fachlichen Gesichtspunkten individuell vom behandelnden Psychotherapeuten vorgenommen werden können und durch die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie keine rigiden Eingrenzungen erfahren, die den spezifischen Lebenslagen von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen nicht

gerecht werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt daher vor, § 9 wie folgt zu ändern:

„Im Rahmen einer Psychotherapie kann es notwendig werden, zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges relevante Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld (z. B. Partnerin oder Partner, Familie, Betreuerin oder Betreuer) der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einzubeziehen. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es notwendig werden, für die Behandlung der Störung relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.“

Nach § 11 Absatz 9 der Psychotherapie-Vereinbarung ist bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen die für die Einbeziehung von Bezugspersonen vorgesehene Stundenzahl, sofern sie nicht das Verhältnis von 1:4 zur Stundenzahl des Patienten überschreitet, der Stundenzahl für die Behandlung des Patienten hinzuzurechnen. Soll die Einbeziehung der Bezugspersonen in Gruppen erfolgen, darf gemäß § 11 Absatz 10 der Psychotherapie-Vereinbarung das Verhältnis von 1:2 zur Stundenzahl des Patienten nicht überschritten werden. Insofern stellt eine flexiblere Auslegung der Regelung zum Einbezug von relevanten Bezugspersonen kein relevantes Risiko für eine Mengenausweitung dar, da bei Erwachsenen die Einbeziehung von Bezugspersonen grundsätzlich im Rahmen des bewilligten Therapiestundenkontingentes erfolgt. Allerdings hält es die BPtK insbesondere für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit festgestellter Schwerbehinderung (GdB \geq 50) für erforderlich, dass bei dieser Personengruppe nicht nur die Einbeziehung von Bezugspersonen in die Psychotherapie vorgesehen wird, sondern – analog der Regelung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen – auch die Herausnahme dieser Bezugspersonengespräche aus dem Behandlungskontingent, sofern diese das Verhältnis von 1:4 zur Stundenzahl der Patientin bzw. des Patienten nicht überschreiten, ermöglicht wird.

V. Änderung § 10 „Verbindung von Diagnostik und Therapie“

Die BPK begrüßt die Einfügung von Satz 4 in § 10 Absatz 1, mit der im Sinne einer Förderung der Gruppenpsychotherapie noch einmal explizit der Auftrag formuliert wird, vor dem Hintergrund der diagnostizierten Erkrankung die Indikation für eine Gruppenpsychotherapie zu prüfen und die Möglichkeit der Behandlung im Setting der Gruppenpsychotherapie bei der Therapieentscheidung und Behandlungsplanung in angemessener Weise zu berücksichtigen.

Darüber hinaus sieht der Beschlussentwurf die Einfügung eines neuen Absatzes 2 vor, der im Wesentlichen Inhalte der Psychotherapeutischen Sprechstunde definiert. So werden die Elemente der Orientierenden Diagnostischen Abklärung (ODA) und der Differenzialdiagnostischen Abklärung (DDA) als Leistungen der Sprechstunde beschrieben, die die Diagnostik vor der Indikationsstellung für eine therapeutische Maßnahme zum Ziel haben. Als weitere Vorgabe für die inhaltliche Ausgestaltung der Sprechstunde wird definiert, dass hierbei in der Regel standardisierte diagnostische Instrumente einzusetzen sind und die Ergebnisse in die Beratung der Patientin bzw. des Patienten einzubringen sind. Schließlich wird in Satz 4 erläutert, dass es sich bei der ODA nicht um eine verfahrensbezogene Diagnostik zur Überprüfung der Eignung für ein Psychotherapieverfahren nach § 15 handelt, sondern um eine diagnostische Abklärung vor der Indikationsstellung, die auch andere Maßnahmen als eine Richtlinien-therapie zur Folge haben kann.

Da es sich bei den Regelungsinhalten des § 10 Absatz 2 um wesentliche Vorgaben für die konkrete inhaltliche Ausgestaltung der Sprechstunde handelt, spricht sich die BPK dafür aus, diese Regelungsinhalte in § 11 zu verorten. Eine Diskussion der hier kodifizierten Inhalte der Sprechstunde und der hierzu gewählten Formulierungen erfolgt dabei im Rahmen der Stellungnahme zu den Regelungsinhalten des § 11 der Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung des Beschlussentwurfes.

VI. Einfügung § 11 „Psychotherapeutische Sprechstunde“

Die Einrichtung der Psychotherapeutischen Sprechstunde ist nach Auffassung der BPTK ein zentrales Element der aktuellen Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. Über die Sprechstunden soll den Patientinnen und Patienten ein zeitnaher Zugang zum Psychotherapeuten, eine frühzeitige diagnostische Abklärung des Behandlungsbedarfes und eine darauf aufbauende Indikationsentscheidung für die weitere Versorgung ermöglicht werden. Daher begrüßt die BPTK, dass der G-BA die Sprechstunde qualitativ und quantitativ so ausgestaltet hat, dass hinreichend flexibel die erforderliche diagnostische Abklärung der vorliegenden psychischen Erkrankungen in der gebotenen Tiefe erfolgen kann und eine Klärung des jeweiligen Behandlungsbedarfes und Beratung der Patientin oder des Patienten zu den indizierten Versorgungsangeboten und Behandlungsalternativen sowie die Unterstützung des Patienten bei der Inanspruchnahme des indizierten Versorgungsangebotes möglich ist.

Die Möglichkeit, die Sprechstunde auch in Einheiten von 25 Minuten zu erbringen, und ein Umfang von bis zu 150 Minuten Sprechstundeneinheiten erlauben es den Psychotherapeuten, das Sprechstundenangebot an die jeweilige Praxisorganisation und die individuellen Bedarfe der Patientinnen und Patienten anzupassen. Die erforderlichen diagnostischen Abklärungsprozesse können so möglichst effizient und patientenorientiert ausgestaltet werden, dass zeitnah und in der gebotenen Differenziertheit eine Erfassung des Krankheitsbildes und des daraus resultierenden Versorgungsbedarfes gelingen kann. Dabei ist es angemessen, dass im Rahmen der Sprechstunde gemäß Absatz 4 zur Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse bei der diagnostischen Abklärung der psychischen Erkrankungen und des resultierenden Behandlungsbedarfes zur Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen Sprechstundeneinheiten von weiteren 100 Minuten erbracht werden können. Die berufsrechtlich vorgegebenen Regelungen zur Schweigepflicht, insbesondere bei Jugendlichen, sind dabei zu berücksichtigen (Stellpflug & Berns, 2015).

Damit die mit der Einrichtung der Psychotherapeutischen Sprechstunde verbundenen Ziele des Gesetzgebers eines zeitnahen Zugangs von Patienten zum Psychotherapeuten und des Abbaus von Wartezeiten auf ein Erstgespräch erreicht werden können, ist es erforderlich, dass bundesweit ein ausreichendes Angebot an Psychotherapeutischen Sprechstunden entsteht. Mit der Sprechstunde ist aber auch die Aufgabe verbunden, noch stärker als bisher die Koordination der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Beschwerden und Erkrankungen zu übernehmen. Der Sprechstunde kommt in diesem Sinne auch eine Steuerungsfunktion zu, innerhalb und außerhalb einer ggf. weiterführenden ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, sodass Patientinnen und Patienten nach entsprechender Indikationsstellung und Beratung möglichst auf ein breites Spektrum an Versorgungsangeboten verwiesen und vermittelt werden können. Hierbei sind jeweils die Besonderheiten des regional vorhandenen Versorgungsangebotes zu beachten.

Daher ist es aus Sicht der BPTK zielführend, dass die Psychotherapeutische Sprechstunde, wie in Absatz 1 Satz 2 vorgeschlagen, als Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung etabliert wird und dabei für die anbietenden Psychotherapeuten mit Mindestvorgaben für den Umfang der bereitzustellenden Sprechstunden und der Erreichbarkeit der Praxis verbunden wird, um dem Bedarf der Patienten an diesem Leistungsangebot ausreichend Rechnung zu tragen. Mit den vorgeschlagenen Regelungen wird für Patientinnen und Patienten, die einer psychotherapeutisch-diagnostischen Abklärung von psychischen Beschwerden bzw. Erkrankungen und einer Klärung des Behandlungsbedarfes bedürfen, ein transparenter Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung geöffnet.

In diesem Sinne ist die Mindestvorgabe in § 11 Absatz 4 von 100 Minuten Sprechstundenzeiten pro Woche im Falle eines vollen Versorgungsauftrages eine geeignete Richtgröße, um in kurzer Zeit ein ausreichendes Angebot an Sprechstunden entstehen zu lassen. Auf eine Verpflichtung aller Psychotherapeuten zum Angebot von Sprechstunden und zur Erfüllung der damit verbundenen Mindestanforderungen, wie sie von der Patientenvertretung vorgeschlagen wird, kann daher verzichtet werden. Zugleich erscheint es sinnvoll, mit zwei Jah-

ren nach Inkrafttreten der neuen Regelung eine engere zeitliche Vorgabe zur Evaluation dieser Richtlinienänderung als die bislang vorgeschlagenen fünf Jahre vorzusehen, damit die Effekte der neuen Leistungen und die Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie auf die Versorgung frühzeitig überprüft und ggf. erforderliche Anpassungen zeitnah vorgenommen werden können.

Die BPTK schlägt daher vor, § 11 Absatz 17 wie folgt zu fassen:

(17) Die Psychotherapeutische Sprechstunde wird innerhalb von 2 Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen nach § 11 evaluiert.

Eine generelle Verpflichtung aller Psychotherapeuten zur Einrichtung von Sprechstunden, wie sie von der Patientenvertretung in § 11 Absatz 2 vorgeschlagen wird, scheint dabei auch mit Blick auf zum Teil bestehende Kooperationsbeziehungen von niedergelassenen Psychotherapeuten zu psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen sowie entsprechenden Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, aber auch zu Psychiatrischen Institutsambulanzen und niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie nicht zielführend. In diesen Fällen kann über die bestehenden Kooperationsbeziehungen ein schneller Zugang von Patienten zur ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung, beispielsweise nach einer stationären psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung, sichergestellt werden. Hier werden die gewünschten Steuerungsprozesse der Sprechstunde bereits über die zuweisenden Einrichtungen gewährleistet.

In diesem Sinne befürwortet die BPTK auch die Definition von Ausnahmen in § 11 Absatz 8 für Patientinnen und Patienten, die ohne vorherige Sprechstunde bei dem jeweiligen Psychotherapeuten erforderliche probatorische Sitzungen nach § 12 und eine Akutbehandlung nach § 13 beginnen können.

Hierbei sollten als weitere Ausnahme diejenigen Patientinnen und Patienten ergänzt werden, die bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten bereits zu einem früheren Zeitpunkt wegen einer psychischen Erkrankung gemäß § 26 Psychotherapie-Richtlinie eine Behandlung nach § 15 durchgeführt haben.

So wäre es beispielsweise bei Patientinnen und Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung oder mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht zielführend, dass diese bei einer erneuten depressiven Episode oder einer erneuten Verschlechterung der psychopathologischen Symptomatik zunächst im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorstellig werden müssen, sondern dass sie mit ihrem psychotherapeutischen Behandlungswunsch direkt bei dem Vorbehandler im Rahmen der probatorischen Sitzung die Indikation für eine erneute psychotherapeutische Behandlung nach § 15 prüfen lassen können. Gleichfalls sollten als weitere Ausnahme diejenigen Patientinnen und Patienten ergänzt werden, die von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie oder Nervenheilkunde nach ausführlicher Diagnostik und Indikationsstellung überwiesen werden, auch wenn diese selbst keine Psychotherapeutische Sprechstunde gemäß § 11 anbieten.

In den Tragenden Gründen zu den Regelungen des § 11 Absatz 1 besteht zwischen der KBV und dem GKV-SV ein Dissens, ab wann die in Absatz 1 Satz 1 erforderliche Zeitnähe der Terminvergabe für die Sprechstunde gegeben ist. Während für den GKV-SV die erforderliche Zeitnähe jedenfalls dann gegeben ist, wenn eine Terminierung innerhalb von zwei Wochen ab dem Zeitpunkt der Kontaktaufnahme erfolgt, spricht sich die KBV hierbei für einen Zeitraum von vier Wochen aus. Dabei bleibt zunächst ungeklärt, was durch Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit den zugehörigen Tragenden Gründen konkret geregelt werden soll.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Regelungen zu den Terminservicestellen in Anlage 28 des Bundesmantelvertrages (BMV), die spätestens ab 1. Januar 2017 auch für die Vermittlung von Terminen der Psychotherapeutischen Sprechstunde tätig werden sollen, spricht sich die BPTK dafür aus, den Begriff „zeitnah“ im Sinne der Richtlinie analog der Regelung in § 2 Absatz 1 Satz 2 Anlage 28 BMV als Zeitraum zwischen erster Kontaktaufnahme und erstem Termin der Psychotherapeutischen Sprechstunde von maximal vier Wochen zu definieren („Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Termin darf vier Wochen nach Bekanntwerden des Vermittlungswunsches nicht überschreiten.“).

In § 11 Absatz 3 werden wesentliche Inhalte der Psychotherapeutischen Sprechstunde konkretisiert. Daher sollen an dieser Stelle auch diejenigen Regelungsinhalte des § 10 Absatz 2 aufgenommen werden, die in Absatz 3 noch nicht hinreichend ausformuliert sind. Aufgrund des inhaltlichen Zusammenhanges und der unklaren Bezugnahme auf die Regelung in Absatz 13 sollte dabei auch der Regelungsinhalt des Absatzes 10 integriert werden, welcher damit ersatzlos entfallen kann. Ungeachtet der Definition der Richtlinienpsychotherapie in § 1 Absatz 1, welche die Psychotherapeutischen Sprechstunden nicht umfasst, sind alle im Rahmen der Sprechstunde erbrachten Leistungen psychotherapeutische Tätigkeiten und sozialrechtlich zum Begriff der psychotherapeutischen Behandlung zu zählen (u. a. Diagnostik, Befundung, Aufklärung, Interventionen, Dokumentation, Empfehlungen zum weiteren Vorgehen).

Die BPTK schlägt daher vor, den Absatz 3 wie folgt zu fassen:

(3) Bei Verdacht auf eine seelische Krankheit findet im Rahmen der Sprechstunde eine Orientierende Diagnostische Abklärung (ODA) und, sofern erforderlich, eine Differenzialdiagnostische Abklärung (DDA) statt. Beide haben die Diagnostik vor Indikationsstellung für eine therapeutische Maßnahme zur Zielsetzung. Bei der ODA handelt es sich nicht um eine verfahrensgebundene Diagnostik zur Überprüfung der Eignung für ein Psychotherapieverfahren nach § 15, sondern um eine Abklärung vor der Indikationsstellung, die möglicherweise auch andere Maßnahmen zur Folge haben kann. Hierbei sollten in der Regel auch standardisierte diagnostische Instrumente eingesetzt werden. Die Ergebnisse der Diagnostik sind in die Information und Beratung der Patientin oder des Patienten einzubringen. Weiterhin erfolgen in der Sprechstunde die Abklärung des individuellen Behandlungsbedarfes, eine erste Diagnosestellung und Klärung, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung gemäß § 26 vorliegt, dementsprechende Behandlungsempfehlungen sowie, sofern erforderlich, eine kurze psychotherapeutische Intervention. Darüber hinaus sollen dem Patienten oder der Patientin, sofern erforderlich, Hinweise auf andere Hilfemöglichkeiten gegeben werden.

In Absatz 5 wird geregelt, dass als weitere Strukturanforderungen für das Angebot von Sprechstunden zur Terminkoordination eine telefonische persönliche Erreichbarkeit zu definierten und zu veröffentlichenden Zeiten zu gewährleisten ist. Diese soll im Falle eines vollen Versorgungsauftrages im Umfang von 5 Stunden pro Woche und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag entsprechend 2,5 Stunden pro Woche sichergestellt werden. Diese soll in Einheiten mit einer Minstdauer von 25 Minuten umgesetzt werden.

Auch in Relation zu der Mindestanforderung von 100 Minuten Psychotherapeutischen Sprechstunden pro Woche, die zur Verfügung gestellt werden müssen, und vor dem Hintergrund der Möglichkeiten von elektronischen Terminbuchungs-

systemen erscheint ein Umfang von 5 Stunden, zu denen eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut die telefonische persönliche Erreichbarkeit gewährleisten muss, zu hoch angesetzt und würde ggf. der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unnötig Behandlungskapazitäten entziehen. Die BPK spricht sich daher dafür aus, Absatz 5 wie folgt zu fassen:

(5) Eine telefonische persönliche Erreichbarkeit zur Terminkoordination zu definierten und zu veröffentlichenden Zeiten ist zu gewährleisten; insgesamt ist bei einem vollen Versorgungsauftrag eine telefonische persönliche Erreichbarkeit durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin oder sein/ihr Praxispersonal von 3 Stunden pro Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten sicherzustellen. Entsprechend gelten 1,5 Stunden bei einem hälftigen Versorgungsauftrag.

In den Tragenden Gründen sollte hierzu weiterhin klargestellt werden, dass Stunden im Sinne der Richtlinie als Einheiten von 50 Minuten definiert sind. Dies erscheint zumindest vor dem Hintergrund der Definition der Mindestdauer einer Einheit in Höhe von 25 Minuten zielführend.

Hinsichtlich der Regelung in § 11 Absatz 15 begrüßt die BPK, dass Patientinnen und Patienten künftig im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinien-therapie sowie eine schriftliche Rückmeldung zum Ergebnis der Sprechstunde erhalten sollen. Dies stellt einen wichtigen Baustein für eine angemessene Information und Beratung von Patientinnen und Patienten über die Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten sowie die Ergebnisse der diagnostischen Abklärung ihrer psychischen Beschwerden, der darauf aufbauenden Indikationsstellung und der Behandlungsempfehlungen einschließlich der Behandlungsalternativen dar. Eine solche allgemeine und individuelle Patienteninformation kann die Patientinnen und Patienten dabei besser in die Lage versetzen, gemeinsam mit dem Psychotherapeuten über das weitere Vorgehen zu entscheiden und auch im Behandlungsverlauf autonom auf die Ergebnisse der Sprechstunde zurückzugreifen.

Bereits aus dem Patientenrechtegesetz und den Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern ergibt sich, dass diese individuelle Patienteninformation auch Bestandteil der Patientendokumentation gemäß § 37 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie sein muss. Die BPTK befürwortet dabei den Regelungsvorschlag der Patientenvertretung, dass die beiden Informationsblätter, nach entsprechender Entwicklung durch den G-BA, ggf. unter Hinzuziehung eines seiner Institute, per Beschluss der Richtlinie als Anlagen beigefügt werden. Dass die Entscheidungshoheit für die konkrete inhaltliche Ausgestaltung der Patienteninformationsblätter bzw. des entsprechenden Musters für die individuelle Patienteninformation beim G-BA verbleiben sollte, ergibt sich bereits mit Blick auf künftige Qualitätssicherungsverfahren im Bereich psychischer Erkrankungen. Der G-BA sollte hierfür in der Lage bleiben, die spezifischen Vorgaben zur Erfassung und Dokumentation von qualitätsrelevanten Informationen unmittelbar festlegen zu können. Dies bezieht sich neben den Vorgaben zur schriftlichen Dokumentation nach § 37 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie auch auf die spezifische Dokumentation der Ergebnisse der Sprechstunde.

Darüber hinaus zeigt der Vorschlag des GKV-SV, dass die zuständige Krankenkasse standardmäßig eine entsprechende Information über das Ergebnis der Sprechstunde erhalten soll, dass diese Beratungen besser im G-BA unter Beteiligung der Patientenvertretung geführt werden sollten, damit die besonderen Erfordernisse des Datenschutzes und der informationellen Selbstbestimmung des Patienten die gebotene Berücksichtigung erhalten.

Abschließend regt die BPTK aus Gründen der Übersichtlichkeit an, die Abfolge der Absätze in § 11 stärker an den Regelungsinhalten zu orientieren. In diesem Sinne könnten sich nach Absatz 1, der den Zweck der Sprechstunde skizziert, zunächst die Absätze 3, 11 und 15 anschließen, in denen inhaltliche Aufgaben und Leistungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde definiert werden. Im Anschluss daran könnten die Regelungen zu den Voraussetzungen und Strukturvorgaben für das Angebot von Psychotherapeutischen Sprechstunden folgen. Diese betrifft die Absätze 2, 5 und 14. Hieran könnten sich schließlich die Regelungen der Absätze anfügen, die stärker formale Aspekte der Abläufe im Kontext der Sprechstunden regeln. Hierzu zählen die Absätze 4, 6, 7, 8, 9, 13 und 16.

Daran könnte sich wiederum die Regelung zur Evaluation der Sprechstunde in Absatz 17 anschließen.

VII. Einfügung § 12 „Probatorische Sitzungen“

Bislang waren Inhalt und Zielstellung der probatorischen Sitzungen in sehr verkürzter Form ausschließlich in der Psychotherapie-Vereinbarung definiert. Mit Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde ergibt sich eine besondere Notwendigkeit, die Inhalte, den Stellenwert und die Funktion der probatorischen Sitzungen systematisch und auch in Abgrenzung zu den Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde zu definieren. Die BPTK begrüßt die in § 12 Absatz 1 vorgeschlagene inhaltliche Definition der Leistungen der probatorischen Sitzungen im Sinne einer weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, weiterer differenzialdiagnostischer Abgrenzungen des Krankheitsbildes, einer weiteren Indikationsstellung sowie der Feststellung der Eignung für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren. Auch die Einschätzung der spezifischen Behandlungsprognose vor dem Hintergrund der Klärung der Therapiemotivation sowie der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit, aber auch der Abschätzung der persönlichen Passung und der Möglichkeit der Entwicklung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung sind zentrale Leistungen der probatorischen Sitzungen. Diese bilden die Grundlage, um zum Ende der probatorischen Sitzungen die Entscheidung über die indizierten weiteren Behandlungen nach entsprechender Information und Aufklärung des Patienten gemeinsam mit diesem zu treffen. Nach Auffassung der BPTK kann dabei die Formulierung „sowie der Verlässlichkeit“ ersatzlos gestrichen werden, da die relevante diagnostische Information bereits in der Klärung der Therapiemotivation und der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit inkludiert ist und der Begriff „Verlässlichkeit“ eine zu stark wertende Komponente im Sinne eines stabilen überdauernden Persönlichkeitsmerkmals besitzt.

§ 12 Absatz 2 kann dagegen entfallen, da dieser Absatz vor dem Hintergrund der Definition der Richtlinienpsychotherapie in § 1 Absatz 1 keinen eigenen neuen Regelungsinhalt besitzt. Ggf. könnte Absatz 1 Satz 1 dahingehend ergänzt werden, dass der Aspekt, dass probatorische Sitzungen der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie dienen, explizit mit aufgenommen wird:

§ 12 Absatz 1:

„Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren unter Berücksichtigung der Ausschlüsse gemäß § 26 Abs. 3 sowie der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie dienen.“

Die Regelungen zur Anzahl der bei einem Patienten erbringbaren probatorischen Sitzungen sehen im Vorschlag der KBV/PatV im Vergleich zur derzeit gültigen Richtlinie keine Änderungen des Umfangs vor, mit Ausnahme von zwei weiteren probatorischen Sitzungen, die künftig bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich durchgeführt werden können. Der Vorschlag des GKV-SV sieht dagegen als einheitlichen Standard exakt drei probatorische Sitzungen vor, der im Falle einer sich anschließenden psychotherapeutischen Behandlung nach § 15 zu erfüllen ist. Eine solche Vereinheitlichung der Anzahl durchzuführender probatorischer Sitzungen ist nicht sachgerecht, widerspricht den sehr unterschiedlichen Abklärungsbedarfen bei Patienten bei der Prüfung der konkreten Indikation für eine bestimmte Richtlinien-therapie und konterkariert die Intention des Gesetzgebers, mit der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie eine Flexibilisierung des Therapieangebotes zu ermöglichen. Zugleich berücksichtigt der Vorschlag der KBV und der PatV nicht ausreichend, dass mit der Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde künftig in den probatorischen Sitzungen regelhaft auf die Ergebnisse der Sprechstunde aufgesetzt werden kann. Da die Sprechstundenergebnisse vor Durchführung von probatorischen Sitzungen mindestens im Umfang von 50 Minuten erbracht worden sein müssen, hält es die BPtK für sachgerecht, die Zahl der zulässigen probatorischen Sitzungen im Vorschlag der KBV/PatV um jeweils eine Sitzung zu reduzieren. Eine Erweiterung des zulässigen Leistungsumfanges bei den probatorischen Sitzungen bei Kindern und Jugendlichen um zwei zusätzliche Sitzungen wird auch von der BPtK befürwortet, um den Besonderheiten in der psychotherapeutischen Behandlung in diesem Altersbereich und der häufig intensiveren Einbeziehung von Bezugspersonen angemessenen Rechnung zu tragen.

Die BPK schlägt daher vor, § 12 Absatz 3 wie folgt zu fassen:

(3) Vor einer ambulanten Psychotherapie finden bis zu 45 probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer bei Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und bis zu 78 probatorische Sitzungen bei analytischer Psychotherapie statt. Bei Kindern und Jugendlichen können darüber hinaus zwei weitere probatorische Sitzungen durchgeführt werden.

Kritisch erscheint dagegen die Formulierung in Absatz 4, dass bei Kindern und Jugendlichen auch die Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen möglich ist. Nach Auffassung der BPK ist dies in § 9 bereits hinreichend ausgeführt und muss für die probatorischen Sitzungen nicht noch einmal spezifisch ausgeführt werden, da sich im Umkehrschluss ergeben würde, dass dies bei probatorischen Sitzungen mit erwachsenen Patienten nicht zulässig ist. Absatz 4 Satz 2 sollte daher ersatzlos gestrichen werden.

VIII. Einfügung § 13 „Psychotherapeutische Akutbehandlung“

Der Gesetzgeber hat den G-BA mit dem GKV-VSG beauftragt, in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes und hierbei insbesondere auch zur Förderung der Akutversorgung zu beschließen. Hierdurch soll ein zeitnaher Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung gewährleistet werden, insbesondere für diejenigen Patientinnen und Patienten, die wegen der besonderen Akuität und Schwere der psychischen Erkrankung und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen einer besonders zeitnahen Behandlung bedürfen.

In Absatz 1 des Beschlussentwurfes werden insbesondere die Ziele der psychotherapeutischen Akutbehandlung definiert und beschrieben, sowie welche Maßnahmen der Akutbehandlung folgen können, falls diese nicht ausreichend sein sollte. Nicht sachgerecht erscheint in diesem Zusammenhang, dass die Akutbehandlung in Satz 1 lediglich als eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention definiert wird. Die Definition als Intervention wird dabei der Komplexität der Akut-

behandlung bei dieser spezifischen Patientengruppe nicht gerecht. Darüber hinaus erscheinen die in Satz 1 genannten Ziele der psychotherapeutischen Akutbehandlung nicht prioritär und sind nur begrenzt kompatibel mit der in den Tragenden Gründen genannten zeitlichen Vorgabe von 14 Tagen für den Beginn der Akutbehandlung nach Indikationsstellung. Eine frühzeitige Behandlung ist zwar generell sinnvoll, um Chronifizierungen von (psychischen) Erkrankungen zu vermeiden, hierfür sind jedoch Zeiten von bis zu zwei Wochen in der Regel nicht erfolgskritisch. Schließlich ist der Terminus der Fixierung psychischer Symptomatik unüblich und sollte bei Einführung einer neuen Leistung nicht als einer der zentralen Begriffe zur Beschreibung des Zieles dieser Leistung verwendet werden.

Als weiterer Anhaltspunkt für das Ziel der Akutbehandlung ergibt sich lediglich aus Satz 2, dass hierbei die Entlastung der Patienten von akuter Symptomatik mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln im Vordergrund steht. Satz 3 beschreibt dann konditional das Ziel der Akutbehandlung für den Fall, dass diese nicht ausreicht. In diesen Fällen sollen die Patienten entweder so stabilisiert werden, dass sie dann auf eine Behandlung nach § 15 vorbereitet werden können, wobei nicht deutlich wird, ob diese Vorbereitung auch in der Akutbehandlung stattfinden soll, oder dass den Patienten andere ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlungen empfohlen werden können.

Im Vergleich hierzu sind die Beschreibungen der Ziele und Maßnahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung in den Tragenden Gründen zu diesem Paragraphen weitaus präziser und eignen sich aus Sicht der BPTK deutlich besser für den Normtext der Richtlinie selbst. Hierbei werden folgende Merkmale benannt, die eine Indikation für die Akutbehandlung begründen und Hinweise geben auf die eigentlichen Ziele dieser Leistungen:

- Art und Akuität der psychischen Symptome, die einer zeitnahen psychotherapeutischen Behandlung bedürfen
- Akute psychische Krisen- und Ausnahmezustände
- Mögliche Selbst- und Fremdgefährdung

Neben den genannten Punkten sollten nach Auffassung der BPtK als Ziele und Aufgaben der psychotherapeutischen Akutbehandlung ergänzend die Vermeidung stationärer und teilstationärer Behandlungen, die Reduktion der Fremd- und Selbstgefährdung sowie die Reduktion der psychosozialen Beeinträchtigungen aufgrund der psychischen Erkrankungen einschließlich der Arbeits- und Schulfähigkeit aufgenommen werden.

Die bislang in den Tragenden Gründen verortete Anforderung an den Beginn der Akutbehandlung spätestens 14 Tage nach Indikationsstellung im Rahmen der Sprechstunde, welche nochmals die besondere Dringlichkeit der Behandlung unterstreicht, sollte als ein wesentlicher Regelungsinhalt direkt in den Normtext der Richtlinie aufgenommen werden.

Da es sich bei der Akutbehandlung um ein zeitlich limitiertes Versorgungsangebot handelt, welches insbesondere bei akut und schwer psychisch kranken Patienten zum Einsatz kommen soll, bei denen ggf. eine Krankenhausbehandlung erforderlich werden kann und die an signifikanten Beeinträchtigungen leiden, ist eine regelmäßige Überprüfung der Indikation für intensivere Behandlungsmaßnahmen erforderlich. Bei Fortbestehen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung ist dabei aus der Akutbehandlung heraus eine möglichst nahtlose Anschlussbehandlung zu organisieren.

Aufgrund der Besonderheiten im Vorgehen und in der Zielsetzung der psychotherapeutischen Akutbehandlung ist es nicht sachgerecht, die im Rahmen der Akutbehandlung erbrachten Stunden auf die Therapiekontingente nach § 28 anzurechnen. Absatz 5 kann daher ersatzlos gestrichen werden. Mit Blick auf eine sich ggf. anschließende psychotherapeutische Behandlung nach § 15 ist die Möglichkeit vorzusehen, dass nach der Akutbehandlung probatorische Sitzungen durchgeführt werden können, dies aber nicht verpflichtend ist. In vielen Fällen werden Psychotherapeut und Patient aufgrund der diagnostischen Informationen und der gemeinsamen Behandlungserfahrung aus der Akutbehandlung in der Lage sein, die Indikation für eine Behandlung nach § 15 unter Berücksichtigung zu stellen. Die diagnostischen und Behandlungsinformationen aus der Akutbehandlung ermöglichen es dabei zu beurteilen, ob eine ausreichende Therapiemo-

tivation vorliegt, die Indikation für die Behandlung mit einem bestimmten Psychotherapieverfahren gegeben ist, eine günstige Therapieprognose besteht und eine ausreichende Passung zwischen Psychotherapeut und Patient im Sinne eines guten Arbeitsbündnisses vorhanden ist.

Die BPTK schlägt daher vor, § 13 wie folgt zu fassen:

- (1) *Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist auf eine kurzfristige Besserung und Entlastung der Patientin bzw. des Patienten ausgerichtet, die aufgrund der Art, Schwere und Akuität der psychischen Symptomatik und Erkrankungen eine besonders zeitnahe Behandlung benötigen. Sie strebt dabei keine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung an, sondern dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände und der Vermeidung stationärer Behandlungen. Der Einschätzung der Selbst- und Fremdgefährdung und der Absprachefähigkeit der Patientin bzw. des Patienten ist dabei besonders Rechnung zu tragen. Darüber hinaus strebt die psychotherapeutische Akutversorgung die Vermeidung einer Verschlechterung und Chronifizierung der psychischen Symptomatik und die Reduktion der daraus resultierenden Beeinträchtigungen an, einschließlich der Schul- bzw. Arbeitsfähigkeit.*
- (2) *Die psychotherapeutische Akutbehandlung erfordert einen zeitnahen Behandlungsbeginn, der spätestens zwei Wochen nach Indikationsstellung im Rahmen der Sprechstunde zu erfolgen hat.*
- (3) *Kann im Rahmen der Akutbehandlung keine ausreichende Besserung erreicht werden, sodass weiterhin ein Behandlungsbedarf besteht, ist die Indikation für eine Psychotherapie nach § 15 sowie für andere ambulante, teilstationäre und stationäre Maßnahmen zu prüfen. Bei Indikation für eine sich an die Akutbehandlung anschließende Psychotherapie nach § 15 können probatorische Sitzungen entsprechend den Regelungen nach § 12 durchgeführt werden.*
- (4) *Die Akutbehandlung wird in der Regel als Einzelpsychotherapie durchgeführt. Die Akutbehandlung kann als Einzelpsychotherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens 24-mal im Krankheitsfall durchgeführt werden.*
- (5) *Die Akutbehandlung ist anzeigepflichtig gemäß § 32.*

IX. Einfügung § 14 „Rezidivprophylaxe“

Der G-BA wurde mit dem GKV-VSG beauftragt, in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes zu beschließen. Diese sollen insbesondere auch die Förderung der Rezidivprophylaxe zum Gegenstand haben, um damit – so die Gesetzesbegründung – eine optimierte psychotherapeutische Behandlung für chronisch kranke Patienten zu gewährleisten. Chronisch psychisch kranken Patienten bzw. Patienten mit rezidivierend auftretenden psychischen Erkrankungen sollen demnach auf flexiblere, für die individuelle Situation passgenaue Therapieangebote in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zurückgreifen können, um eine optimierte psychotherapeutische Behandlung zu erhalten.

Die BpTK begrüßt grundsätzlich, dass der G-BA mit dem vorliegenden Beschlussentwurf eine explizite Berücksichtigung der Rezidivprophylaxe in der Richtlinie vorsieht und diese in einem eigenen Paragraphen regelt. Auch ist den Aussagen des Absatzes 1 zuzustimmen, dass eine ambulante psychotherapeutische Behandlung nach § 15 besonders nachhaltig ist und sich durch sogenannte Carry-over-Effekte aus der psychotherapeutischen Behandlung im Sinne einer nachhaltigen Reduktion des Rückfallrisikos nach Beendigung einer Psychotherapie auszeichnet.

Entsprechend den Leitlinienempfehlungen, z. B. der NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al., 2015), erfolgt in den psychotherapeutischen Behandlungen regelhaft zur Stabilisierung des Therapieerfolges und zur Senkung des Rückfallrisikos nach Erreichen einer Remission der psychischen Erkrankung eine Erhaltungstherapie. Die Erhaltungstherapie, die generell zur Stabilisierung des Therapieerfolges und zur Verhinderung von Rückfällen im Anschluss an die Akutphase empfohlen wird, ist von der Rezidivprophylaxe zu unterscheiden, die im Gegensatz dazu nicht bei allen Patienten indiziert ist. Die Rezidivprophylaxe ist beispielsweise im Bereich der unipolaren Depression insbesondere bei Patienten indiziert, „die ein erhöhtes Risiko für ein Wiederauftreten der Depression aufweisen und/oder bei denen lebensgeschichtlich erworbene ungünstige, die Störung unterhaltende Einflussfaktoren und verminderte Bewältigungsressourcen

vorliegen, die zur Auslösung weiterer Krisen oder zur Chronifizierung beitragen können“. Insbesondere diejenigen Patienten mit mehreren zurückliegenden depressiven Episoden, einer chronischen depressiven Störung und die Patienten, die während dieser Episoden starke funktionelle Einschränkungen erlebten, bedürfen einer längerfristigen Weiterführung der Behandlung (Geddes et al., 2003; NICE, 2004).

Im Bereich der unipolaren Depression konnte gezeigt werden, dass durch eine psychotherapeutische Langzeitbehandlung eine Stabilisierung der in der Akutphase erzielten Behandlungseffekte und eine höhere Nachhaltigkeit erreicht werden kann (z. B. Frank et al., 1990; Fava et al., 2004). Eine zusätzliche psychotherapeutische Rezidivprophylaxe kann gemäß den Ausführungen der NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression vor allem nützlich sein, wenn:

- der Aufbau von Bewältigungsfertigkeiten indiziert ist;
- langfristige psychosoziale Belastungen vorliegen;
- die Remission einer vorher chronifizierten (> 2 Jahre) depressiven Störung vorliegt;
- Patienten für eine bestimmte Zeit frei von Medikation sein müssen;
- über die depressive Episode hinaus Störungen im Bereich der Beziehungen, der Selbst- oder der Gefühlsregulation vorliegen.

Nach Einschätzung der BPTK ist das Versorgungspotenzial durch spezifische Angebote der Rezidivprophylaxe und konsequente Nutzung der Erhaltungstherapie noch deutlich ausbaufähig.

In Absatz 2 des Beschlussentwurfs werden ausschließlich im Kontext der Langzeittherapie die Möglichkeiten des „Ausschleichens von Behandlungen“ zur Erhaltung der erreichten Ziele beschrieben, um damit zur Stabilisierung des Patienten und langfristigen Sicherung von Behandlungserfolgen beizutragen. Diese Möglichkeit des „Ausschleichens von Behandlungen“ beschreibt ein wirksames psychotherapeutisches Vorgehen, dessen explizite Aufnahme in die Richtlinie zu begrüßen ist. Sie stellt jedoch keine Verbesserung der bisherigen Versorgungssituation dar, da es bereits heute ein mit den Vorgaben der aktuell gültigen Fassung der Psychotherapie-Richtlinie vereinbares Vorgehen darstellt, welches in

der Praxis entsprechend zum Einsatz kommt. Auch die in Absatz 4 vorgesehene Regelung, dass die für die Rezidivprophylaxe vorgesehenen Stunden bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden können, stellt letztlich keine relevante Verbesserung der Versorgung dar, da hier vor allem der Ansatz des Ausschleichens der Behandlung unter Nutzung von bereits bewilligten Therapiestunden zum Tragen kommt. Zwar entfällt damit die Vorgabe, dass bei einer Therapiepause von mehr als einem halben Jahr eine Behandlung erneut zu beantragen ist, zugleich wird aber der Zeitraum, in dem die Rezidivprophylaxe (und ggf. auch Teile der Erhaltungstherapie) durchgeführt werden kann, auf einen Zwei-Jahres-Zeitraum begrenzt.

Psychotherapeutische Ansätze zur Vermeidung von Wiedererkrankungen, die beispielsweise den Einsatz von „Booster-Sessions“ vorsehen, gerade auch spezifisch im Zusammenhang mit Belastungssitzungen und mit einem größeren zeitlichen Abstand zur Akutbehandlung, lassen sich so nur begrenzt umsetzen. Dabei existiert eine Vielzahl von Evidenznachweisen bei unterschiedlichen psychischen Störungen für die Verbesserung von langfristigen Therapieergebnissen (insbesondere bei schwerer belasteten Patientengruppen) durch den Einsatz von sog. „Booster-Sessions“, die einem Wiederauffrischen von psychotherapeutisch erarbeiteten Bewältigungsmöglichkeiten nach dem Ende der Therapie entsprechen. Auch im Bereich der Angststörungen wurde der Einsatz von Booster-Sessions zur Rezidivprophylaxe erprobt, um die Behandlungserfolge zu stabilisieren und die Rezidivrate zu senken (bei Panikstörung: Brown et al., 1997; Brown u. Barlow, 1995; Clark et al., 1994; Margraf et al., 1993, bei GAD: Butler et al., 1991; bei sozialer Phobie: Clark et al., 2006; Mörtberg et al., 2006; Stangier et al., 2011).

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass der Umfang psychotherapeutischer Erhaltungstherapien, z. B. bei unipolarer Depression, sogar in empirischen Studien bei zehn bis 36 Sitzungen lag, verteilt über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten. Weiterhin kommen sowohl die Erhaltungstherapie als auch die Interventionen der Rezidivprophylaxe nicht nur bei Langzeittherapien, sondern auch bei Kurzzeittherapien zum Einsatz. Eine Beschränkung der Zulässigkeit der Rezidivprophylaxe auf die Patientengruppe, die eine Langzeittherapie

erhalten hat, stellt somit eine fachlich nicht gebotene Einschränkung des psychotherapeutischen Therapieangebotes für chronisch bzw. rezidivierend kranke Patienten gerade keine Flexibilisierung dar. So kann ein Patient mit einer dritten depressiven Episode ggf. von einer Kurzzeittherapie ausreichend profitiert haben, sodass auch eine Stabilisierung des Behandlungserfolges über einen bestimmten Zeitraum erreicht werden konnte. Dennoch bedürfte dieser Patient wegen des erhöhten Risikos, eine weitere depressive Episode zu erleiden, voraussichtlich einer Rezidivprophylaxe, gerade auch in bestimmten Risikokonstellationen in deutlichem zeitlichen Abstand zum Ende der Therapie.

Auch die Vorgaben in Absatz 3 zur Kontingentierung der Sitzungen für eine Rezidivprophylaxe können unter fachlichen Gesichtspunkten nicht nachvollzogen werden. Der erforderliche zeitliche Umfang der Rezidivprophylaxe lässt sich gerade nicht aus der Stundenzahl der erfolgten Behandlung ableiten, sondern ist bei dem Patienten individuell vor dem Hintergrund der spezifischen Fallkonstellation, der ggf. vorhandenen Residualsymptomatik und der Belastungsfaktoren einzuschätzen. Auch die Vorgabe in Absatz 3, dass die Beantragung einer alleinigen Rezidivprophylaxe nicht zulässig ist, kann vor dem Hintergrund der einschlägigen Leitlinienempfehlungen nicht nachvollzogen werden. Wenn bei Ausschöpfung des bislang bewilligten Kontingentes eine Erhaltungstherapie abgeschlossen worden ist und nur noch eine Rezidivprophylaxe indiziert ist, muss es möglich sein, die hierfür erforderlichen Behandlungsstunden beantragen zu können.

Zumal es unter fachlichen Gesichtspunkten auch nicht nachvollziehbar ist, warum bereits zu Behandlungsbeginn in dem Antrag zur Langzeittherapie sehr spezifische Aussagen zur erforderlichen Stundenzahl der Rezidivprophylaxe getroffen werden sollen bzw. wie eine solche Einschätzung zu einer Situation, die voraussichtlich erst in über einem Jahr eintreten wird, überhaupt fachlich begründet möglich sein soll. Der konkrete Behandlungsverlauf einschließlich Zeitpunkt der vollständigen Remission einer Erkrankung, des Beginns und des Endes der Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe kann unmöglich bereits zu Behandlungsbeginn detailliert vorhergesagt werden. Vielmehr sind im Behandlungsverlauf immer wieder Indikationsentscheidungen für das konkrete psychotherapeuti-

sche Vorgehen in Abhängigkeit des bisherigen Behandlungsverlaufes und der individuellen Problemlagen des Patienten zu treffen.

Insgesamt führen die Vorgaben des § 14 zur Rezidivprophylaxe zu zahlreichen bürokratischen Regelungen, die mit keinem patientenrelevanten Nutzen verbunden sind und die keine Flexibilisierung des Therapieangebotes und keine Optimierung der psychotherapeutischen Behandlung für chronisch kranke Patienten bedeuten. Patienten, die aufgrund der ausgeprägten Chronizität der Erkrankung oder dem besonderen Risiko für eine Wiedererkrankung eine langfristige Anbindung benötigen, z. B. Patienten mit psychotischen Erkrankungen, bipolaren Störungen, Autismusspektrumsstörungen, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen oder Borderline-Persönlichkeitsstörung sollte zeitnah eine flexible, an den Leitlinien orientierte Behandlung auch nach Abschluss einer psychotherapeutischen Behandlung angeboten werden können. Dies würde auch helfen, bei Patienten unnötige stationäre Aufenthalte zu vermeiden und eine ausreichende Versorgung dieser Patienten im ambulanten Setting gewährleisten zu können. Daher schlägt die BPTK vor, den § 14 zur Rezidivprophylaxe wie folgt zu fassen:

(1) *Psychotherapie nach § 15 beinhaltet grundsätzlich auch eine Erhaltungstherapie zur weiteren Stabilisierung eines erreichten Behandlungserfolges. Im Rahmen der Erhaltungstherapie kommen auch spezifische Konzepte und Interventionen zum Einsatz, die der Stärkung der Bewältigungsfähigkeiten der Patientin oder des Patienten für den Umgang mit kritischen Lebensereignissen und Belastungen dienen, um das Risiko für Rückfälle oder erneute Krankheitsepisoden zu reduzieren.*

(2) ¹*Die Rezidivprophylaxe kann nach Abschluss einer psychotherapeutischen Behandlung nach § 15 durchgeführt werden.* ²*Sie dient der längerfristigen Stabilisierung und Vermeidung eines erneuten Auftretens oder einer erneuten Verschlechterung der Symptomatik psychischer Erkrankungen, die mit dem besonderen Risiko des Auftretens von weiteren Krankheitsepisoden verbunden sind.*

(3) ¹*Sie kann durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten, die bzw. der die psychotherapeutische Behandlung nach § 15 bei der Patientin oder dem Patienten durchgeführt hat, insbesondere auch dann eingesetzt werden, wenn erneut erste Anzeichen einer weiteren Episode einer psychischen Erkrankung oder einer Verschlechterung einer persistierenden Symptomatik auftreten oder wenn*

bei der Patientin oder dem Patienten mit einer entsprechenden Krankheitsvorgeschichte akute psychosoziale oder somatische Belastungen auftreten, die das Risiko für einen ungünstigen Krankheitsverlauf deutlich erhöhen.

(4) *Die Rezidivprophylaxe kann als Einzelpsychotherapie in Einheiten von 25 Minuten höchstens 30-mal im Krankheitsfall durchgeführt werden.*

(5) *Die Rezidivprophylaxe ist anzeigepflichtig gemäß § 32.*

X. Änderung § 20 „Anwendungsformen“

Die BPTK begrüßt die unter Punkt 2 vorgenommene Korrektur, die dem Ziel dient, dass die Indikationsstellung für eine Behandlung im Gruppensetting nicht strenger ausgelegt wird als die Indikation für eine Behandlung im Einzelsetting. Hierfür ist es angemessen, darauf abzustellen, dass eine Gruppenpsychotherapie bzw. die damit verbundene Interaktion zwischen mehreren Patientinnen und Patienten therapeutisch förderlich ist. Auch die redaktionellen Änderungen in § 20, bei denen der Begriff „Kranke“ durch den Begriff „Patienten“ ersetzt wurde, sind im Sinne einer weniger stigmatisierenden Sprache zu begrüßen. In diesem Zusammenhang sei noch darauf hingewiesen, dass unter anderem an diesen Stellen noch eine Anpassung im Sinne einer geschlechtergerechten Formulierung nachzuholen ist.

Hinsichtlich der Änderung und Vereinheitlichung der Gruppengrößen ist zunächst die Erweiterung des Spektrums der zulässigen Gruppengröße in den psychoanalytisch begründeten Gruppenpsychotherapien auf drei bis neun Patienten zu begrüßen.

Dagegen kann die Begründung für die Anpassung bei der Vorgabe der zulässigen Gruppengröße in der Verhaltenstherapie nicht nachvollzogen werden. Es ist sicherlich zutreffend, dass sich die Verhaltenstherapie seit ihrer Aufnahme in die Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 1987 auch im Bereich der Gruppenpsychotherapie umfänglich weiterentwickelt hat. Allerdings sind weder das Argument der geeigneten Gruppengröße, die es braucht, damit die spezifischen Wirkfaktoren

der Gruppenpsychotherapie ihre Wirksamkeit entfalten können, noch der Hinweis auf die fehlenden Studien zu Behandlungsgruppen mit nur zwei Gruppenteilnehmern stichhaltig. Alle genannten Wirkfaktoren wie Rückmeldung erhalten, annehmen und geben, Unterstützung, Altruismus, Modelllernen, Rollenspiele lassen sich auch in einer Kleingruppe mit zwei Patienten realisieren. Dass sich in der Literatur keine Publikationen zur Gruppenpsychotherapie finden lassen, bei der die Gruppe spezifisch für nur zwei Personen konzipiert und durchgeführt wurde, lässt sich auch dadurch erklären, dass für dieses Kleingruppenformat mit nur zwei Teilnehmern kein zusätzlicher Nutzen gegenüber einer Gruppe aus drei oder vier Patienten erwartet wird und die Durchführung einer solchen Kleingruppe zugleich weniger ökonomisch für den Psychotherapeuten und die Studienautoren ist.

Für die ambulante psychotherapeutische Versorgung und die Förderung der Gruppenpsychotherapie wäre der Erhalt der aktuell gültigen Regelung jedoch hilfreich, weil diese es ermöglicht, dass eine Gruppenpsychotherapie mit einer Gruppengröße von drei oder vier Teilnehmern auch dann stattfinden kann, wenn ein bzw. zwei Gruppenmitglieder an einem Sitzungstermin nicht teilnehmen können. Darüber hinaus ist es bei Kleingruppen von zwei bis vier Patienten eher möglich, indikationsspezifische Gruppenpsychotherapie auch bei selteneren psychischen Erkrankungen durchzuführen, zum Beispiel für Patienten mit Autismusspektrumsstörungen, Geschlechtsdysphorie oder bei Patienten, bei denen psychotherapeutisch begleitete Expositionsübungen in der Gruppe indiziert sind. In diesen Fällen ist nicht zu erwarten, dass die Wirksamkeit der Behandlung durch die geringe Gruppengröße substantiell beeinträchtigt wird. Darüber hinaus ergeben sich hieraus keine ökonomischen Fehlanreize in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Die BPtK spricht sich daher dafür aus, dass zumindest für die Verhaltenstherapie die zulässige Gruppengröße auf den Bereich zwischen zwei und neun Patienten definiert wird.

XI. Änderung § 21 „Kombination von Anwendungsformen“

Die BPtK begrüßt, dass mit Einführung des neuen Absatzes 3 klargestellt wird, dass bei einer Änderung des Behandlungssettings während einer laufenden

Kurzzeittherapie diese Änderung der Krankenkasse lediglich anzuzeigen ist. Inwieweit dies jedoch tatsächlich eine substanzielle Flexibilisierung des Therapieangebotes und eine Förderung der Gruppenpsychotherapie bedeutet, hängt von der Regelung zum Antrags- bzw. Anzeigeverfahren bei der Kurzzeittherapie ab.

Uneindeutig erscheint der Regelungsinhalt der Einschränkung im Nebensatz von Satz 1, dass dies nicht gilt im Falle des Überschreitens des bewilligten Stundenkontingentes. Satz 2 sagt bereits, dass bei Langzeittherapie weiterhin ein Änderungsantrag zu stellen ist, wenn im Verlauf der Behandlung der Wechsel des Behandlungssettings geplant ist. Da ein Überschreiten des bewilligten Stundenkontingentes entweder den Wechsel von Kurzzeit- zu Langzeittherapie oder ein Überschreiten eines bereits bewilligten Stundenkontingentes innerhalb der Langzeittherapie bedeutet und in diesen Fällen ohnehin ein Antragsverfahren zum Tragen kommt, bei dem auch die Änderung des Settings zu beantragen wäre, wird nicht klar, für welche zusätzliche Fallkonstellation hier geregelt werden soll, dass hier weiterhin ein Änderungsantrag erforderlich sein soll.

Darüber hinaus befürwortet die BPTK, auch in der Langzeittherapie die Möglichkeiten des Wechsels des Behandlungssettings zu erleichtern und auch hier lediglich eine Änderungsanzeige für den Fall der Änderung des Behandlungssettings vorzusehen, damit Psychotherapeuten flexibler und bürokratieärmer auf den individuellen Behandlungsverlauf und die sich ggf. verändernde Bereitschaft des Patienten reagieren und fachlich indizierte Änderungen, z. B. zur Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie, zeitnah umsetzen können.

XII. Änderung § 27 „Behandlungsumfang und -begrenzung“

Unter fachlichen Gesichtspunkten ist es zwingend erforderlich, dass psychotherapeutische Behandlungen von Patientinnen und Patienten, bei denen z. B. wegen der Schwere der Erkrankung und der resultierenden Beeinträchtigungen, der Komorbidität oder der psychosozialen Belastungen eine Langzeittherapie indiziert ist, auch unmittelbar als Langzeittherapie beantragt werden können. Dabei wird es weiterhin die Fallkonstellation geben, dass in Ausnahmefällen nach den probatorischen Sitzungen noch nicht mit ausreichender Sicherheit der Behand-

lungsumfang, die Behandlungsfrequenz, das Behandlungssetting und die verfahrensspezifische Indikation festgelegt werden kann. Diese Festlegung sollte dann bei entsprechender Empfehlung des Gutachters erst nach einer Probetherapie erfolgen.

Absatz 1 Satz 2 sollte daher nicht gestrichen werden, sondern wie folgt gefasst werden:

„In Ausnahmefällen, in denen der Behandlungsumfang ~~und~~, die Behandlungsfrequenz, das Behandlungssetting und die verfahrensspezifische Indikation zu Beginn der Behandlung nicht mit ausreichender Sicherheit festgelegt werden kann, soll die Festlegung nach einer Probetherapie erfolgen.“

Hinsichtlich der Regelung in § 27 Absatz 3 verweisen wir an dieser Stelle auf den Vorschlag der BPTK, der unter XIII. Änderung § 28 „Therapieansätze in den Verfahren nach § 15“ dargestellt und erläutert wird.

Die neu eingefügte Regelung in § 27 Absatz 4 bezieht sich auf die intensive Einbeziehung von engen Bezugspersonen im Rahmen der verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologisch fundierten Einzelpsychotherapie, die auch in Doppelstunden durchgeführt werden kann. Aus Sicht der BPTK sollte auch bei dieser Regelung die Möglichkeit der intensiven Einbeziehung von engen Bezugspersonen nicht von vorneherein auf die Partnerin, den Partner und Familienmitglieder beschränkt werden.

Die BPTK schlägt daher vor, Absatz 4 wie folgt zu ändern:

„(4) Im Rahmen der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und Verhaltenstherapie können Behandlungen als Einzelpsychotherapie der ~~Indexpatientin~~ oder des ~~Indexpatienten~~ auch in Doppelstunden bei intensiver Einbeziehung von ~~Partnerin oder Partner oder Familie~~ engen Bezugspersonen durchgeführt werden. Bei der Psychotherapie von Erwachsenen werden die entsprechenden Stunden auf das Gesamtkontingent angerechnet.“

In Absatz 5 wird für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie festgelegt, in welchen Fällen diese als Einzelpsychotherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden kann. Eine Beschränkung auf die Methode der niederfrequenten Therapie in einer längerfristigen, haltgewährenden therapeutischen Beziehung als Sonderform der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist dabei aus Sicht der BPtK nicht zielführend und würde für dieses Psychotherapieverfahren eine flexible Ausgestaltung der Behandlung entsprechend den individuellen Behandlungserfordernissen des Patienten verhindern. Auch eine Erweiterung dieser Regelung um die Kurzzeittherapie wie im Vorschlag des GKV-SV bzw. im Vorschlag der KBV zu § 28 Ziffer 1 würde dem nicht ausreichend Rechnung tragen. Die BPtK spricht sich daher dafür aus, Absatz 5 zu streichen und in Absatz 6 (der zu Absatz 5 wird) das Wort „kann“ durch die Wörter „und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie können“ zu ersetzen.

XIII. Änderung § 28 „Therapieansätze in den Verfahren nach § 15“

In § 27 Absatz 1 (alt § 23) wird dargelegt, dass *„es sowohl unter therapeutischen als auch unter wirtschaftlichen Aspekten erforderlich ist, nach Klärung der Diagnose und Indikationsstellung vor Beginn der Behandlung den Behandlungsumfang und die Behandlungsfrequenz festzulegen, damit sich die Patientin oder der Patient und die Therapeutin oder der Therapeut darauf einrichten können.“* Diese Regelung der Psychotherapie-Richtlinie soll gemäß Beschlussentwurf zu Recht auch weiterhin Bestand haben.

Eine Flexibilisierung des psychotherapeutischen Therapieangebotes, wie vom Gesetzgeber gefordert, muss beinhalten, dass Patienten künftig noch stärker als bisher ein ihren individuellen Behandlungsbedürfnissen entsprechendes Behandlungsangebot erhalten können. Das muss für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen und psychosozialen Belastungen oder weiteren behandlungsbedürftigen komorbiden psychischen Erkrankungen bedeuten, dass sie

nach entsprechender diagnostischer Abklärung und Indikationsstellung ein Behandlungsangebot der erforderlichen Dauer und Frequenz sowie der gebotenen Komplexität erhalten können. So sollten beispielsweise Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei denen ggf. eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie indiziert ist, direkt im Rahmen einer Langzeittherapie behandelt werden können. Zahlreiche klinische Studien zur psychotherapeutischen Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung sehen in diesem Sinne Behandlungsdauern vor, die der Langzeittherapie entsprechen (u. a. Amianto et al., 2011; Bateman et al., 1999, 2009; Cottraux et al., 2009; Dohring et al., 2010; Giesen-Bloo et al., 2006; Harned et al., 2014; Jorgensen et al., 2013; Leppanen et al., 2015; Linehan et al., 2006; Nadort et al., 2009; Priebe et al., 2012). Auch bei vielen anderen Krankheitsbildern gibt es gute Belege dafür, dass aufgrund der Schwere der Erkrankungen und dem Grad der Beeinträchtigung längere Behandlungen erforderlich sind, um ausreichende Therapieeffekte erreichen zu können (Altmann et al., 2014; Lock et al., 2005; Knekt et al., 2016; Leichsenring et al., 2008, 2013; Perry et al., 1999, Stiles et al., 2015). Im Zusammenhang mit der Entwicklung der NICE-Leitlinie zu Zwangsstörungen konnte beispielsweise gezeigt werden, dass die Anzahl der Therapiestunden pro Patient signifikant die Wirksamkeit der Intervention vorhersagt. In der Leitlinie wurde der Schluss gezogen, dass eine Dosis-Wirkungs-Beziehung besteht und Therapien, die mehr als 30 Stunden umfassen, bessere Ergebnisse erbringen als kürzere Therapien (NICE, 2006). Auch bei Posttraumatischen Belastungsstörungen, insbesondere bei multiplen Traumatisierungen und Formen der komplexen PTBS, sind regelhaft längere Behandlungsdauern erforderlich und die betroffenen Patientinnen und Patienten benötigen einen gesicherten Behandlungsrahmen, um sich auf eine traumafokussierte Behandlung einlassen und ausreichend profitieren zu können (Flatten et al., 2011). Ferner legt auch die NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression dar, dass psychotherapeutische Behandlungen längerer Dauer, bei denen eine Erhaltungstherapie über einen Zeitraum von acht bis 12 Monaten nach Abschluss der Akuttherapie fortgeführt wurde, bessere Behandlungsergebnisse und geringere Rückfallraten bewirken (de Jong-Meyer et al., 2007; DGPM, 2002; Oestergaard & Møldrup, 2011; DGPPN et al., 2015).

Die Strukturreform der ambulanten Psychotherapie sollte daher im Ergebnis dazu führen, dass die Möglichkeiten der passgenauen individuellen Indikationsstellung und Zuweisung zu dem bisherigen Spektrum der Richtlinien­therapie von Kurzzeit­therapie im Einzel- oder Gruppensetting, der Langzeit­therapie im Einzel- oder Gruppensetting und der Langzeit­therapie in der Kombination aus Einzel- und Gruppen­psychotherapie unvermindert fortbestehen, aber um weitere flexible Angebote wie die Sprechstunde oder die psychotherapeutische Akut­behandlung ergänzt werden. Der Vorschlag der KBV zur Änderung des § 28 wird dieser Vorgabe weitgehend gerecht, während der Vorschlag des GKV-SV eine weitere Engführung und Standardisierung der Behandlungsangebote zum Ziel hat.

So schlägt der GKV-SV vor, dass alle Behandlungen, losgelöst von der Schwere und Komplexität der Erkrankungen und der daraus resultierenden Behandlungsbedarfe, grundsätzlich als Kurzzeit­therapie begonnen werden. Dabei ist die vom GKV-SV vorgeschlagene Aufteilung der Kurzzeit­therapie in zwei Abschnitte à 12 Sitzungen willkürlich und wird nicht von belastbarer Evidenz gestützt. Der GKV-SV rekurriert hierzu in den Tragenden Gründen auf die Dosis-Wirkungs-Forschung im Bereich der Psychotherapie und verweist unter Bezugnahme auf einen Review von Hansen, Lambert und Forman (2002) darauf, dass den Ergebnissen der Dosis-Wirkungs-Studien zu entnehmen sei, dass zwischen 57 und 67 Prozent der Patienten nach durchschnittlich 12,7 Sitzungen ambulanter Psychotherapie eine signifikante Besserung erreicht hätten. Dagegen berichten dieselben Autoren in ihrer Publikation aus dem Jahr 2003, dass durchschnittlich 15 bis 19 Sitzungen erforderlich seien, damit 50 Prozent der Patienten eine klinisch bedeutsame Besserung erreichen (Hansen & Lambert, 2003).

Unabhängig davon unterstellt der Ansatz unzutreffender Weise, dass aus diesen Ergebnissen der Dosis-Wirkungs-Forschung in der Psychotherapie zu Response-raten im zeitlichen Verlauf Empfehlungen von Therapiedauern abgeleitet werden könnten. Dabei wird hier nur beschrieben, nach welcher Behandlungszeit ein bestimmter Anteil von Patienten eine klinische relevante Besserung erreicht hat. Dies bedeutet allerdings weder, dass die Patienten eine vollständige Remission ihrer Erkrankung erreicht haben, geschweige denn dass diese Patienten eine ausreichend lange Erhaltungstherapie erhalten haben, um langfristig stabile Be-

handlungsergebnisse zu erzielen und das Rückfallrisiko wirksam zu senken. Die Relevanz einer ausreichenden Behandlung bis zur vollständigen Remission ist vielfach in Studien gezeigt worden (z. B. Kühner et al., 2013) und spiegelt sich auch in den entsprechenden Leitlinienempfehlungen wider (z. B. NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression). Darüber hinaus wird dieser Ansatz den Behandlungsbedarfen mit einer exklusiven Fokussierung auf die Symptombelastung nicht gerecht. Anderen patientenrelevanten Outcomes, die im Vergleich der Symptomverbesserung typischerweise eine langsamere Entwicklung nehmen, insbesondere interpersonelle Probleme, Beeinträchtigung der psychosozialen Funktionen und Lebensqualität, ist bei der Frage nach angemessenen Behandlungsdauern als weiteren wesentlichen Dimensionen zwingend Rechnung zu tragen. Schließlich sei darauf hingewiesen, dass die Behandlungsverläufe und Veränderungskurven der Symptombelastung und des Funktionsniveaus zwischen den Patienten variabel sind und Patienten mit einer initialen deutlichen Besserung und einer längeren „Platteauphase“ häufig weitere Verbesserungen in der späteren Phase der Therapie erzielen können, während andere einen langsameren, kontinuierlichen Heilungsprozess zeigen (Owen et al., 2015).

Letztlich verursacht der Ansatz des GKV-SV, die Kurzzeittherapie in zwei anzeigepflichtige Abschnitte à 12 Sitzungen aufzuteilen, lediglich einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand durch eine zusätzliche zweite Anzeige bei den Krankenkassen, dass die sogenannte KZT 2 begonnen wird. Diese Untergliederung mit zusätzlichem bürokratischen Aufwand ist mit keinerlei weiteren Konsequenzen, geschweige denn einer fachlich sinnvollen Steuerungswirkung verbunden. Sie steht damit auch im Widerspruch zu dem gesetzlichen Auftrag des GKV-VSG, das Antrags- und Gutachterverfahren zu vereinfachen.

Dabei zeigen die Abrechnungsdaten zur Kurzzeittherapie sehr deutlich, dass eine solche Unterteilung in zwei Abschnitte à 12 Sitzungen weder erforderlich noch zweckmäßig ist (Multmeier, 2014). Zum einen werden die bewilligten Stundenkontingente in der Kurzzeitpsychotherapie bei den meisten Patienten nicht vollständig ausgeschöpft, sondern die Behandlungsdauern variieren in der Versorgungspraxis ganz erheblich. Vieles spricht dafür, dass die Behandlungsdauern dem individuellen Bedarf des Patienten angepasst werden und sich nicht an den

Kontingengrenzen orientieren. Zum anderen benötigen die meisten Patienten auch in der Kurzzeittherapie mehr als 12 Sitzungen. Nach einer Auswertung der KBV liegt der Median für Kurzzeittherapien in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bei 20 Sitzungen. Schließlich erschwert die Aufteilung in zwei Abschnitte eine flexible, an den individuellen Behandlungsbedarfen orientierte Behandlungsplanung. So wäre beispielsweise eine prolongierte Exposition im Rahmen einer mehrstündigen verhaltenstherapeutischen Sitzung um die 12. Sitzung aufgrund des erneuten Anzeigeverfahrens erschwert.

Die BPK befürwortet daher insgesamt hier den Regelungsvorschlag der KBV.

Allerdings hält die BPK ergänzend weitere Maßnahmen zur Förderung der Gruppenpsychotherapie für erforderlich, welche an dieser Stelle verortet werden können. In den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf wird auf Seite 33 aufgelistet, in welchen Regelungszusammenhängen die Zielsetzung des Gesetzgebers zur Förderung der Gruppenpsychotherapie aufgegriffen wurde. Mit Ausnahme der Regelung im § 34 zum Wegfall der Gutachterpflicht für Kurzzeittherapie im Gruppensetting werden mit den aufgelisteten Änderungen lediglich einzelne kleinere Details des Regelungsrahmens für die Gruppenpsychotherapie adressiert, die voraussichtlich nicht geeignet sein dürften, um eine wesentliche Erhöhung des Anteils an gruppenpsychotherapeutischen Leistungen am ambulanten psychotherapeutischen Leistungsgeschehen insgesamt zu bewirken. Um die Rahmenbedingungen der Gruppenpsychotherapie im Antrags- und Genehmigungsverfahren maßgeblich zu verbessern, spricht sich die BPK daher dafür aus, dass bei Beantragung einer Langzeittherapie als Gruppenpsychotherapie und bei Umwandlung einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie als Gruppenpsychotherapie das Gutachterverfahren nicht obligatorisch vorgeschrieben wird. Dies würde es den Gruppenpsychotherapeutinnen und Gruppenpsychotherapeuten ermöglichen, auch schwerer beeinträchtigten Patienten, die einer längeren Behandlung bedürfen, niederschwelliger ein bedarfsangemessenes Angebot der Langzeittherapie im Gruppensetting zu unterbreiten, ohne dabei regelhaft den erheblichen Zusatzaufwand der umfassenden Berichtspflicht gegenüber dem Gutachter tragen zu müssen. Gerade bei dieser Patientengruppe, die von einer Langzeittherapie im Gruppensetting profitieren kann, stellt das Einsetzen des

Gutachterverfahrens nach der Kurzzeittherapie in der gruppenpsychotherapeutischen Versorgung eine vermeidbare Barriere dar. Erfahrungen aus IV-Verträgen, bei denen auf das Gutachterverfahren für die Gruppenpsychotherapie verzichtet wurde, zeigen, dass durch solche Maßnahmen der Anteil gruppenpsychotherapeutischer Leistungen ganz erheblich gesteigert werden kann (Schütz, 2013). Die Effekte der vorgeschlagenen Aufhebung des Gutachterverfahrens für die Langzeittherapie als Gruppenpsychotherapie auf die Inanspruchnahme der Gruppenpsychotherapie sollte dann analog der bereits beschlossenen Evaluation nach § 21 Absatz 4 ebenfalls geprüft und evaluiert werden.

Die BPtK schlägt daher vor, innerhalb des Regelungsvorschlages der KBV zu § 28 eine neue Ziffer 3 einzufügen und einen Absatz 2 zu ergänzen:

(1) Folgende Therapieansätze sind möglich:

- 1. Kurzzeitpsychotherapie bis zu 25 Stunden als Einzelpsychotherapie in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und in der Verhaltenstherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (Antragsverfahren);*
- 2. Kurzzeitpsychotherapie bis zu 25 Stunden als Gruppenpsychotherapie (Antragsverfahren);*
- 3. Langzeitpsychotherapie als Gruppenpsychotherapie (Antragsverfahren);*
- 4. Langzeitpsychotherapie mit einer Stundenzahl nach § 29, die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Psychotherapieverfahren in der Antragsbegründung festzulegen ist (Antragsverfahren mit Begutachtung);*
- 5. Die Umwandlung einer Kurzzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie in die Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie muss bis zur zwanzigsten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt und zugleich das Gutachterverfahren eingeleitet werden;*
- 6. Probepsychotherapie als Bestandteil der Langzeitpsychotherapie auf Antrag oder nach Empfehlung der Gutachterin oder des Gutachters für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder ana-*

lytische Psychotherapie bis zu 25 Stunden, für Verhaltenstherapie bis zu 15 Stunden (Antragsverfahren mit Begutachtung).

- (2) *Der G-BA überprüft innerhalb von 4 Jahren nach Inkrafttreten der Regelung deren Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der Gruppenpsychotherapie.*

Als Folge des Regelungsvorschlages ergeben sich dann auch Anpassungsnotwendigkeiten bei § 27 Absatz 3, § 33 Absatz 1 und Absatz 3 und § 34:

§ 27 Behandlungsumfang und -begrenzung

- (3) *Die Psychotherapiestunde im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie umfasst mindestens 50 Minuten. Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie entsprechen die zur Verfügung gestellten Kontingente und die Regelungen des Antragsverfahrens nach § 33 denen der überwiegend durchgeführten Anwendungsform.*

§ 33 Antragsverfahren

- (1) ¹*Die Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie nach § 15 erfolgt durch die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten. ²Zu diesem Antrag teilen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor der Behandlung der Krankenkasse die Diagnose mit, begründen die Indikation und beschreiben Art und Umfang der geplanten Psychotherapie. ³Wird ein Antrag auf Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie gestellt oder soll eine Kurzzeittherapie als Einzelpsychotherapie in eine Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie umgewandelt werden, so soll dieser Antrag neben den Angaben zu Diagnose, Indikation sowie Art, Umfang, Frequenz und Prognose der geplanten Psychotherapie auch einen fallbezogenen Behandlungsplan enthalten (Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter). ⁴Die Krankenkasse hat über ei-*

nen Antrag nach Satz 1 spätestens mit Ablauf von 3 Wochen, über einen Antrag nach Satz 3 spätestens mit Ablauf von 5 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. ⁵Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten, etwa weil der Antrag ergänzungs- oder klarstellungsbedürftig ist, oder der Sachverhalt eine überdurchschnittliche Komplexität aufweist, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung hinreichender Gründe und Übermittlung eines angemessenen neuen Entscheidungstermins rechtzeitig schriftlich mit. ⁶Erfolgt bis zum Ablauf der Frist nach Satz 4 keine solche Mitteilung oder verstreicht der neue Entscheidungstermin nach Satz 5 fruchtlos, gilt die beantragte Leistung als zur Erbringung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Sinne dieser Richtlinie genehmigt, dies gilt nicht für Leistungen, die nicht nach dieser Richtlinie zulasten der Krankenkassen erbracht werden können.

(1a) ...

(2) ...

(3) ¹Ist die Psychotherapie gemäß § 28 Absatz 1 Nummer 12 und 23 mit den dort festgelegten Leistungen nicht erfolgreich abzuschließen und soll die Psychotherapie deshalb fortgesetzt werden, bedarf es eines Antrages auf Feststellung der Leistungspflicht. ²Sofern ein Gutachter mit der Prüfung beauftragt wird, sind der Behandlungsverlauf, der erreichte Therapieerfolg und die ausführliche Begründung zur Fortsetzung der Behandlung einschließlich der prognostischen Einschätzung darzustellen.

(4) ...

§ 34 Gutachterverfahren

¹Bei Psychotherapie gemäß § 15 sind Anträge auf Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie zu begründen; in Ausnahmefällen gilt dies auch für Kurzzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie und Langzeitpsychotherapie als Gruppenpsychotherapie nach § 13 Absatz 4 Satz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung. Die Krankenkasse kann Anträge auf Fortfüh-

rung einer Langzeitpsychotherapie durch eine Gutachterin oder einen Gutachter prüfen lassen. Im Falle der Ablehnung der Fortführung der Langzeitpsychotherapie muss die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme einholen, sofern die formalen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt sind. Die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut hat den Konsiliarbericht im verschlossenen Umschlag dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter beizufügen.

XIV. Änderung § 29 „Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15“

Die BPK begrüßt die in § 29 vorgenommene Verschlinkung des Gutachterverfahrens durch die Zusammenlegung von zwei Bewilligungsschritten in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie, die dazu führt, dass bei einem Antrag auf Langzeittherapie im Einzel- oder Gruppensetting in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (bei Erwachsenen) und der Verhaltenstherapie in dem ersten Bewilligungsschritt einheitlich zunächst 60 Stunden beantragt werden. Dies erscheint auch angemessen angesichts der bisherigen Erfahrungen in der Langzeittherapie, nach der die Behandlungskontingente in der Regel nicht ausgeschöpft werden, sondern die Therapiedauer an den individuellen Behandlungsbedarf vor dem Hintergrund des jeweiligen Behandlungsverlaufes angepasst wird. Es erscheint weiterhin sachgerecht, dass das Gutachterverfahren bei einem erneuten Verlängerungsantrag nicht obligatorisch stattzufinden hat, sondern es im Ermessen der Krankenkassen liegt, ob ein erneutes Gutachten eingeholt werden soll. In diesem Sinne begrüßt die BPK auch die Einfügung der Sätze 3 und 4 in § 34 „Gutachterverfahren“ einschließlich der Regelung, dass im Falle einer Ablehnung der Fortführung einer Langzeittherapie die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme einholen muss.

XV. Änderung § 32 „Anzeigeverfahren“

Die Einrichtung eines reinen Anzeigeverfahrens ist insbesondere für die psychotherapeutische Akutbehandlung zu begrüßen. Dieses gewährleistet, dass entsprechend der gegebenen Dringlichkeit der Behandlung zeitnah innerhalb längstens zwei Wochen nach Indikationsstellung im Rahmen der Sprechstunde mit der Behandlung begonnen werden kann. Mit Einführung der Akutbehandlung ist es nach Auffassung der BpTK nicht erforderlich, das Anzeigeverfahren auch auf die Kurzzeittherapie zu erstrecken, da dringende zeitnahe Behandlungen durch die Akutbehandlung in jedem Fall sichergestellt werden können. Durch den geplanten generellen Wegfall des Gutachterverfahrens im Antrags- und Genehmigungsverfahren zur Kurzzeittherapie und auch vor dem Hintergrund der gesetzlichen Fristen, die nach Vorschlag des Unparteiischen Vorsitzenden des Unterausschusses Psychotherapie in § 33 Absatz 1 Satz 4 bis 6 aufgenommen werden, ist ein für die anderen Fallkonstellationen hinreichend schneller Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung sichergestellt.

XVI. Änderung § 33 „Antragsverfahren“

Hinsichtlich der Formulierungen in § 33 Absatz 1 und 3 verweisen wir an dieser Stelle auf die entsprechenden Vorschläge der BpTK, die unter XIII. Änderung § 28 „Therapieansätze in den Verfahren nach § 15“ dargestellt und erläutert werden.

Darüber hinaus stimmt die BpTK dem Vorschlag des Unparteiischen Vorsitzenden des Unterausschusses Psychotherapie zu, in § 33 Absatz 1 Satz 4 bis 6 die Regelungen zu den gesetzlichen Fristen bei der Beantragung von Leistungen zulasten der GKV in den Normtext der Richtlinie aufzunehmen und damit für den konkreten Anwendungsfall der Beantragung von ambulanten Psychotherapien die Rechtssicherheit der antragstellenden Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

XVII. Änderung § 34 „Gutachterverfahren“

Hinsichtlich der Formulierung des § 34 verweisen wir an dieser Stelle auf den entsprechenden Vorschlag der BPTK, der unter XIII. Änderung § 28 „Therapieansätze in den Verfahren nach § 15“ dargestellt und erläutert wird.

Wie bereits im Zusammenhang mit der Stellungnahme zur Änderung des § 29 ausgeführt, begrüßt die BPTK, dass entsprechend dem Regelungsvorschlag in Satz 3 die Krankenkasse Anträge auf Fortführung einer Langzeittherapie durch eine Gutachterin oder einen Gutachter prüfen lassen kann, aber nicht muss. Zugleich ist es sachgerecht, dass eine Ablehnung eines Fortführungsantrages die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme voraussetzt und nicht in das Ermessen der Krankenkasse gestellt werden kann.

Widersprüchlich in § 34 des Beschlusssentwurfs erscheint dagegen die Einfügung in Satz 1 mit dem Verweis auf § 13 Absatz 4 Satz 3 der Psychotherapievereinbarung. Danach kann die Krankenkasse grundsätzlich jeden Antrag einem Gutachter zur Prüfung übergeben, sofern sie dies für erforderlich hält. Der § 34 Satz 1 zweiter Halbsatz wird dagegen ausdrücklich auf Ausnahmefälle abgestellt, bei denen von der Krankenkasse eine Prüfung des Antrages durch eine Gutachterin oder einen Gutachter veranlasst werden kann. Hier erscheint eine Anpassung der Psychotherapie-Vereinbarung erforderlich, aus der die Ausnahmetatbestände für eine Prüfung des Antrages auf Kurzzeittherapie auf Veranlassung durch die Krankenkasse hervorgehen.

XVIII. Änderung § 35 „Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter“

Die BPTK begrüßt grundsätzlich die im Beschlusssentwurf vorgeschlagenen Änderungen der Regelungen zur Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter. Aus Sicht der BPTK ist es der Versorgungssituation und der Entwicklung der psychoanalytisch begründeten Verfahren angemessen, dass für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eigene Gutachter bestellt werden und für diese keine Doppelqualifikation in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analyti-

scher Psychotherapie vorausgesetzt wird. Auch für den Bereich der Begutachtung von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen sollten analog dem Regelungsvorschlag für den Bereich der Behandlung von Erwachsenen eigene Gutachter bestellt werden, die über eine abgeschlossene Weiterbildung bzw. einen Fachkundenachweis in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie verfügen und eine mindestens dreijährige und zum Zeitpunkt der Bestellung auch aktuelle Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nachweisen können.

Für den Bereich der Begutachtung der analytischen Psychotherapie erscheint es dagegen vor dem Hintergrund, dass bei Erwachsenen etwa die Hälfte der Behandlungen mit analytischer Psychotherapie als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie begonnen wurden, sachgerecht die entsprechende Qualifikation bzw. den Fachkundenachweis sowohl für die analytische Psychotherapie als auch für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie vorauszusetzen.

Weiterhin befürwortet die BPTK, dass für die Begutachtung von Anträgen zur Gruppenpsychotherapie grundsätzlich auch eine Qualifikation im Bereich der Gruppenpsychotherapie in dem jeweiligen Verfahren vorliegen muss und eigene Behandlungserfahrung in der Gruppenpsychotherapie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nachzuweisen ist. Allerdings sollten die Kriterien 3 bis 6 nicht Eins zu Eins von der Einzelpsychotherapie auf die Gruppenpsychotherapie übertragen werden, damit für die Begutachtung von Anträgen zur Gruppenpsychotherapie auch hinreichend Gutachter in den drei Richtlinienverfahren zur Verfügung stehen, und nicht diejenigen Psychotherapeuten, die in größerem Umfang an der ambulanten gruppenpsychotherapeutischen Versorgung teilnehmen, ihr eigenes gruppenpsychotherapeutisches Angebot in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in erheblichem Umfang zugunsten der Gutachtertätigkeit reduzieren müssen.

Hinsichtlich der von den Gutachtern zu erfüllenden Kriterien wurde das Kriterium 6. des Nachweises einer mindestens dreijährigen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet des jeweiligen Psychotherapiever-

fahrens um die aktuelle Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem entsprechenden Gebiet erweitert. Dies ist aus Sicht der BPTK sachgerecht, damit das Gutachterverfahren im Sinne eines Peer-Review durch erfahrene psychotherapeutische Kolleginnen und Kollegen weiterentwickelt werden kann, die selbst weiterhin an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Dies erscheint nicht zuletzt auch mit Blick auf die durch die vorgesehene Strukturreform der ambulanten Psychotherapie angestoßenen Veränderungen im ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsgeschehen sinnvoll. Hierbei befürwortet die BPTK, die aktuelle Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, fest vorzuschreiben und auf eine Aufweichung dieses Kriteriums durch das Wort „grundsätzlich“ gemäß Vorschlag der KBV zu verzichten. Bei der Umsetzung wird darauf zu achten sein, dass ausreichend Gutachter bestellt werden, damit diese nicht aufgrund der überhöhten Zahl an zu erbringenden Gutachten gezwungen sind, ihre Praxistätigkeit zu stark einschränken zu müssen.

Dagegen sollte nach Auffassung der BPTK das Kriterium 7. „der Gutachter soll zu Beginn der Gutachtertätigkeit grundsätzlich nicht älter als 55 Jahre sein“ aus rechtlichen Gründen ersatzlos gestrichen werden. Die Anknüpfung an das Alter könnte eine Diskriminierung älterer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darstellen, die möglicherweise verfassungsrechtlich nicht haltbar ist und unter fachlichen Gesichtspunkten vor dem Hintergrund der beruflichen Erfahrung älterer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch nicht geboten erscheint. Insbesondere bei Umsetzung des Vorschlages des GKV-SV zu Kriterium 6., mit dem sichergestellt wird, dass die Gutachterinnen und Gutachter aktuell an der vertragsärztlichen Versorgung auf dem jeweiligen Gebiet des Psychotherapieverfahrens nach § 15 teilnehmen, ist eine Regelung, die den Einstieg in die Gutachtertätigkeit von älteren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten begrenzt, nicht mehr erforderlich, da so eine fortbestehende Verankerung in der vertragsärztlichen Versorgung ausreichend gewährleistet werden kann.

XIX. Änderung § 37 „Schriftliche Dokumentation“

Die Vorgaben des § 37 Absatz 1 zur schriftlichen Dokumentation sind für Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten bereits aufgrund der berufsrechtlichen Verpflichtungen in den Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammer verbindlich. Gemäß § 9 Absatz 2 der Muster-Berufsordnung sind Psychotherapeuten verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Entsprechend muss auch aus berufsrechtlicher Sicht die individuelle Patienteninformation gemäß § 11 Absatz 15 Bestandteil der Patientenakte sein (Stellpflug & Berns, 2015).

Dagegen ist es mit Blick auf die informationelle Selbstbestimmung des Patienten nicht angemessen, dass die Krankenkasse standardmäßig das Beratungsergebnis der Sprechstunde zur Information erhalten soll. Der Hinweis, dass dies unter Beachtung des Datenschutzes geschehen soll, ist hierbei nicht ausreichend, da Unklarheiten, welche Informationen aufgrund des Datenschutzes den Krankenkassen nicht zur Verfügung gestellt werden dürfen, vorprogrammiert erscheinen. Nach § 100 SGB X dürfen Datenerhebungen bei den Leistungserbringern und Datenübermittlungen der Leistungserbringer an die Sozialleistungsträger nur im Einzelfall zur Erfüllung der Aufgaben der Kasse erfolgen und auch nur, wenn der Patient ausdrücklich eingewilligt hat oder die Datenübermittlung ausdrücklich per Gesetz zugelassen ist. Im SGB V ist jedoch keine Übermittlung der Informationen aus der Sprechstunde an die Krankenkassen vorgesehen. Hinzu kommt, dass § 100 SGB X auch nur die zweckgebundene Datenübermittlung zur Aufgabenerfüllung im Einzelfall gestattet, nicht jedoch – wie hier vom GKV-SV angestrebt – eine allgemeine Information. Die BPTK schließt sich daher dem Vorschlag der Patientenvertretung an, in Absatz 2 klarzustellen, dass gemäß § 294 ff. SGB V ausschließlich abrechnungsrelevante Daten an die Krankenkassen weiterzuleiten sind und die individuelle Patienteninformation zu diesem Zweck nicht verwendet werden darf.

XX. Änderung § 38 „Einsatz der Dokumentationsbögen“

Im Zuge der aktuellen Änderungen soll der Auftrag aus der Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung vom 11.12.1998 umgesetzt werden, Dokumentationsstandards für die ambulante Psychotherapie festzulegen. Hierzu sollen Dokumentationsbögen genutzt werden, die gemeinsam mit dem Patienten zu Behandlungsbeginn und zu Behandlungsende ausgefüllt werden sollen.

Für das Stellungnahmeverfahren erscheint es ausgesprochen problematisch, dass die Entwicklung und Auswahl der spezifischen Inhalte der Standarddokumentation und die Operationalisierung der Informationserfassung in den Tragenen Gründen weder dargestellt noch begründet werden. Insbesondere mangelt es an einer Darstellung der Erforderlichkeit der Erhebung der personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten in der ambulanten Psychotherapie für die Zwecke der Qualitätssicherung nach § 299 SGB V. § 299 Absatz 1 Satz 2 und 3 bestimmt hierzu:

In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Leistungserbringern zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der Festlegung der Daten nach Satz 2 in Abhängigkeit von der jeweiligen Maßnahme der Qualitätssicherung insbesondere diejenigen Daten zu bestimmen, die für die Ermittlung der Qualität von Diagnostik oder Behandlung mit Hilfe geeigneter Qualitätsindikatoren, für die Erfassung möglicher Begleiterkrankungen und Komplikationen, für die Feststellung der Sterblichkeit sowie für eine geeignete Validierung oder Risikoadjustierung bei der Auswertung der Daten medizinisch oder methodisch notwendig sind.

Ohne eine stringente Darlegung der Erforderlichkeit der Erhebung der Daten sind die Vorgaben nach § 38 in Kombination mit den Dokumentationsbögen als Anlage 2 der Psychotherapie-Richtlinie nach Einschätzung der BPTK nicht rechtskonform.

Ferner sieht die Regelung in § 38 eine Vollerhebung bei allen Patientinnen und Patienten vor, die eine Richtlinienpsychotherapie gemäß § 15 erhalten. Nach § 299 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 besteht hierbei wiederum eine gesonderte Begründungspflicht:

Abweichend von Satz 4 Nummer 1 können die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen

- 1. auch eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patienten vorsehen, sofern dies aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen, die als Bestandteil der Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen dargelegt werden müssen, erforderlich ist.*

Wenn also wie in § 38 eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patientinnen und Patienten vorgesehen ist, bedarf es der Darlegung der gewichtigen medizinisch-fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründe hierfür in der Richtlinie bzw. in dem Beschluss zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie.

Darüber hinaus wäre auch unter inhaltlichen Gesichtspunkten zu erwarten gewesen, dass eine Diskussion des vorgelegten Vorschlages für den Dokumentationsbogen vor dem Hintergrund der Konzeptskizze des AQUA-Instituts für ein einrichtungsvergleichendes sektorspezifisches QS-Verfahren in der ambulanten Psychotherapie erfolgt, die seinerzeit vom Unterausschuss Psychotherapie beauftragt worden war. Hierbei sollte mit der Expertise des AQUA-Instituts u. a. geprüft werden, welche patientenbezogenen Informationen leistungserbringerseitig für ein solches QS-Verfahren erhoben werden sollten, um insbesondere die Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung einrichtungsvergleichend abbilden zu können. Die Erforderlichkeit, Eignung und Datensparsamkeit einer Reihe von Datenfeldern in den Dokumentationsbögen erscheint für diese Zwecke zumindest fraglich.

Hinsichtlich der Erhebungszeitpunkte, zu denen die Dokumentationsbögen gemeinsam mit dem Patienten auszufüllen sind, ergeben sich aus der Formulierung in § 38 Absatz 1 einige Fragen. Zunächst stellt sich die Frage, wie zweckmäßig die Vorgabe ist, dass die Dokumentationsbögen grundsätzlich gemeinsam mit der Patientin bzw. mit dem Patienten auszufüllen sind. Daten zu mehreren Da-

tenfeldern des Dokumentationsbogens können sinnvollerweise über die Verwendung eines Anamnesebogens erfasst werden und dann entsprechend für die Dokumentation zu Behandlungsbeginn übertragen werden. Auch die Nutzung elektronischer Dokumentationssysteme ist für diese Zwecke denkbar, so dass unflexible Vorgaben, die auf ein gemeinsames Ausfüllen eines Dokumentationsbogens in der Paper-Pencil-Version hinauslaufen, vermieden werden sollten. Auch die noch zu spezifizierenden Vorgaben für die individuelle Patienteninformation, die das Ergebnis der Sprechstunde zusammenfassen soll, sind hier noch nicht berücksichtigt. Schließlich wäre es ineffizient, wertvolle Therapiezeit auf das gemeinsame Ausfüllen von Dokumentationsbögen zu verwenden, ohne dass daraus ein erkennbarer Mehrwert für die Patientin oder den Patienten oder für die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten resultiert, zumal die patientenrelevanten Informationen bereits in der individuellen Patienteninformation enthalten sein sollten.

Dies macht zugleich deutlich, dass die Definition des Erhebungszeitpunktes in § 38 Absatz 1 flexibler zu fassen ist. Bestimmte Informationen des Dokumentationsbogens bei Behandlungsbeginn werden routinemäßig bereits im Rahmen der Sprechstunde und nicht erst zu Beginn der Richtlinien-therapie erfasst werden (u. a. Geschlecht, Arbeitsunfähigkeit bei Therapiebeginn, berufliche Situation, Rentenantrag, Vorbehandlungen, Zuweiser, behandlungsrelevante psychische Diagnosen, somatische Diagnosen, aktuelle psychopharmakologische Medikation). Es wäre nicht zweckmäßig, diese zu Beginn der Richtlinien-therapie erneut über einen eigenen Dokumentationsbogen zu erheben.

Darüber hinaus legt die Formulierung in § 1 Absatz 1 Satz 2 nahe, dass der Dokumentationsbogen bereits vor Beginn der Behandlung auszufüllen ist, anderenfalls könnte der Dokumentationsbogen bei Beantragung einer gutachterpflichtigen Psychotherapie dem Bericht an den Gutachter nicht beigelegt werden. Zumindest der Vorschlag der KBV sieht sinnvollerweise vor, dass nach den probatorischen Sitzungen eine antrags- und gutachterpflichtige Psychotherapie gemäß § 15 unmittelbar beantragt werden kann.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich für den Zeitpunkt der Erfassung der Daten aus den „Dokumentationsbögen bei Behandlungsende“ hinsichtlich der Definition des Behandlungsendes. Aus dem Normtext des § 14 Rezidivprophylaxe könnte abgeleitet werden, dass das Behandlungsende bei der Langzeittherapie künftig definiert wird als der Übergang von Abschlussphase einer Richtlinien-therapie inklusive Erhaltungstherapie hin zu der Phase der Rezidivprophylaxe. Bei der Kurzzeittherapie sind dagegen laut Beschlussentwurf Konzepte und Techniken der Rezidivprophylaxe als Bestandteil der Abschlussphase einer solchen Therapie definiert, sodass hierbei das Therapieende eher als die letzte Therapiestunde insgesamt definiert wäre.

Aus Sicht der BPTK sollten den Patienten und Psychotherapeuten hinsichtlich des Zeitpunktes der Erfassung und Dokumentation der Daten gemäß den Dokumentationsbögen ein Ermessensspielraum zugestanden werden, damit diese sinnvoll in die Diagnostik und das Behandlungsgeschehen integriert werden können. Die BPTK schlägt daher vor, § 38 Absatz 1 wie folgt zu fassen:

(1) „Bis zum Beginn und bis zum Ende einer Richtlinienpsychotherapie gemäß § 15 sind die Daten gemäß Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie (Anlage 2) gemeinsam mit dem Patienten auszufüllen zu erfassen und zu dokumentieren. Wird ein Antrag auf Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie gestellt oder soll eine Kurzzeittherapie als Einzelpsychotherapie in eine Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie umgewandelt werden, sind dem Bericht an den Gutachter die Angaben gemäß Dokumentationsbogen zu Behandlungsbeginn beizufügen. Die Dokumentation gemäß Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie ist Bestandteil der Patientenakte.“

Darüber hinaus spricht sich die BPTK dafür aus, den Vorschlag der Patientenvertretung zu Absatz 1 als Absatz 2 des § 38 aufzunehmen. Auch der Vorschlag einer Evaluation der einheitlichen Dokumentation innerhalb von fünf Jahren nach Beschlussfassung wird von der BPTK befürwortet. Auch mit Blick auf die Richtlinienkompetenz des G-BA im Bereich der sektorspezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erscheint es sinnvoll, dass die Maßgaben für die

Evaluation der einheitlichen Dokumentation in der Regelungskompetenz des G-BA verbleiben. Die BPTK befürwortet daher den Vorschlag der Patientenvertretung zu § 38 Absatz 2, welcher als neuer Absatz 3 des § 38 in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen werden sollte.

Schließlich sieht die BPTK konkreten Überarbeitungsbedarf bei den einzelnen Datenfeldern der Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie. So bestehen zum Teil Redundanzen bei der Erfassung bestimmter Datenfelder zum Behandlungsende gegenüber den bei Behandlungsbeginn erhobenen Informationen, einige Datenfelder erscheinen in ihren Kodiermöglichkeiten unvollständig, über- oder unterdifferenziert.

In Anlage 2 I. Ziffer 1 sollte analog den Bestimmungen zu Reisepässen etc. als dritte Kategorie zum Merkmal Geschlecht die Angabe „unbestimmt“ ergänzt werden. Bei Ziffer 2 sollte eine Eingrenzung auf die sprachlichen Barrieren erfolgen, da zum einen die Dimensionen sprachliche und kulturelle Barrieren nicht vermischt werden sollten und zum anderen die Dimension der kulturellen Barrieren in diesem Rahmen nur begrenzt objektivierbar ist, sodass der Nutzen dieses Datenfeldes bei voraussichtlich schwacher Interraterreliabilität gering ausfallen dürfte. Die Kodiermöglichkeiten zur jetzigen beruflichen Situation sind unvollständig und zum Teil zu wenig differenziert, um aussagekräftig zu sein. So sollte beispielsweise zwischen Altersrente, Frühpension und Erwerbsminderungsrente unterschieden werden. Auch die Möglichkeit, eine beschützte Beschäftigung zu kodieren, wäre sinnvoll. Auch die Ziffern 7 und 8 sollten stärker differenziert werden (u. a. Minderung der Erwerbsfähigkeit, in %, wegen psychischer Erkrankung; Erwerbsminderungsrente, befristet/unbefristet, Grad der Behinderung) und auch die Frage beinhalten, ob ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente geplant ist. Unter Ziffer 9 und 10 sollten ferner auch psychiatrische und psychosomatische Behandlungen ggf. gesondert kodiert werden können.

In Anlage 2 II. können weiterhin die Ziffern 1 und 2 entfallen. Ziffer 3 sollte analog Anlage 2 I. überarbeitet werden. Ziffer 6 sollte dahingehend präzisiert werden, dass nach einem Antrag auf Erwerbsminderungsrente gefragt wird. Schließlich sollte Ziffer 15 weiter überarbeitet werden (u. a. Einvernehmliche Beendigung mit

Ausschöpfung des Stundenkontingentes bei 15.2, Ergänzung des Wortes „Vorzeitige“ bei 15.4 und 15.5., Zusammenlegung der Kodierungen 15.7 und 15.8, Ergänzung weiterer Überweisungsoptionen, z. B. ambulante psychiatrische Behandlung).

Bei den Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie Kinder und Jugendliche (Anlage 2 III.) schlägt die BPK bei den Ziffern 1 bis 3 eine Angleichung an die Dokumentation bei Erwachsenen vor. Bei Ziffer 6.4 sollte eine weitere Ausdifferenzierung vorgenommen werden.

Grundsätzlich erscheint bei Kindern und Jugendlichen die Erfassung klinischer Informationen auf Basis des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 (MAS) sinnvoll. Allerdings ist es nicht zielführend, wenn dabei grundsätzlich verpflichtend eine differenzierte Abklärung von umschriebenen Entwicklungsstörungen und des Intelligenzniveaus für alle Patientinnen und Patienten vorgeschrieben wird. Eine differenzierte Intelligenzdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen als Standard einer jeden psychotherapeutischen Behandlung erscheint unter fachlichen Gesichtspunkten nicht erforderlich und würde in unangemessener Weise Ressourcen für diese ggf. nicht indizierten diagnostischen Leistungen beanspruchen. Die Intelligenzdiagnostik sollte vielmehr konditional durchgeführt werden, insbesondere, wenn Hinweise auf eine intellektuelle Über- oder Unterforderung (chronisches Under- oder Overachievement) bestehen, die bedeutsam sind für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung der vorliegenden psychischen Erkrankungen. Darüber hinaus ist es fachlich unzulässig, die Intelligenz, wie im Dokumentationsbogen analog des MAS nahegelegt, differenziert einzuschätzen, ohne dass eine differenzierte Intelligenzdiagnostik mit geeigneten Testverfahren durchgeführt worden ist. Auch die Differenzialdiagnostik von Teilleistungsstörungen sollte nur bei entsprechender Indikation vorgenommen und nicht standardmäßig im Detail abgeprüft werden. Entsprechende Antwortmöglichkeiten sollten daher für diejenigen Fälle unter 16.2 und 16.3 definiert werden, bei denen keine Hinweise für das Vorliegen von umschriebenen Entwicklungsstörungen oder eine Intelligenzminderung bestehen bzw. keine Indikation für eine differenzierte diagnostische Abklärung dieses Bereiches besteht. Für die Erfassung der MAS-Achse IV

regt die BPtK an, hinter den Datenfeldern für die Kodierung der somatischen Erkrankungen als 5-stellige Diagnose nach ICD-10 ein Feld vorzusehen, in dem dokumentiert wird, welche mitbehandelnde Facharztgruppe ggf. die somatische Diagnose gestellt hat und die entsprechende Behandlung verantwortet. Bei der MAS-Achse V sollte darüber hinaus ein anderes, weniger stigmatisierendes Wording erwogen werden, insbesondere auf den Begriff „abnorm“ sollte in diesem Zusammenhang verzichtet werden.

Schließlich wird der Einsatz des SDQ als Standardverfahren zur Unterstützung der Diagnostik und zur Evaluation der ambulanten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen als problematisch eingestuft. Dieses Screening-Instrument kann eine hilfreiche Unterstützung bei der Identifikation von psychisch oder verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen in den Settings Kita und Schule oder in der primärärztlichen Versorgung sowie im Bereich der Ergotherapie sein, um dann eine weitere diagnostische Abklärung bei den positiv gescreenten Kindern und Jugendlichen bei einem Spezialisten zu veranlassen. Allerdings war dieser psychometrische Test selbst für den Einsatz als Screeningverfahren im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen im G-BA als zu unspezifisch abgelehnt worden. Für den Einsatz in dem Bereich der spezialisierten fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist dieses Instrument in jedem Fall unangemessen. Mit den fünf Skalen des SDQ lässt sich nur ein Bruchteil der relevanten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter abdecken. Lediglich die Skala Hyperaktivität ist dabei ansatzweise in der Lage, den Störungsbereich der Hyperkinetischen Störungen etwas besser zu erfassen. Die Itemformulierungen des SDQ sind dabei insgesamt eher zur Erfassung überdauernder Merkmale ausgerichtet, erlauben keine Erfassung der Symptomschwere und führen in der Konsequenz dazu, dass die Skalen nicht hinreichend änderungssensitiv sind, um Behandlungseffekte in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen adäquat abzubilden. Evidenz zur Änderungssensitivität in klinischen Populationen liegt bislang nicht vor (Wolpert et al., 2015). Darüber hinaus sind auch die psychometrischen Qualitäten des SDQ als Selbsteinschätzungsinstrument bei 11- bis 16-Jährigen unzulänglich. In einer aktuellen Studie zur deutschsprachigen Version der SDQ von Lohbeck (2015) an einer Stichprobe von 1.500 Kindern und Jugendlichen im Al-

ter von 11 bis 16 Jahren konnte zwar die Faktorenstruktur des Instruments anhand exploratorischer und konfirmatorischer Faktorenanalysen bestätigt werden, die Reliabilitäten der fünf Skalen (Cronbachs Alpha .55–.77, Retest .58–.67) fielen jedoch extrem gering aus. Darüber hinaus sind auch die internen Konsistenzen der Subskalen der Fremdeinschätzungsverfahren für Eltern und Lehrer unzureichend (Van Roy et al., 2008) und die Konstruktvalidität der Skalen erscheint angesichts der geringen Übereinstimmungen zwischen dem Fremdurteil der Eltern/Lehrer und dem Selbsturteil bei Jugendlichen fraglich (Goodman et al., 2010). Insgesamt kann auch aus diesen Gründen ein Ersatz in der Routineversorgung nicht empfohlen werden.

Die BPK regt an, nochmals genau zu prüfen, welchen Zwecken die standardmäßige Erfassung von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten mit einem sehr globalen, generischen Instrument wie dem SDQ zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende dienen soll und inwieweit diese Zwecke mit welchen alternativen Verfahren oder Regelungen besser erfüllt werden können. Aus Sicht der BPK wäre es zielführender, vor dem Hintergrund der Heterogenität der psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter die konkrete Auswahl eines oder mehrerer spezifischer psychometrischer Instrumente zur Erfassung und Verlaufskontrolle der Symptomatik bei den jeweiligen Patienten der fachlichen Bewertung des behandelnden Psychotherapeuten zu überlassen, anstatt ein wenig geeignetes generisches Instrument vorzuschreiben, welches bei allen Patienten zwingend anzuwenden ist. Zu diesem Zweck könnte in Absatz 1 als Satz 2 (neu) eingefügt werden:

„²Dabei sollten zu Beginn und Ende einer Richtlinienpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 15 validierte störungsbezogene psychometrische Verfahren eingesetzt werden.“

In den Tragenden Gründen wäre hierzu zu erläutern:

„Die Auswahl des bzw. der jeweiligen psychometrischen Verfahren fällt in die fachliche Entscheidungskompetenz des behandelnden Psychotherapeuten oder der behandelnden Psychotherapeutin und soll vor dem Hintergrund der behandlungsleitenden Diagnosen getroffen werden. Der Einsatz des psychometrischen

Verfahrens setzt dabei die Fähigkeit und Bereitschaft des behandelnden Patienten oder der behandelnden Patientin voraus, das bzw. die jeweiligen psychometrischen Verfahren korrekt auszufüllen. Hierbei können bei entsprechender Indikation ergänzend oder alternativ Fremdeinschätzungsverfahren eingesetzt werden.“

Insgesamt empfiehlt die BPTK, aufgrund des umfassenden Überarbeitungsbedarfes die Regelung des § 38 einschließlich der zugehörigen Anlagen aus dem aktuellen Beschlussentwurf herauszunehmen, hierzu weitere Beratungen im G-BA durchzuführen und anschließend mit einem gesonderten Beschlussentwurf ein gesondertes Stellungnahmeverfahren zu den Dokumentationsbögen durchzuführen. Hierbei sollte auch der Unterausschuss Qualitätssicherung eingebunden werden, damit die nach § 38 festzulegenden Dokumentationsstandards auf die Erfordernisse geplanter QS-Verfahren im Bereich der Versorgung von psychischen Erkrankungen abgestimmt werden können.

XXI. Literatur

- Altmann, U., Steffanowski, A., Wittmann, W., Kramer, D., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Steyer, R., Strauß, B. (2014). Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64, 181–191.
- Amianto, F., Ferrero, A., Pierò, A., Cairo, E., Rocca, G., Simonelli, B., Fassina, S., Abbate-Daga, G., Fassino, S. (2011). Supervised team management, with or without structured psychotherapy, in heavy users of a mental health service with borderline personality disorder: A two-year follow-up preliminary randomized study. *BMC Psychiatry*, 11, 181.
- Bateman, A., Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1563–1569.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1355–1364.
- Brown, T.A., Barlow, D.H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 754–765.
- Brown, G.K., Beck, A.T., Newman, C.F., Beck, J.S., Tran, G.Q. (1997). A comparison of focused and standard cognitive therapy for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 329–345.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167–175.
- Clark, D.M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568–578.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759–769.
- Cotraux, J., Note, I.D., Boutitie, F., Millierey, M., Genouihlac, V., Yao, S., Note, B., Mollard, E., Bonasse, F., Gaillard, S., Djamoossian, D., Guillard Cde, M., Culem, A., Gueyffier, F. (2009). Cognitive therapy versus rogerian supportive

therapy in borderline personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 307–316.

De Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C., Schramm, E. (2007). Evidenzbasierte Leitlinien zur Psychotherapie Affektiver Störungen. Göttingen: Hogrefe.

Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM), Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) (2002). Psychotherapie der Depression. Abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/download/files/2004/07/x0001045.pdf>; [cited: 11. Mai 2016]

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage (2015). Version 3. Abrufbar unter: www.depression.versorgungsleitlinien.de; [cited: 6. Mai 2016]

Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 389–395.

Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1872–1876.

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, Ch., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L., Wöller, W. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Langfassung. Abrufbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-010.html>; [cited: 06. Mai 2016]

Frank, E., Kupfer, D.J., Perel, J.M., Cornes, C., Jarrett, D.B., Mallinger, A.G., Thase, M.E., McEachran, A.B., Grochocinski, V.J. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093–1099.

Geddes, J.R., Carney, S.M., Davies, C., Furukawa, T.A., Kupfer, D.J., Frank, E., Goodwin, G.M. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*, 361, 653–661.

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658.

- Goodman, A., Lamping, D.L., Ploubidis, G.B. (2010). When to use broader internalizing and externalizing subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1179–1191.
- Hansen, N.B., Lambert, M.J., Forman, E.M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology – Science and Practice*, 9, 329–343.
- Hansen, N.B., Lambert, M.J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, 5, 1–12.
- Harned, M.S., Korslund, K.E., Linehan, M.M. (2014). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and ptsd. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 7–17.
- Jørgensen, C.R., Freund, C., Bøye, R., Jordet, H., Andersen, D., Kjølbye, M. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: A randomized trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 305–17.
- Knekt, E., Virtala, M., Vaarama, J., Lehtonen, J., Lindfors, O. (2016). The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychological Medicine*, 46, 1175–1188.
- Kühner, C., Huffziger, S. (2013). Factors predicting the long-term illness course in a cohort of depressed inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263, 413–423.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Hilsenroth, M., Rabung, S. (2013). The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 41, 361–384.
- Leichsenring, F., Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551–1565.
- Leppanen, V., Karki, A., Saariaho, T., Lindeman, S., Hakko, H., Karki, A., Saariaho, T., Lindeman, S., Hakko, H. (2015). Changes in schemas of patients with severe borderline personality disorder: The oulu bpd study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 78–85.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K., Lindenboim, N. (2006). Twoyear randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior

- therapy vs therapy by expert for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.
- Lock, J., Agras, S., Bryson, S., Kraemer, H.A. (2005). Comparison of Short- and Long-Term Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 632–639.
- Lohbeck, A., Schultheiß, J., Petermann, F., Pertermann, U. (2015). Die deutsche Selbstbeurteilungsversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu-S). Psychometrische Eigenschaften, Faktorenstruktur und Grenzwerte. *Diagnostica*, 61, 222–235.
- Margraf, J., Barlow, D.H., Clark, D.M., Telch, M.J. (1993). Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 1–8.
- Mörtberg, E., Karlsson, A., Fyring, C., Sundin, O. (2006). Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: a randomized controlled study. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 646–660.
- Multmeier, J. (2014). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland – eine Kohortenbetrachtung der KBV. *Projekt Psychotherapie*, 02/2014, 12-22.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wensing, M., van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961–973.
- National Collaborating Centre for Mental Health (NICE) (2004). Depression: Management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. Abrufbar unter: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=235213>; [cited: 22. Mai 2006].
- National Collaborating Centre for Mental Health (NICE) (2006). Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. National Clinical Practice Guideline Number 31. Abrufbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/evidence/full-guideline-194883373> [cited: 11. Mai 2016].
- Oestergaard, S., Møldrup, C. (2011). Optimal duration of combined psychotherapy and pharmacotherapy for patients with moderate and severe depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 131, 24–36.
- Owen, J., Adelson, J., Budge, S., Wampold, B., Kopta, M., Minami, T., Miller, S. (2015). Trajectories of Change in Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 817–827.

- Perry, J.C., Banon, E., Ianni, F. (1999). Effectiveness of Psychotherapy for Personality Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1312–1321.
- Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., Molosankwe, I., McCrone, P., Zinkler, M. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: A pragmatic randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 356–65.
- Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M., Clark, D.M. (2011). Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 68, 692–700.
- Stiles, W., Barkham, S., Wheeler, S. (2015). Duration of psychological therapy: relation to recovery and improvement rates in UK routine practice. *The British Journal of Psychiatry*, 207, 115–122.
- Schütz, A. (2013). Mehr Gruppentherapie. *MEDITIMES* (3) 15.
- Stellpflug, M., Berns, I. (2015). *Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Text und Kommentierung, 3. Auflage.* Heidelberg: Psychotherapeutenverlag.
- Van Roy, B., Veenstra, M., Clench-Aas, J. (2008). Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre-, early and late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1304–1312.
- Wolpert, M., Cheng, H., Deighton, J. (2015). Measurement Issues: Review of four patient reported outcome measures: SDQ, RCADS, C/ORS and GBO – their strengths and limitations for clinical use and service evaluation. *Child and Adolescent Mental Health*, 20, 63–70.



Die Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
Postfach 1468, 53104 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-312

TELEFAX (0228) 997799-550

E-MAIL ref1@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Alexander Wierichs

INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 12.05.2016

GESCHÄFTSZ. III-315/072#0838

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL): Strukturreform der ambulanten Psychotherapie**

BEZUG Ihr Schreiben vom 14. April 2016 (KDe/MHe)

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V danke ich.

Unter I. Nummer 40 wird für § 37 (Schriftliche Dokumentation) Absatz 2-E von GKV-SV vorgeschlagen, „Die Krankenkasse erhält das Beratungsergebnis der Sprechstunde gemäß § 11 unter Beachtung des Datenschutzes zur Information. Das Nähere regelt die Psychotherapie-Vereinbarung“.

Die dazu in den Tragenden Gründen von GKV gemachten Ausführungen geben keine Begründung dazu, warum die Krankenkasse überhaupt eine Rückmeldung über das Ergebnis der Sprechstunde erhalten muss. Welche Angaben unter Berücksichtigung des Datenschutzes nicht übermittelt bzw. übermittelt werden dürfen, bleibt auch hier offen. Sofern überhaupt die Notwendigkeit für eine solche Rückmeldung bestehen könnte, bedürfte es zur Nachvollziehbarkeit einer entsprechenden Regelung und Begründung.

16457/2016

ZUSTELL- UND LIEFERANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn
VERKEHRSANBINDUNG Straßenbahn 61, Husarenstraße



Die Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

SEITE 2 VON 2

Sofern die in § 39-E genannten Stellen das Nähere in einer „Psychotherapie-Vereinbarung“ nach § 37 Absatz 2-E zu regeln haben, wäre dies jedenfalls zu den datenschutzrechtlichen Regelungen mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 und Absatz 6a Satz 1 SGB V nicht vereinbar. Danach regelt der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere. Ihm ist es nicht gestattet, den erforderlichen Regelungsbedarf an eine andere Stelle zu delegieren. Insbesondere würde damit die Verpflichtung, mir nach § 91 Absatz 5a SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme bei datenschutzrechtlichen Regelungen zu geben, unterlaufen.

Die vorstehenden Ausführungen gelten für § 38-E entsprechend.

Eine Teilnahme an der Anhörung ist nicht beabsichtigt.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Wierichs

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

7.6 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

Allgemeine Bewertung

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinien. Im Einzelnen nimmt sie zu den Punkten, die insbesondere als strittige Punkte in den übersandten Unterlagen markiert sind, Stellung.	Der UA PT nimmt die generelle Zustimmung zur Kenntnis.	Siehe Bewertung im Folgenden.
BPtK	Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dem vorliegenden Beschlussentwurf eine Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie zur fristgerechten Umsetzung der gesetzlichen Aufträge aus dem GKV-VSG vorsieht und dabei insbesondere geeignete Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs von Patientinnen und Patienten zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ergreift.	Der UA PT nimmt die generelle Zustimmung zur Kenntnis.	Siehe Bewertung im Folgenden.
	<p>Psychotherapeutische Sprechstunde</p> <p>Nach Einschätzung der BPtK stellt die Einrichtung Psychotherapeutischer Sprechstunden ein zentrales Element der aktuellen Reform der Psychotherapie-Richtlinie dar. Hierbei ist es sachgerecht, dass die Psychotherapeutische Sprechstunde als neue Leistung der ambulanten Psychotherapie inhaltlich und in ihrer zeitlichen Ausgestaltung so konzipiert worden ist, dass die erforderlichen Leistungen für eine diagnostische Abklärung und Indikationsstellung für die weitere Versorgung im Rahmen der Sprechstunde(n) erbracht werden können.</p>	Der UA PT nimmt die generelle Zustimmung zur Psychotherapeutischen Sprechstunde zur Kenntnis.	Siehe Bewertung im Folgenden.
	<p>Psychotherapeutische Akutbehandlung</p> <p>Grundsätzlich ist die Etablierung einer psychotherapeutischen Akutbehandlung zur zeitnahen Versorgung von Patienten, die aufgrund der Art, Schwere und Akuität ihrer Erkrankung einen besonders dringenden Behandlungsbedarf haben, zu begrüßen. Der vorliegende Vorschlag einer psychotherapeutischen Akutbehandlung stellt eine sinnvolle Ergänzung des bereits vorhandenen Behandlungsangebotes der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung um ein strukturiertes, zeitlich umgrenztes Behandlungsangebot zur Stabilisierung, Entlastung und kurzfristigen Besserung bei akuten Zuspitzungen von psychischen Erkrankungen, Krisensituationen und Ausnahmeständen dar. Die Inhalte und Ziele der psychotherapeutischen Akutbehandlung sollten dabei nach Auffassung der BPtK im</p>	Der UA PT nimmt die generelle Zustimmung zur Psychotherapeutischen Akutbehandlung zur Kenntnis.	Siehe Bewertung im Folgenden.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	Normtext der Richtlinie noch weiter geschärft werden.		
	<p>Rezidivprophylaxe</p> <p>Der vorliegende Vorschlag zur Regelung der Rezidivprophylaxe stellt keine Flexibilisierung des Therapieangebotes dar und kann keinen Beitrag zu einer optimierten psychotherapeutischen Behandlung für chronisch kranke Patienten leisten, wie vom Gesetzgeber gefordert. Vielmehr verursachen die vorgeschlagenen Regelungen einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand, indem zu einem fachlich ungeeigneten Zeitpunkt Prognosen zu den nach Abschluss der Behandlung erforderlichen Sitzungen für eine Rezidivprophylaxe abgegeben werden sollen, die dabei zulasten des bewilligten Therapiekontingentes gehen sollen. Das vorhandene Versorgungspotenzial der Rezidivprophylaxe, welches auch in den evidenzbasierten Leitlinien adressiert wird, kann hierdurch nicht angemessen genutzt werden. Die BPtK schlägt daher eine vollständige Neufassung der Regelung zur Rezidivprophylaxe vor.</p>	Der UA PT nimmt die genannten Aspekte zur Rezidivprophylaxe zur Kenntnis. Da die Stellungnahme neben dieser allgemeinen Ausführung einen spezifischen Änderungsvorschlag enthält, erfolgt an entsprechender Stelle eine Bewertung.	Siehe Bewertung im Folgenden.
	<p>Flexible Nutzung der verschiedenen psychotherapeutischen Versorgungsangebote</p> <p>Patientinnen und Patienten benötigen auch zukünftig je nach Indikation, Problemstellung und Behandlungsplan die bewährten Behandlungsmöglichkeiten der Kurzzeittherapie und der Langzeittherapie als Einzel-, Gruppen- und Kombinationsbehandlung. Sollte keine Akutbehandlung erforderlich sein, ist es fachlich unverzichtbar, nach der weiteren diagnostischen Abklärung eine dieser Möglichkeiten direkt beginnen zu können. Eine Reihe von Patientinnen und Patienten benötigen für eine Heilung oder ausreichende Besserung ihrer psychischen Erkrankungen eine längere Behandlungsdauer. In vielen Fällen lässt sich diese Indikation für eine Langzeitpsychotherapie in dem jeweiligen Setting (Einzelspsychotherapie, Gruppenpsychotherapie oder deren Kombination) bereits zu Behandlungsbeginn stellen. Insbesondere unter psychotherapeutischen Aspekten ist es für die betroffenen Patientinnen und Patienten geboten, dass Behandlungsumfang und Behandlungsfrequenz bereits zu Behandlungsbeginn festgelegt werden, damit die Behandlung in einem sicheren Rahmen durchgeführt werden kann, eine stabile Psychotherapeut-Patient-Beziehung gefördert wird und die Patientin oder der Patient sich auf die Behandlung einlassen kann. Dies ist insbesondere für schwer psychisch kranke Patienten von herausgehobener Bedeutung. Daher ist es erforderlich, dass bei entsprechender Indikationsstellung im Rahmen der Sprechstunde und Probatorik</p>	Der UA PT nimmt die genannten Aspekte zur flexiblen Nutzung der verschiedenen psychotherapeutischen Versorgungsangebote zur Kenntnis und würdigt diese an entsprechender Stelle der geplanten Richtlinienänderung.	Siehe Bewertung im Folgenden.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	weiterhin unmittelbar eine Langzeittherapie beantragt und die Behandlungsplanung darauf ausgerichtet werden kann. Eine Aufteilung der Kurzzeitpsychotherapie in zwei Teilstücke à 12 Sitzungen ist willkürlich, verursacht vermeidbaren bürokratischen Aufwand, ohne dass eine Steuerungswirkung erzielt werden kann und kann angesichts der bekannten Analysen der Routinedaten aus der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nicht überzeugen.		
	<p>Förderung Gruppenpsychotherapie</p> <p>Aktuell stagniert der Anteil gruppenpsychotherapeutischer Leistungen bei 1 bis 2 Prozent der psychotherapeutischen Leistungen insgesamt. Dies ist trotz zwischenzeitlich erfolgter Verbesserungen bei der Vergütung von Gruppenpsychotherapie der Fall, die jedoch die unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen erforderlichen administrativen und organisatorischen Mehraufwendungen bei gruppentherapeutischen Leistungen nur eingeschränkt zu kompensieren vermögen.</p> <p>Aufgrund der guten Evidenz für den Nutzen gruppenpsychotherapeutischer Intervention bei einer Reihe von psychischen Erkrankungen sollten daher nach Auffassung der BpTK die Rahmenbedingungen für die Erbringung gruppenpsychotherapeutischer Leistungen in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung weiter verbessert werden.</p>	Der UA PT nimmt die genannten Aspekte zur Förderung der Gruppenpsychotherapie zur Kenntnis	Siehe Bewertung im Folgenden.
	<p>Schriftliche Dokumentation</p> <p>Bereits die Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung vom 11. Dezember 1998 enthielt den Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung, Dokumentationsstandards und ein Verfahren zur Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität für die ambulante Psychotherapie festzulegen. Bei den vorgeschlagenen Dokumentationsbögen sind aus Sicht der BpTK aus fachlichen Gründen noch einige wesentliche Änderungen erforderlich, die an entsprechender Stelle in der Stellungnahme im Detail dargelegt werden. Insbesondere bei den Dokumentationsbögen für die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird noch ein erheblicher Überarbeitungsbedarf gesehen. Von besonderer Bedeutung ist darüber hinaus, dass die Regelungshoheit über die Dokumentationsstandards in der ambulanten Psychotherapie beim G-BA verbleibt. Nur so kann gewährleistet werden, dass bei den künftigen Entwicklungen von Verfahren der sektorenübergreifenden und sektorspezifischen Qualitätssicherung im Bereich der psychischen Erkrankungen</p>	Der UA PT nimmt die genannten Aspekte zur schriftlichen Dokumentation zur Kenntnis und würdigt diese an entsprechender Stelle der geplanten Richtlinienänderung.	Siehe Bewertung im Folgenden.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>zielgerichtet auf die Standarddokumentation in der ambulanten Psychotherapie aufgesetzt und bei Bedarf die erforderlichen Anpassungen und Ergänzungen vorgenommen werden können. Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass bei der Ausgestaltung der Vorgaben für die Dokumentation in der ambulanten Psychotherapie dem Gebot der Datensparsamkeit Rechnung getragen wird, der Umfang der Dokumentation in einer angemessenen Relation zum konkreten Nutzen in der Qualitätssicherung steht und der Verlust von Behandlungszeit durch bürokratische Vorgaben vermieden wird.</p>		

Zu § 1 Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	<p>Abs. 1 und 2</p> <p>Die Verwendung des Begriffs „Therapeutinnen und Therapeuten“ ist ungenau, denn er umfasst auch Ärzte, welche medikamentös behandeln und nicht nur ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind. Zur Klarheit sollte stattdessen von „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ gesprochen werden.</p>	<p>Der Begriff „Therapeutinnen und Therapeuten“ wird beibehalten, da im § 28 Absatz 3 SGB V die Definition des Psychotherapeuten, die des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten umfasst. Der Begriff Therapeut i.S. der Richtlinie ist daher umfassender, da er auch psychotherapeutisch tätige Ärzte einschließt und in Absatz 2 definiert ist.</p>	Keine Änderung am BE.
	<p>Abs. 1</p> <p>Die Bundesärztekammer schließt sich der Auffassung der KBV an, dass die psychotherapeutischen Akutbehandlungen nach § 13 sowie die Psychotherapieverfahren nach § 15 zur Richtlinien-Psychotherapie gehören.</p> <p>Begründung</p> <p>Die Akutbehandlung ist eine Psychotherapie bei psychisch und psychosomatisch erkrankten Patienten, die einer Notfallpsychotherapie bedürfen. Sie unterscheidet sich methodisch nicht von der Richtlinien-Psychotherapie, fokussiert aber auf die Akuität der Erkrankung. Hingegen sind die psychotherapeutische Sprechstunde, die probatorischen Sitzungen und die Psychosomatische Grundversorgung nicht Gegenstand der Richtlinien-Psychotherapie, da in der Sprechstunde und in den probatorischen Sitzungen ermittelt wird, dass eine psychische oder psychosomatische Erkrankung vorliegt, die der Psychotherapie bedarf. Psychische Erkrankungen sind Erkrankungen im Sinne von § 2.</p>	<p>KBV/GKV-SV</p> <p>Die in § 5 der Psychotherapie-Richtlinie genannten Voraussetzungen für ein Psychotherapieverfahren sind bei der Akutbehandlung nicht gegeben.</p>	Keine Änderung am BE.
	<p>Abs. 2</p> <p>Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, dass der G-BA prüft, ob in Abs. 2 insbesondere bei der psychotherapeutischen Akutbehandlung hinsichtlich der etwaigen Notwendigkeit medikamentöser/psychopharmakologischer (Akut-)Behandlung die Kooperation mit einem ärztlichen Psychotherapeuten angesprochen</p>	<p>Die rechtzeitige Abklärung möglicher somatischer Anteile einer Störung ist bereits berufsrechtlich (§ 5 Absatz 6 Musterberufsordnung Psychotherapeuten) geregelt. Die Prüfung und ggf. Abstimmung bei der</p>	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>werden sollte.</p> <p>Abs. 3</p> <p>Die Bundesärztekammer schließt sich der KBV/GKV-Stellungnahme an und schlägt eine Erweiterung vor, die sich an der Stellungnahme der Patientenvertreter orientiert:</p> <p><i>„Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 und 3, § 118 (Hochschulambulanzen, psychiatrische oder psychosomatische Institutsambulanzen sowie Ambulanzen an Ausbildungsstätten) können Leistungen dieser Richtlinien erbringen, wenn sie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geleitet werden, die über eine Genehmigung gemäß der Psychotherapievereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 verfügen.“</i></p> <p>Begründung</p> <p>Diese Regelung ermöglicht psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen die angemessene Abrechnung der entsprechenden Behandlungsfälle, die durch in Weiterbildung befindliche Ärztinnen und Ärzten der P-Fächer unter Anleitung erbracht werden.</p>	<p>Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung mit möglichen anderen Leistungserbringern ist Bestandteil jeder psychotherapeutischen Behandlung.</p> <p>GKV-SV/KBV</p> <p>Der Vorschlag der BÄK wird als nicht sachgerecht angesehen. Der Vorschlag geht über den Regelungsrahmen der Psychotherapie-Richtlinie hinaus.</p> <p>PatV</p> <p>Die PatV nimmt den Vorschlag zur Kenntnis und modifiziert die eigene Position.</p>	<p>GKV-SV/KBV</p> <p>Keine Änderung am BE.</p> <p>PatV</p> <p>PatV modifiziert ihren Vorschlag wie folgt: <i>„Leistungen dieser Richtlinie mit Ausnahme der Psychosomatischen Grundversorgung nach Abschnitt C können nur von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werden, die über eine Genehmigung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung sowie von ermächtigten Einrichtungen nach § 117 verfügen.“</i></p>
BPtK	Über die vorgeschlagene Ergänzung „von Therapeutinnen und Therapeuten nach Abs. 2“ in § 1 Absatz 1 Satz 1 soll unter Verweis auf § 1 Absatz 2 definiert werden, welche Berufsgruppen Psychotherapie im Rahmen dieser Richtlinie erbringen	Der Begriff „Therapeutinnen und Therapeuten“ wird beibehalten, da im § 28 Absatz 3 SGB V die Definition des	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>können. Satz 2 definiert dabei Psychotherapie im Sinne der Richtlinie als psychotherapeutische Behandlungen mit einem Psychotherapieverfahren nach § 15 und (nur im Vorschlag der KBV) als psychotherapeutische Akutbehandlung nach § 13.</p> <p>Auch unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Regelung, nicht zuletzt der Regelungen zur Berufsbezeichnung in § 1 Psychotherapeutengesetz, ist nicht nachvollziehbar, warum hier der unspezifische und rechtlich nicht geschützte Begriff „Therapeutin“ bzw. „Therapeut“ verwendet wird und nicht die präzise und gesetzlich korrekte Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin“ bzw. „Psychotherapeut“. Der Text der aktuell gültigen Psychotherapie-Richtlinie verwendet diesbezüglich keine einheitliche Terminologie. So wird zwar in § 25 (alt) der Psychotherapie-Richtlinie der Begriff „Therapeutinnen und Therapeuten“ als zusammenfassende Bezeichnung eingeführt, in § 26a Satz 3 wird jedoch wiederum die Bezeichnung „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ verwendet.</p> <p>Hinsichtlich der dissidenten Vorschläge zur Definition der Richtlinienpsychotherapie befürwortet die BPTK den Vorschlag der KBV, hierunter auch die psychotherapeutische Akutbehandlung zu fassen, da es zielführend erscheint, die Leistungen, die vornehmlich Behandlungsleistungen von Psychotherapeuten mit Fachkunde in einem Richtlinienverfahren darstellen, in Abgrenzung zu den vornehmlich diagnostischen Leistungen dieser Leistungserbringergruppe als Richtlinienpsychotherapie zu definieren. Darüber hinaus ist aus dem Entwurf der Tragenden Gründe nicht erkennbar, welcher Regelungsunterschied zwischen den beiden Definitionsvarianten resultieren würde.</p> <p>In § 1 Absatz 2 des Beschlussentwurfes werden die Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne der Richtlinie legal definiert. Der Passus stammt aus § 25 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie in der derzeit gültigen Fassung. Danach gelten unter anderem „ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ als Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie.</p> <p>Nach § 1 Absatz 1 Satz 1 PsychThG ist die Berufsbezeichnung „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ geschützt. Als „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ (KJP) darf sich gemäß §§ 1 Absatz 1 Satz 1, 2 Absatz 1, 5 Absatz 2 Nr. 2 PsychThG nur derjenige bezeichnen, der die entsprechende Approbation nach einer kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Ausbildung und staatlichen Prüfung im Anschluss an ein Studium der Psychologie bzw. Pädagogik oder Sozialpädagogik erworben hat.</p>	<p>Psychotherapeuten, die des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten umfasst. Daher ist der Begriff Therapeut i.S. der Richtlinie umfassender, da er auch psychotherapeutisch tätige Ärzte einschließt und in Absatz 2 definiert ist.</p>	<p>Änderung am BE:</p> <p>Der Begriff „<i>ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</i>“ wird entsprechend der korrekten Berufsbezeichnung in „<i>ärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten</i>“ korrigiert.</p> <p>Änderung am BE:</p> <p>Die Ergänzung „<i>die gemäß der Psychotherapievereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung verfügen</i>“ wird zur Präzisierung übernommen.</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Folglich sind Ärzte, die sich psychotherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen beschäftigen, nicht berechtigt, die Bezeichnung des („ärztlichen“) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu führen, da diese allein den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit der Approbation nach dem PsychThG vorbehalten ist. Gleiches gilt im Übrigen auch für die Psychologischen Psychotherapeuten mit einem Fachkundenachweis gemäß § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung, auch wenn sie im Rahmen der GKV-Versorgung ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Wenn sie nicht zusätzlich über eine Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut verfügen, sind sie nicht berechtigt, die Bezeichnung des („psychologischen“) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu führen.</p> <p>In diesem Sinne unterscheidet auch die Psychotherapie-Vereinbarung als Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag für Ärzte in § 2 zwischen „ärztlichen Psychotherapeuten“, „psychologischen Psychotherapeuten“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ und sieht für Ärzte unter der Berufsbezeichnung „ärztliche Psychotherapeuten“ und nicht etwa „(ärztliche) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 5 der Psychotherapie-Vereinbarung vor.</p> <p>Diese nach dem PsychThG geschützten Bezeichnungen sind zudem vom Titelschutz des § 132a Absatz 1 Nr. 2 StGB erfasst.</p> <p>In § 1 Absatz 3 wird unter Bezugnahme auf die Abrechnungsgenehmigung für psychotherapeutische Leistungen nach § 15 der Richtlinie abschließend der Kreis der Leistungserbringer definiert, die Leistungen nach dieser Richtlinie mit Ausnahme von Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung erbringen können. Dies umfasst demnach sowohl die Psychotherapeutischen Sprechstunden, die probatorischen Sitzungen und die psychotherapeutische Akutbehandlung als auch die Behandlung mit einem Psychotherapieverfahren nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie einschließlich der Rezidivprophylaxe. Die BPtK begrüßt, dass die Definition der berechtigten Leistungserbringer in der Psychotherapie-Richtlinie selbst und nicht nur in der Psychotherapie-Vereinbarung erfolgt. Hinsichtlich der konkreten Definition der berechtigten Leistungserbringer befürwortet die BPtK den Vorschlag der KBV und des GKV-SV, da zum einen eine abschließende Auflistung der ermächtigten Einrichtungen sowie der ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten nicht erforderlich</p>		

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>ist und zum anderen die Ermächtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen zur Teilnahme an der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung nicht die Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie umfasst.</p> <p>Die BPtK schlägt daher vor, § 1 Absatz 2 und 3 wie folgt zu fassen:</p> <p><i>„(2) <u>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</u> im Sinne dieser Richtlinie sind entsprechend der jeweiligen fachlichen Befähigung die ärztliche Psychotherapeutin oder der ärztliche Psychotherapeut, die ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, <u>die gemäß der Psychotherapievereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung verfügen.</u></i></p> <p><i>(3) Leistungen dieser Richtlinie mit Ausnahme der Psychosomatischen Grundversorgung nach Abschnitt C können nur von <u>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</u> nach Absatz 2 erbracht werden, die über eine Genehmigung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung verfügen.“</i></p>		
	<p>Die Regelung in § 1 Absatz 4 soll der Beseitigung von Unklarheiten bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen dienen, die sich bei der Auslegung der Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie vor dem Hintergrund der Bestimmungen des § 1 Absatz 2 des Psychotherapeutengesetzes zur Berechtigung zur Ausübung des Berufes des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergeben haben. Zu diesem Zweck werden in diesem Absatz Jugendliche entgegen der üblichen Definition in den Gesetzbüchern definiert als „Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind“. Wenngleich die BPtK die intendierte Klarstellung grundsätzlich begrüßt, sollte an den üblichen Definitionen festgehalten werden und stattdessen klargestellt werden, dass Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Leistungen nach § 15 bei Kindern und Jugendlichen verfügen, grundsätzlich auch junge Volljährige bis zum Erreichen des 21. Lebensjahres behandeln können und eine weitere Behandlung ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres zulässig ist, wenn zur Sicherung des Therapieerfolges eine vorher begonnene psychotherapeutische Behandlung bei jungen Volljährigen erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen</p>	<p>Der Vorschlag der BPtK weicht im letzten Satz inhaltlich von dem bestehenden Richtlinienentwurf ab, er entspricht nicht der entsprechenden Regelung in § 1 Absatz 2 des Psychotherapeutengesetzes.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>werden kann.</p> <p>Darüber hinaus sollte klargestellt werden, dass junge Volljährige in Abhängigkeit von der Fachkunde des in Anspruch genommenen Psychotherapeuten wahlweise den Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder von Erwachsenen unterliegen. Die BPtK schlägt daher vor, den Absatz 4 wie folgt zu fassen:</p> <p><i>„Psychotherapeuten mit der Genehmigung gemäß Psychotherapie-Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 bei Kindern und Jugendlichen als persönliche Leistung können grundsätzlich auch junge Volljährige bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres behandeln. Eine psychotherapeutische Behandlung ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolges bei jungen Erwachsenen eine vorher begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Die Behandlung von jungen Volljährigen ab Vollendung des 18. Lebensjahres und vor Vollendung des 21. Lebensjahres und in den in Satz 2 genannten Ausnahmen kann dabei wahlweise mit den Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder der Psychotherapie bei Erwachsenen erfolgen.“</i></p>		

Zu § 4 Übergreifende Merkmale von Psychotherapie

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	Die Bundesärztekammer begrüßt die Gleichstellung der Einzelpsychotherapie und der Gruppenpsychotherapie sowie auch die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie.	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
BPtK	Die vorgenommene Einfügung in Absatz 3 soll laut Tragenden Gründen der Förderung der Gruppenpsychotherapie dienen. Aus Sicht der BPtK ist es sachgerecht, dass für beide Settings Einzel- und Gruppenpsychotherapie auf die Relevanz der systematischen Berücksichtigung und kontinuierlichen Gestaltung der Psychotherapeut-Patient-Beziehung hingewiesen wird. In gleicher Weise wird der Ansatz begrüßt, an den verschiedenen Stellen in der Psychotherapie-Richtlinie gesondert auf das Setting der Gruppenpsychotherapie hinzuweisen, damit dieses bei den Entscheidungen über die jeweils indizierte Behandlung bzw. Versorgungsform stärker berücksichtigt wird. Zugleich ist davon auszugehen, dass eine Erhöhung des Anteils der Gruppenpsychotherapie an den psychotherapeutischen	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	Behandlungsleistungen wesentlich von anderen Faktoren und Rahmenbedingungen für die Erbringung von Gruppenpsychotherapie abhängig ist.		
BÄK	<p>Abs. 4 Nr. 2</p> <p>In Nr. 2. sollte folgende Ergänzung nach dem ersten Satz eingefügt werden:</p> <p><i>„Je nach Verfahren werden unterschiedliche psychotherapeutische Instrumente, wie z.B. Übertragungs-Gegenübertragungs-Widerstands- oder Verhaltensanalyse vom Psychotherapeuten angewandt, um den Behandlungs- und Heilungsprozess des Patienten zu fördern“.</i></p> <p>Begründung</p> <p>Diese Aussage findet sich auch bei der Einzeltherapie (Abs. 4 Nr. 1.), kennzeichnet aber auch die Methode der psychoanalytisch begründeten Gruppenpsychotherapie.</p>	Der UA PT begrüßt und übernimmt den Vorschlag der BÄK.	Änderung am BE wie folgt: <i>„Je nach Verfahren werden unterschiedliche psychotherapeutische Instrumente, wie z.B. Übertragungs-Gegenübertragungs-Widerstands- oder Verhaltensanalyse vom Psychotherapeuten angewandt, um den Behandlungs- und Heilungsprozess der Patientin oder des Patienten zu fördern.“</i>
BPtK	<p>Mit der Einfügung eines neuen Absatzes 4 wird in Satz 1 an prominenter Stelle in der Psychotherapie-Richtlinie auf die drei wesentlichen Behandlungssettings der ambulanten Psychotherapie hingewiesen – die Behandlung im Einzelsetting, im Gruppensetting und als Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Diese Klarstellung unter den übergreifenden Merkmalen von Psychotherapie ist zu begrüßen.</p>	Der UA PT nimmt die generelle Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
	<p>Die sich an Satz 1 anschließenden Ausführungen zu den drei Settings unter Ziffer 1 bis 3 sind dagegen nicht geeignet, Psychotherapeuten oder Patienten eine sinnvolle Orientierung zu der Ausgestaltung der Behandlung in den verschiedenen Settings oder zur Frage der Indikation für ein bestimmtes Setting zu bieten. Diesen Ausführungen kommt zum einen kein eigentlicher Regelungsinhalt zu und entspricht auch formal eher einer Kommentierung zur Psychotherapie-Richtlinie, zum anderen decken die Beschreibungen der Behandlung in diesen Settings nur sehr selektiv einzelne fachliche Überlegungen zu wesentlichen Prozessen und Interventionen der psychotherapeutischen Behandlung sowie zu den möglichen Indikationen der jeweiligen Settings ab.</p>	Der Vorschlag der BPtK führt zu einer deutlichen inhaltlichen Verkürzung, die dem Sachverhalt nicht angemessen erscheint.	Keine Änderung am BE. Änderung am BE: Die Einfügung <i>„die Eignung der Behandlung in den verschiedenen Settings individuell zu prüfen und“</i> wird zur Präzisierung

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Die Beschreibungen sind zum Teil fachlich umstritten. Beispielhaft sei an dieser Stelle auf die Auflistung von psychotherapeutischen Instrumenten unter Ziffer 1 hingewiesen, die zur Förderung des Behandlungs- und Heilungsprozesses angewandt werden. Hierbei wird u. a. die Verhaltensanalyse genannt, die de facto vorrangig der verfahrensspezifischen Diagnostik dient und nicht als prototypisches psychotherapeutisches Instrument in der Behandlung angesehen werden kann. Genauso stellt das Gruppensetting nicht exklusiv dasjenige Setting dar, in dem interpersonelle Probleme unmittelbar prozessual aktiviert und bearbeitet werden können, sondern dies ist für viele interpersonelle Probleme mindestens in vergleichbar effektiver Weise im Einzelsetting möglich. Schließlich stellen die Ausführungen zur differenziellen Indikation der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie in Abgrenzung zur alleinigen Einzelpsychotherapie oder alleinigen Gruppenpsychotherapie unter Ziffer 3 eine extreme Verkürzung dar und können in dieser Form nicht handlungsleitend bei der gemeinsamen Entscheidung von Psychotherapeut und Patient über das zu wählende Setting sein.</p> <p>Die BPTK plädiert daher dafür, die Ziffern 1 bis 3 in § 4 Absatz 4 ersatzlos zu streichen.</p> <p>Die Erläuterungen der letzten beiden Sätze in Absatz 4 beinhalten dagegen die sinnvolle Klarstellung, dass alle drei Settings grundsätzlich bei allen Indikationen nach § 26 zur Anwendung kommen können und weisen darauf hin, dass die Auswahl des geeigneten Behandlungssettings stets individuell nach diagnostischer Abklärung zu erfolgen hat und in Absprache mit dem Patienten zu treffen ist. Aus Sicht der BPTK sollte hierbei noch stärker betont werden, dass die Indikation der Behandlung in den verschiedenen Settings von der behandelnden Psychotherapeutin oder dem behandelnden Psychotherapeuten individuell für die Patientin oder den Patienten aus fachlich-psychotherapeutischer Perspektive zu prüfen ist und die Auswahl des geeigneten Behandlungssettings dann in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten getroffen wird. Die BPTK schlägt daher vor, diese Erläuterungen wie folgt als Satz 2 und 3 des § 4 Absatz 4 in den Normtext der Psychotherapie-Richtlinie aufzunehmen:</p> <p><i>²Es können alle Indikationen nach § 26 im Einzelsetting, im Gruppensetting oder in Kombination beider Settings behandelt werden. ³Der behandelnde Psychotherapeut hat auf Grundlage der diagnostischen Abklärung des Störungsbildes die Eignung der Behandlung in den verschiedenen Settings individuell zu prüfen und bei der</i></p>		übernommen.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<i>Behandlungsplanung die Auswahl des geeigneten Behandlungssettings in Absprache mit dem Patienten zu treffen.“</i>		
	Schließend soll an dieser Stelle noch ein Hinweis zu einer Ausführung in den Tragenden Gründen zur Änderung des § 4 Psychotherapie-Richtlinie erfolgen. In den Tragenden Gründen wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass im Bundesmantelvertrag die Formulareätze (PTV) überarbeitet werden sollen „mit dem Ziel, eine Gleichbehandlung der Einzel- und Gruppentherapie zu erreichen (u. a. einheitliche Berichtsinhalte für alle Gruppen-PT-Verlängerungsanträge für die Mitglieder einer Gruppe, Entwicklung eines separaten Informationsblattes für die Gruppentherapie, Ergänzung eines Feldes für die Beantragung einer Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie und eines Feldes, aus dem ersichtlich ist, ob die Therapie in Kooperation mit einem anderen Therapeuten erfolgt).“ Falls mit „einheitlichen Berichtsinhalten für alle Gruppen-PT-Verlängerungsanträge für die Mitglieder einer Gruppe“ eine bereits in früheren Jahren diskutierte Idee gemeint sein sollte, dass der Verlängerungsbericht in diesem Abschnitt nicht auf den einzelnen Patienten bezogen, sondern die Gruppe als Ganzes dargestellt werden soll, so wird dies aus fachlichen Gründen abgelehnt. Die Bewertung des Behandlungsverlaufs, die weitere Behandlungsplanung und die Indikation für die weitere Therapie ist stets in Bezug auf den einzelnen Patienten vorzunehmen und sollte in der Form auch Gegenstand des Berichtes an den Gutachter sein.	Der UA PT nimmt die Anmerkung zu den Ausführungen in den Tragenden Gründen zur Kenntnis. Dieser Hinweis wird den Partnern des Bundesmantelvertrages zur Verfügung gestellt.	Keine Änderung an BE und Tragenden Gründen.

Zu § 9 Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BPtK	Die Ergänzung in § 9 soll der Klarstellung dienen, dass bei Kindern und Jugendlichen nicht nur Familienmitglieder in die Therapie einbezogen werden können, sondern auch weitere relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes bzw. Jugendlichen. Eine solche Klarstellung ist zu begrüßen, allerdings impliziert der konkrete Vorschlag eine mögliche Einengung für den Einbezug relevanter Bezugspersonen bei der Behandlung von Erwachsenen auf die Familienmitglieder und den Partner bzw. die Partnerin. Die Aufzählung in Klammern zu den in Satz 1 genannten relevanten Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld können bei Ergänzung von Satz 2 so verstanden werden, dass es sich hierbei um eine	Dem Vorschlag der BPtK wird dahingehend gefolgt, dass im Klammerzusatz ein „insbesondere“ ergänzt wird und zur Deutlichmachung, dass bei der Psychotherapie mit Kindern- und Jugendlichen die Bezugspersonen auch aus einem weiter gefassten sozialem Umkreis herangezogen werden	Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>abschließende Aufzählung der bei erwachsenen Patienten einbezieharen Bezugspersonen handelt. Eine solche Einengung würde aber gerade der Lebenssituation von erwachsenen Patienten mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen oder einer Behinderung nicht gerecht werden, bei denen beispielsweise die Einbeziehung des Betreuers oder des Einzelfallhelfers des Patienten in die Therapie als relevante Bezugsperson angezeigt sein kann. Die Indikationsstellung für die Einbeziehung von Bezugspersonen sollte daher allein unter fachlichen Gesichtspunkten individuell vom behandelnden Psychotherapeuten vorgenommen werden können und durch die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie keine rigiden Eingrenzungen erfahren, die den spezifischen Lebenslagen von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen nicht gerecht werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt daher vor, § 9 wie folgt zu ändern:</p> <p><i>„Im Rahmen einer Psychotherapie kann es notwendig werden, zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges relevante Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld (z. B. Partnerin oder Partner, Familie, <u>Betreuerin</u> oder <u>Betreuer</u>) der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einzubeziehen. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es notwendig werden, für die Behandlung der Störung relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.“</i></p> <p>Nach § 11 Absatz 9 der Psychotherapie-Vereinbarung ist bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen die für die Einbeziehung von Bezugspersonen vorgesehene Stundenzahl, sofern sie nicht das Verhältnis von 1:4 zur Stundenzahl des Patienten überschreitet, der Stundenzahl für die Behandlung des Patienten hinzuzurechnen. Soll die Einbeziehung der Bezugspersonen in Gruppen erfolgen, darf gemäß § 11 Absatz 10 der Psychotherapie-Vereinbarung das Verhältnis von 1:2 zur Stundenzahl des Patienten nicht überschritten werden. Insofern stellt eine flexiblere Auslegung der Regelung zum Einbezug von relevanten Bezugspersonen kein relevantes Risiko für eine Mengenausweitung dar, da bei Erwachsenen die Einbeziehung von Bezugspersonen grundsätzlich im Rahmen des bewilligten Therapiestundenkontingentes erfolgt. Allerdings hält es die BPtK insbesondere für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit festgestellter Schwerbehinderung (GdB \geq 50) für erforderlich, dass bei dieser Personengruppe nicht nur die Einbeziehung von Bezugspersonen in die Psychotherapie vorgesehen wird, sondern – analog der Regelung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen – auch die Herausnahme dieser Bezugspersonengespräche aus dem Behandlungskontingent, sofern diese das</p>	<p>können, ein „auch“ ergänzt.</p>	

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	Verhältnis von 1:4 zur Stundenzahl der Patientin bzw. des Patienten nicht überschreiten, ermöglicht wird.		

Zu § 10 Verbindung von Diagnostik und Therapie

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	<p>Abs. 2</p> <p>Folgende Ergänzung sollte nach dem ersten Satz vorgesehen werden:</p> <p><i>„Die ODA und DDA umfasst, falls erforderlich, auch die konsiliarische Einbeziehung einer Ärztin oder eines Arztes“.</i></p> <p>Begründung</p> <p>Eine orientierende diagnostische und/oder differentialdiagnostische Abklärung bezieht sich auch auf die somatischen und psychosomatischen Störungen, daher ist ggf. eine weitere diagnostische Abklärung bei einem Arzt notwendig. Für den psychologischen Psychotherapeuten ist dies eine Absicherung, ein obligatorischer Konsiliarbericht in dieser Phase wird nicht angestrebt.</p>	Die rechtzeitige Abklärung möglicher somatischer Anteile einer Störung ist bereits berufsrechtlich (§ 5 Absatz 6 Musterberufsordnung Psychotherapeuten) geregelt. Die Prüfung und ggf. Abstimmung bei der Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung mit möglichen anderen Leistungserbringern ist Bestandteil jeder psychotherapeutischen Behandlung.	Keine Änderung am BE.
BPtK	<p>Die BPtK begrüßt die Einfügung von Satz 4 in § 10 Absatz 1, mit der im Sinne einer Förderung der Gruppenpsychotherapie noch einmal explizit der Auftrag formuliert wird, vor dem Hintergrund der diagnostizierten Erkrankung die Indikation für eine Gruppenpsychotherapie zu prüfen und die Möglichkeit der Behandlung im Setting der Gruppenpsychotherapie bei der Therapieentscheidung und Behandlungsplanung in angemessener Weise zu berücksichtigen.</p>	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
	<p>Darüber hinaus sieht der Beschlussentwurf die Einfügung eines neuen Absatzes 2 vor, der im Wesentlichen Inhalte der Psychotherapeutischen Sprechstunde definiert. So werden die Elemente der Orientierenden Diagnostischen Abklärung (ODA) und der Differenzialdiagnostischen Abklärung (DDA) als Leistungen der Sprechstunde beschrieben, die die Diagnostik vor der Indikationsstellung für eine therapeutische Maßnahme zum Ziel haben. Als weitere Vorgabe für die inhaltliche Ausgestaltung der Sprechstunde wird definiert, dass hierbei in der Regel standardisierte diagnostische Instrumente einzusetzen sind und die Ergebnisse in die Beratung der Patientin bzw.</p>	<p>Der UA PT nimmt die Ausführungen zur Kenntnis und würdigt diese an entsprechender Stelle der geplanten Richtlinienänderung.</p> <p>Dem Vorschlag einer Umstrukturierung wird nicht gefolgt.</p>	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>des Patienten einzubringen sind. Schließlich wird in Satz 4 erläutert, dass es sich bei der ODA nicht um eine verfahrensbezogene Diagnostik zur Überprüfung der Eignung für ein Psychotherapieverfahren nach § 15 handelt, sondern um eine diagnostische Abklärung vor der Indikationsstellung, die auch andere Maßnahmen als eine Richtlinien-therapie zur Folge haben kann.</p> <p>Da es sich bei den Regelungsinhalten des § 10 Absatz 2 um wesentliche Vorgaben für die konkrete inhaltliche Ausgestaltung der Sprechstunde handelt, spricht sich die BPTK dafür aus, diese Regelungsinhalte in § 11 zu verorten. Eine Diskussion der hier kodifizierten Inhalte der Sprechstunde und der hierzu gewählten Formulierungen erfolgt dabei im Rahmen der Stellungnahme zu den Regelungsinhalten des § 11 der Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung des Beschlussentwurfes.</p>		

Zu § 11 Psychotherapeutische Sprechstunde

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	Die Bundesärztekammer begrüßt die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde, um einen zeitnahen niederschweligen Zugang der Patientin oder des Patienten zu der psychotherapeutischen Versorgung zu ermöglichen. Auch die orientierende diagnostische Abklärung und die differentialdiagnostische Erwägungen können in der Sprechstunde erfolgen.	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
BPTK	Die Einrichtung der Psychotherapeutischen Sprechstunde ist nach Auffassung der BPTK ein zentrales Element der aktuellen Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. Über die Sprechstunden soll den Patientinnen und Patienten ein zeitnaher Zugang zum Psychotherapeuten, eine frühzeitige diagnostische Abklärung des Behandlungsbedarfes und eine darauf aufbauende Indikationsentscheidung für die weitere Versorgung ermöglicht werden. Daher begrüßt die BPTK, dass der G-BA die Sprechstunde qualitativ und quantitativ so ausgestaltet hat, dass hinreichend flexibel die erforderliche diagnostische Abklärung der vorliegenden psychischen Erkrankungen in der gebotenen Tiefe erfolgen kann und eine Klärung des jeweiligen Behandlungsbedarfes und Beratung der Patientin oder des Patienten zu den indizierten Versorgungsangeboten und Behandlungsalternativen sowie die Unterstützung des Patienten bei der Inanspruchnahme des indizierten	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	Versorgungsangebotes möglich ist.		
	<p>Die Möglichkeit, die Sprechstunde auch in Einheiten von 25 Minuten zu erbringen, und ein Umfang von bis zu 150 Minuten Sprechstundeneinheiten erlauben es den Psychotherapeuten, das Sprechstundenangebot an die jeweilige Praxisorganisation und die individuellen Bedarfe der Patientinnen und Patienten anzupassen. Die erforderlichen diagnostischen Abklärungsprozesse können so möglichst effizient und patientenorientiert ausgestaltet werden, dass zeitnah und in der gebotenen Differenziertheit eine Erfassung des Krankheitsbildes und des daraus resultierenden Versorgungsbedarfes gelingen kann. Dabei ist es angemessen, dass im Rahmen der Sprechstunde gemäß Absatz 4 zur Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse bei der diagnostischen Abklärung der psychischen Erkrankungen und des resultierenden Behandlungsbedarfes zur Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen Sprechstundeneinheiten von weiteren 100 Minuten erbracht werden können. Die berufsrechtlich vorgegebenen Regelungen zur Schweigepflicht, insbesondere bei Jugendlichen, sind dabei zu berücksichtigen (Stellpflug & Berns, 2015).</p>	<p>Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.</p> <p>Klarstellung: Die 100 Minuten Sprechstundeneinheiten, die auch ohne Kinder und Jugendliche erbracht werden können, sind Teil der 250 Minuten, die insgesamt bei Kindern und Jugendlichen erbracht werden können.</p>	Keine Änderung am BE.
	<p>Damit die mit der Einrichtung der Psychotherapeutischen Sprechstunde verbundenen Ziele des Gesetzgebers eines zeitnahen Zugangs von Patienten zum Psychotherapeuten und des Abbaus von Wartezeiten auf ein Erstgespräch erreicht werden können, ist es erforderlich, dass bundesweit ein ausreichendes Angebot an Psychotherapeutischen Sprechstunden entsteht. Mit der Sprechstunde ist aber auch die Aufgabe verbunden, noch stärker als bisher die Koordination der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Beschwerden und Erkrankungen zu übernehmen. Der Sprechstunde kommt in diesem Sinne auch eine Steuerungsfunktion zu, innerhalb und außerhalb einer ggf. weiterführenden ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, sodass Patientinnen und Patienten nach entsprechender Indikationsstellung und Beratung möglichst auf ein breites Spektrum an Versorgungsangeboten verwiesen und vermittelt werden können. Hierbei sind jeweils die Besonderheiten des regional vorhandenen Versorgungsangebotes zu beachten.</p>	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
	<p>Daher ist es aus Sicht der BPTK zielführend, dass die Psychotherapeutische Sprechstunde, wie in Absatz 1 Satz 2 vorgeschlagen, als Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung etabliert wird und dabei für die anbietenden</p>	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Psychotherapeuten mit Mindestvorgaben für den Umfang der bereitzustellenden Sprechstunden und der Erreichbarkeit der Praxis verbunden wird, um dem Bedarf der Patienten an diesem Leistungsangebot ausreichend Rechnung zu tragen. Mit den vorgeschlagenen Regelungen wird für Patientinnen und Patienten, die einer psychotherapeutisch-diagnostischen Abklärung von psychischen Beschwerden bzw. Erkrankungen und einer Klärung des Behandlungsbedarfes bedürfen, ein transparenter Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung geebnet.</p> <p>In den Tragenden Gründen zu den Regelungen des § 11 Absatz 1 besteht zwischen der KBV und dem GKV-SV ein Dissens, ab wann die in Absatz 1 Satz 1 erforderliche Zeitnähe der Terminvergabe für die Sprechstunde gegeben ist. Während für den GKV-SV die erforderliche Zeitnähe jedenfalls dann gegeben ist, wenn eine Terminierung innerhalb von zwei Wochen ab dem Zeitpunkt der Kontaktaufnahme erfolgt, spricht sich die KBV hierbei für einen Zeitraum von vier Wochen aus. Dabei bleibt zunächst ungeklärt, was durch Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit den zugehörigen Tragenden Gründen konkret geregelt werden soll.</p> <p>Vor dem Hintergrund der bestehenden Regelungen zu den Terminservicestellen in Anlage 28 des Bundesmantelvertrages (BMV), die spätestens ab 1. Januar 2017 auch für die Vermittlung von Terminen der Psychotherapeutischen Sprechstunde tätig werden sollen, spricht sich die BPtK dafür aus, den Begriff „zeitnah“ im Sinne der Richtlinie analog der Regelung in § 2 Absatz 1 Satz 2 Anlage 28 BMV als Zeitraum zwischen erster Kontaktaufnahme und erstem Termin der Psychotherapeutischen Sprechstunde von maximal vier Wochen zu definieren („Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Termin darf vier Wochen nach Bekanntwerden des Vermittlungswunsches nicht überschreiten.“).</p>		
BÄK	<p>Abs. 2</p> <p>Die Bundesärztekammer spricht sich dabei für die Position der KBV und des GKV-SV aus. Diese besagt, dass die psychotherapeutische Sprechstunde als Kann-Vorschrift in die Richtlinien aufgenommen wird und der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin dies der Kassenärztlichen Vereinigung anzeigt.</p> <p>Begründung</p> <p>Es ist zurzeit noch nicht abzusehen, wie sich die Einrichtung einer Sprechstunde auswirkt. Es gibt eine Reihe von Arztgruppen, die psychisch und psychosomatisch</p>	<p>KBV/GKV-SV</p> <p>Die KBV und der GKV-SV begrüßen den Vorschlag der BÄK.</p> <p>PatV</p> <p>Die PatV nimmt den Vorschlag zur Kenntnis und behält ihr Position bei, um ein Gleichgewicht zwischen der Verpflichtung der Patient zur</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Kranke in ihren Sprechstunden diagnostizieren und weiterleiten, z. B. die hausärztlich tätigen Facharztgruppen (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendärzte), Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, für Orthopädie und weitere Facharztgruppen sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie. Den psychologischen Psychotherapeuten sollte freigestellt werden, ob sie an ihrer bisherigen Richtlinien-Praxis festhalten, keine Sprechstunden anzubieten und somit mehr Zeit für Psychotherapien zur Verfügung haben oder Sprechstunden einrichten.</p>	<p>Inanspruchnahme der Sprechstunde und der Verpflichtung der Therapeuten zu einem entsprechenden Angebot herzustellen. Des Weiteren betrachtet die PatV dies als eine zentrale Leistung des Versorgungsauftrags.</p>	
BPtK	<p>Eine generelle Verpflichtung aller Psychotherapeuten zur Einrichtung von Sprechstunden, wie sie von der Patientenvertretung in § 11 Absatz 2 vorgeschlagen wird, scheint dabei auch mit Blick auf zum Teil bestehende Kooperationsbeziehungen von niedergelassenen Psychotherapeuten zu psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen sowie entsprechenden Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, aber auch zu Psychiatrischen Institutsambulanzen und niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie nicht zielführend. In diesen Fällen kann über die bestehenden Kooperationsbeziehungen ein schneller Zugang von Patienten zur ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung, beispielsweise nach einer stationären psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung, sichergestellt werden. Hier werden die gewünschten Steuerungsprozesse der Sprechstunde bereits über die zuweisenden Einrichtungen gewährleistet.</p>	<p>KBV/GKV-SV</p> <p>Die KBV und der GKV-SV begrüßen den Vorschlag der BPtK.</p> <p>PatV</p> <p>Die PatV nimmt den Vorschlag zur Kenntnis und behält ihr Position bei, um ein Gleichgewicht zwischen der Verpflichtung der Patient zur Inanspruchnahme der Sprechstunde und der Verpflichtung der Therapeuten zu einem entsprechenden Angebot herzustellen. Des Weiteren betrachtet die PatV dies als eine zentrale Leistung des Versorgungsauftrags.</p>	Keine Änderung am BE.
BÄK	<p>Abs. 3</p> <p>Die Bundesärztekammer spricht sich für eine Ergänzung in Satz 1 aus, wie bereits für § 10 (Abs. 2) empfohlen:</p> <p><i>„Bei Verdacht auf eine seelische Krankheit findet im Rahmen der Sprechstunde (...), ggf. unter konsiliarischer Einbeziehung einer Ärztin oder eines Arztes“.</i></p>	<p>Die rechtzeitige Abklärung möglicher somatischer Anteile einer Störung ist bereits berufsrechtlich (§ 5 Absatz 6 Musterberufsordnung Psychotherapeuten) geregelt. Die Prüfung und ggf. Abstimmung bei der Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung mit möglichen anderen Leistungserbringern ist Bestandteil jeder</p>	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Darüber hinaus sollte eine Regelung aufgenommen werden, die besagt, wenn Sprechstunden nicht eingeführt werden, dennoch sichergestellt werden muss, dass eine telefonische Erreichbarkeit in dem vorgeschlagenen Umfang besteht und Terminvergaben für ein erstes Gespräch zeitnah vergeben werden können.</p>	<p>psychotherapeutischen Behandlung.</p> <p>GKV-SV/KBV: Dem Vorschlag der BÄK wird gefolgt. Therapeutinnen und Therapeuten, die keine Sprechstunde anbieten, müssen zukünftig sicherstellen, dass eine Erreichbarkeit von drei Stunden in der Woche in halbstündigen Zeiteinheiten besteht. Bei einem halben Versorgungsauftrag halbiert sich die Zeit auf 1,5 Stunden, die ebenfalls in halbstündigen Zeiteinheiten zu erbringen sind.</p> <p>PatV Durch die verpflichtende Sprechstunde sind die Strukturvorgaben von allen Therapeutinnen und Therapeuten zu erbringen.</p>	<p><i>Der BE wird wie folgt geändert: „Eine telefonische persönliche Erreichbarkeit zur Terminkoordination ist von allen Therapeutinnen und Therapeuten unter Beachtung von berufs- und vertragsarztrechtlichen Vorgaben zu definierten und zu veröffentlichenden Zeiten zu gewährleisten; insgesamt ist bei einem vollem Versorgungsauftrag eine telefonische persönliche Erreichbarkeit durch die Therapeutin oder den Therapeuten oder ihr/sein Praxispersonal von 150 Minuten pro Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten sicherzustellen. Entsprechend gelten 75 Minuten pro Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten bei einem hälftigen Versorgungsauftrag. Sofern Sprechstunden nach § 11 erbracht werden sollen, gilt abweichend hiervon § 11 Absatz 5. Die Therapeutin oder der Therapeut teilt die Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen</i></p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
			Vereinigung zur Information der Patientinnen oder Patienten mit.“
BPtK	<p>In § 11 Absatz 3 werden wesentliche Inhalte der Psychotherapeutischen Sprechstunde konkretisiert. Daher sollen an dieser Stelle auch diejenigen Regelungsinhalte des § 10 Absatz 2 aufgenommen werden, die in Absatz 3 noch nicht hinreichend ausformuliert sind. Aufgrund des inhaltlichen Zusammenhanges und der unklaren Bezugnahme auf die Regelung in Absatz 13 sollte dabei auch der Regelungsinhalt des Absatzes 10 integriert werden, welcher damit ersatzlos entfallen kann. Ungeachtet der Definition der Richtlinienpsychotherapie in § 1 Absatz 1, welche die Psychotherapeutischen Sprechstunden nicht umfasst, sind alle im Rahmen der Sprechstunde erbrachten Leistungen psychotherapeutische Tätigkeiten und sozialrechtlich zum Begriff der psychotherapeutischen Behandlung zu zählen (u. a. Diagnostik, Befundung, Aufklärung, Interventionen, Dokumentation, Empfehlungen zum weiteren Vorgehen).</p> <p>Die BPtK schlägt daher vor, den Absatz 3 wie folgt zu fassen:</p> <p><i>„(3) Bei Verdacht auf eine seelische Krankheit findet im Rahmen der Sprechstunde eine Orientierende Diagnostische Abklärung (ODA) und, sofern erforderlich, eine Differenzialdiagnostische Abklärung (DDA) statt. Beide haben die Diagnostik vor Indikationsstellung für eine therapeutische Maßnahme zur Zielsetzung. Bei der ODA handelt es sich nicht um eine verfahrensgebundene Diagnostik zur Überprüfung der Eignung für ein Psychotherapieverfahren nach § 15, sondern um eine Abklärung vor der Indikationsstellung, die möglicherweise auch andere Maßnahmen zur Folge haben kann. Hierbei sollten in der Regel auch standardisierte diagnostische Instrumente eingesetzt werden. Die Ergebnisse der Diagnostik sind in die Information und Beratung der Patientin oder des Patienten einzubringen. Weiterhin erfolgen in der Sprechstunde die Abklärung des individuellen Behandlungsbedarfes, eine erste Diagnosestellung und Klärung, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung gemäß § 26 vorliegt, dementsprechende Behandlungsempfehlungen sowie, sofern erforderlich, eine kurze psychotherapeutische Intervention. Darüber hinaus sollen dem Patienten oder der Patientin, sofern erforderlich, Hinweise auf andere Hilfemöglichkeiten gegeben werden.“</i></p>	Der UA PT folgt nicht dem Vorschlag einer Umstrukturierung. Es sind keine inhaltlichen Verbesserungen durch eine Umstrukturierung zu erwarten.	Keine Änderung am BE.
	In diesem Sinne ist die Mindestvorgabe in § 11 Absatz 4 von 100 Minuten	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	Sprechstundenzeiten pro Woche im Falle eines vollen Versorgungsauftrages eine geeignete Richtgröße, um in kurzer Zeit ein ausreichendes Angebot an Sprechstunden entstehen zu lassen.	Kenntnis.	
	Auf eine Verpflichtung aller Psychotherapeuten zum Angebot von Sprechstunden und zur Erfüllung der damit verbundenen Mindestanforderungen, wie sie von der Patientenvertretung vorgeschlagen wird, kann daher verzichtet werden.	<p>KBV/GKV-SV</p> <p>Die KBV und der GKV-SV begrüßen den Vorschlag der BPtK.</p> <p>PatV</p> <p>Die PatV nimmt den Vorschlag zur Kenntnis und behält ihr Position bei, um ein Gleichgewicht zwischen der Verpflichtung der Patient zur Inanspruchnahme der Sprechstunde und der Verpflichtung der Therapeuten zu einem entsprechenden Angebot herzustellen. Des Weiteren betrachtet die PatV dies als eine zentrale Leistung des Versorgungsauftrags.</p>	Keine Änderung am BE.
	<p>In Absatz 5 wird geregelt, dass als weitere Strukturanforderungen für das Angebot von Sprechstunden zur Terminkoordination eine telefonische persönliche Erreichbarkeit zu definierten und zu veröffentlichenden Zeiten zu gewährleisten ist. Diese soll im Falle eines vollen Versorgungsauftrages im Umfang von 5 Stunden pro Woche und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag entsprechend 2,5 Stunden pro Woche sichergestellt werden. Diese soll in Einheiten mit einer Mindestdauer von 25 Minuten umgesetzt werden.</p> <p>Auch in Relation zu der Mindestanforderung von 100 Minuten Psychotherapeutischen Sprechstunden pro Woche, die zur Verfügung gestellt werden müssen, und vor dem Hintergrund der Möglichkeiten von elektronischen Terminbuchungssystemen erscheint ein Umfang von 5 Stunden, zu denen eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut die telefonische persönliche Erreichbarkeit gewährleisten muss, zu hoch angesetzt und würde ggf. der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unnötig Behandlungskapazitäten entziehen. Die BPtK spricht sich daher dafür aus, Absatz 5 wie folgt zu fassen:</p>	Der UA PT nimmt den Vorschlag zur Kenntnis. Dieser erscheint nicht sachgerecht.	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>„(5) Eine telefonische persönliche Erreichbarkeit zur Terminkoordination zu definierten und zu veröffentlichenden Zeiten ist zu gewährleisten; insgesamt ist bei einem vollen Versorgungsauftrag eine telefonische persönliche Erreichbarkeit durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin oder sein/ihr Praxispersonal von 3 Stunden pro Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten sicherzustellen. Entsprechend gelten 1,5 Stunden bei einem hälftigen Versorgungsauftrag.“</p> <p>In den Tragenden Gründen sollte hierzu weiterhin klargestellt werden, dass Stunden im Sinne der Richtlinie als Einheiten von 50 Minuten definiert sind. Dies erscheint zumindest vor dem Hintergrund der Definition der Mindestdauer einer Einheit in Höhe von 25 Minuten zielführend.</p>		
BÄK	<p>Abs. 8</p> <p>Die Bundesärztekammer schließt sich der Position der KBV an, dass nach Krankenhausvorbehandlung eine Akutbehandlung nach § 13 oder auch eine Behandlung nach § 15 ohne Sprechstunde beginnen kann.</p>	<p>Die KBV und PatV nehmen die Ausführung zur Kenntnis und stimmen zu. Der GKV-SV schließt sich dem Vorschlag der Stellungnehmer nach Prüfung an.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>
BPTK	<p>In diesem Sinne (<i>Anmerkung: gemeint ist der schnelle Zugang zur Therapie</i>) befürwortet die BPTK auch die Definition von Ausnahmen in § 11 Absatz 8 für Patientinnen und Patienten, die ohne vorherige Sprechstunde bei dem jeweiligen Psychotherapeuten erforderliche probatorische Sitzungen nach § 12 und eine Akutbehandlung nach § 13 beginnen können.</p> <p>Hierbei sollten als weitere Ausnahme diejenigen Patientinnen und Patienten ergänzt werden, die bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten bereits zu einem früheren Zeitpunkt wegen einer psychischen Erkrankung gemäß § 26 Psychotherapie-Richtlinie eine Behandlung nach § 15 durchgeführt haben. So wäre es beispielsweise bei Patientinnen und Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung oder mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht zielführend, dass diese bei einer erneuten depressiven Episode oder einer erneuten Verschlechterung der psychopathologischen Symptomatik zunächst im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorstellig werden müssen, sondern dass sie mit ihrem psychotherapeutischen Behandlungswunsch direkt bei dem Vorbehandler im Rahmen der probatorischen Sitzung die Indikation für eine erneute psychotherapeutische Behandlung nach § 15 prüfen lassen können. Gleichfalls sollten als weitere Ausnahme diejenigen Patientinnen und Patienten ergänzt werden,</p>	<p>Der UA PT nimmt den Vorschlag zur Kenntnis und sieht keinen Änderungsbedarf.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	die von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie oder Nervenheilkunde nach ausführlicher Diagnostik und Indikationsstellung überwiesen werden, auch wenn diese selbst keine Psychotherapeutische Sprechstunde gemäß § 11 anbieten.		
BÄK	<p>Abs. 11</p> <p>Die Bundesärztekammer fordert hier ebenfalls eine obligate Einholung eines Konsiliarberichtes bei Abklärung einer somatischen Erkrankung. Es muss ergänzt werden:</p> <p><i>„Vor Beginn einer Richtlinien-Psychotherapie (§ 13 oder § 15) wird von dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin eine Abklärung einer somatischen Erkrankung eingeholt.“</i></p>	Der Sachverhalt ist bereits in § 31 (neu) der Psychotherapie-Richtlinie geregelt.	Keine Änderung am BE.
	Entschließt sich ein Psychotherapeut/eine Psychotherapeutin, feste Sprechstunden einzurichten, so sind auch die erforderlichen Zeiten an Sprechstunden anzugeben.	Der UA PT nimmt die Ausführung zur Kenntnis und sieht keinen Regelungsbedarf.	Keine Änderung am BE.
BÄK	<p>Abs. 15 (Anmerkung: betrifft § 11 Abs. 15 Satz 1)</p> <p>Die Bundesärztekammer sieht ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinien-Psychotherapie als sinnvoll und notwendig an. Dies gilt ebenso für eine schriftliche Rückmeldung zum Ergebnis der Sprechstunde (individuelle Patienteninformation). Eine individuelle Patienteninformation soll die Ergebnisse aus der Sprechstunde zusammenfassen.</p>	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
	<p>Abs. 15 (Anmerkung: betrifft § 37 Abs. 2)</p> <p>Aus datenschutzrechtlichen Bestimmungen kann diese Information nicht an die entsprechenden Krankenkassen weitergegeben werden. Es können nur abrechnungsrelevante Informationen nach § 294 ff. SGB V weitergegeben werden.</p>	<p>GKV-SV</p> <p>GKV-SV nimmt die Ausführung zur Kenntnis. Die Regelung wird vom GKV-SV gestrichen.</p> <p>KBV</p> <p>Die KBV nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.</p> <p>PatV</p> <p>Die PatV begrüßt die Ausführungen der</p>	<p>Änderung am BE (Streichung).</p> <p>Keine Änderung am BE.</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		BÄK.	Änderung am BE (Streichung).
	<p>Abs. 15 (Anmerkung: betrifft § 11 Abs. 15 Satz 2)</p> <p>Die Bundesärztekammer schließt sich ferner der Auffassung der Patientenvertreter an, dass die Informationsblätter den Richtlinien als Anlage beigefügt werden.</p>	<p>GKV-SV/KBV</p> <p>GKV-SV und KBV nehmen die Ausführung zur Kenntnis.</p> <p>PatV</p> <p>Die PatV begrüßt die Ausführung.</p>	Keine Änderung am BE.
BPtK	<p>Hinsichtlich der Regelung in § 11 Absatz 15 begrüßt die BPtK, dass Patientinnen und Patienten künftig im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinien-therapie sowie eine schriftliche Rückmeldung zum Ergebnis der Sprechstunde erhalten sollen. Dies stellt einen wichtigen Baustein für eine angemessene Information und Beratung von Patientinnen und Patienten über die Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten sowie die Ergebnisse der diagnostischen Abklärung ihrer psychischen Beschwerden, der darauf aufbauenden Indikationsstellung und der Behandlungsempfehlungen einschließlich der Behandlungsalternativen dar. Eine solche allgemeine und individuelle Patienteninformation kann die Patientinnen und Patienten dabei besser in die Lage versetzen, gemeinsam mit dem Psychotherapeuten über das weitere Vorgehen zu entscheiden und auch im Behandlungsverlauf autonom auf die Ergebnisse der Sprechstunde zurückzugreifen.</p>	<p>Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.</p>	Keine Änderung am BE.
	<p>Bereits aus dem Patientenrechtegesetz und den Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern ergibt sich, dass diese individuelle Patienteninformation auch Bestandteil der Patientendokumentation gemäß § 37 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie sein muss. Die BPtK befürwortet dabei den Regelungsvorschlag der Patientenvertretung, dass die beiden Informationsblätter, nach entsprechender Entwicklung durch den G-BA, ggf. unter Hinzuziehung eines seiner Institute, per Beschluss der Richtlinie als Anlagen beigefügt werden. Dass die Entscheidungshoheit für die konkrete inhaltliche Ausgestaltung der Patienteninformationsblätter bzw. des entsprechenden Musters für die individuelle Patienteninformation beim G-BA verbleiben sollte, ergibt sich bereits mit Blick auf</p>	<p>GKV-SV/KBV</p> <p>GKV-SV und KBV nehmen die Ausführung zur Kenntnis.</p> <p>PatV</p> <p>Die PatV begrüßt die Ausführung.</p>	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>künftige Qualitätssicherungsverfahren im Bereich psychischer Erkrankungen. Der G-BA sollte hierfür in der Lage bleiben, die spezifischen Vorgaben zur Erfassung und Dokumentation von qualitätsrelevanten Informationen unmittelbar festlegen zu können. Dies bezieht sich neben den Vorgaben zur schriftlichen Dokumentation nach § 37 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie auch auf die spezifische Dokumentation der Ergebnisse der Sprechstunde.</p> <p>Darüber hinaus zeigt der Vorschlag des GKV-SV, dass die zuständige Krankenkasse standardmäßig eine entsprechende Information über das Ergebnis der Sprechstunde erhalten soll, dass diese Beratungen besser im G-BA unter Beteiligung der Patientenvertretung geführt werden sollten, damit die besonderen Erfordernisse des Datenschutzes und der informationellen Selbstbestimmung des Patienten die gebotene Berücksichtigung erhalten.</p>		
	<p>Abschließend regt die BPtK aus Gründen der Übersichtlichkeit an, die Abfolge der Absätze in § 11 stärker an den Regelungsinhalten zu orientieren. In diesem Sinne könnten sich nach Absatz 1, der den Zweck der Sprechstunde skizziert, zunächst die Absätze 3, 11 und 15 anschließen, in denen inhaltliche Aufgaben und Leistungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde definiert werden. Im Anschluss daran könnten die Regelungen zu den Voraussetzungen und Strukturvorgaben für das Angebot von Psychotherapeutischen Sprechstunden folgen. Diese betrifft die Absätze 2, 5 und 14. Hieran könnten sich schließlich die Regelungen der Absätze anfügen, die stärker formale Aspekte der Abläufe im Kontext der Sprechstunden regeln. Hierzu zählen die Absätze 4, 6, 7, 8, 9, 13 und 16. Daran könnte sich wiederum die Regelung zur Evaluation der Sprechstunde in Absatz 17 anschließen.</p>	<p>Der UA PT nimmt den Vorschlag zur Kenntnis.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>
BÄK	<p>Abs. 17</p> <p>Die Bundesärztekammer begrüßt die vom G-BA vorgesehene Evaluation der Sprechstundeneinführung innerhalb von fünf Jahren nach Beschlussfassung.</p>	<p>Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>
BPtK	<p>Zugleich erscheint es sinnvoll, mit zwei Jahren nach Inkrafttreten der neuen Regelung eine engere zeitliche Vorgabe zur Evaluation dieser Richtlinienänderung als die bislang vorgeschlagenen fünf Jahre vorzusehen, damit die Effekte der neuen Leistungen und die Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie auf die Versorgung frühzeitig überprüft und ggf. erforderliche Anpassungen zeitnah vorgenommen werden können.</p>	<p>Der UA PT nimmt die Ausführungen zur Kenntnis. Für eine Auswertung nach zwei Jahren steht nicht ausreichend valides Datenmaterial zur Verfügung.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	Die BptK schlägt daher vor, § 11 Absatz 17 wie folgt zu fassen: „(17) Die Psychotherapeutische Sprechstunde wird innerhalb von 2 Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen nach § 11 evaluiert.“		

Zu § 12 Probatorische Sitzungen

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	Abs. 1 Die Bundesärztekammer befürwortet die Klarstellung, was unter probatorischen Sitzungen zu verstehen ist. Dies sind Gespräche vor Einleitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15.	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
BPtK	Bislang waren Inhalt und Zielstellung der probatorischen Sitzungen in sehr verkürzter Form ausschließlich in der Psychotherapie-Vereinbarung definiert. Mit Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde ergibt sich eine besondere Notwendigkeit, die Inhalte, den Stellenwert und die Funktion der probatorischen Sitzungen systematisch und auch in Abgrenzung zu den Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde zu definieren. Die BPtK begrüßt die in § 12 Absatz 1 vorgeschlagene inhaltliche Definition der Leistungen der probatorischen Sitzungen im Sinne einer weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, weiterer differenzialdiagnostischer Abgrenzungen des Krankheitsbildes, einer weiteren Indikationsstellung sowie der Feststellung der Eignung für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren. Auch die Einschätzung der spezifischen Behandlungsprognose vor dem Hintergrund der Klärung der Therapiemotivation sowie der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit, aber auch der Abschätzung der persönlichen Passung und der Möglichkeit der Entwicklung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung sind zentrale Leistungen der probatorischen Sitzungen. Diese bilden die Grundlage, um zum Ende der probatorischen Sitzungen die Entscheidung über die indizierten weiteren Behandlungen nach entsprechender Information und Aufklärung des Patienten gemeinsam mit diesem zu treffen.	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
	Nach Auffassung der BPtK kann dabei die Formulierung „sowie der <i>Verlässlichkeit</i> “ ersatzlos gestrichen werden, da die relevante diagnostische Information bereits in der	Der UA PT stimmt dem Vorschlag der	Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	Klärung der Therapiemotivation und der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit inkludiert ist und der Begriff „Verlässlichkeit“ eine zu stark wertende Komponente im Sinne eines stabilen überdauernden Persönlichkeitsmerkmals besitzt.	Streichung zu.	
BÄK	Abs. 2 Die Bundesärztekammer folgt dem Vorschlag der KBV und der Patientenvertretung und lehnt probatorische Sitzungen vor Einleitung einer Akutbehandlung ab. Es ist der Sinn der Akutbehandlung, möglichst schnell und effektiv ein akutes Krankheitsbild mit Hilfe psychotherapeutischer Interventionen zu behandeln. Hingegen ist bei Einleitung ambulanter Psychotherapien nach § 15 die Feststellung zur Eignung des Patienten für ein bestimmtes Behandlungsverfahren - unter Berücksichtigung der Ausschlüsse und zur Einschätzung der Prognose, der Motivation und der Kooperation sowie der Beziehungsfähigkeit - im Rahmen von probatorischen Sitzungen sinnvoll.	KBV/PatV Die KBV und die PatV begrüßen den Vorschlag der BÄK. GKV-SV Der GKV-SV schließt sich dem Vorschlag der Stellungnehmer an.	Keine Änderung am BE.
BPtK	§ 12 Absatz 2 kann dagegen entfallen, da dieser Absatz vor dem Hintergrund der Definition der Richtlinien-therapie in § 1 Absatz 1 keinen eigenen neuen Regelungsinhalt besitzt. Ggf. könnte Absatz 1 Satz 1 dahingehend ergänzt werden, dass der Aspekt, dass probatorische Sitzungen der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie dienen, explizit mit aufgenommen wird: <i>§ 12 Absatz 1: „Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren unter Berücksichtigung der Ausschlüsse gemäß § 26 Abs. 3 sowie der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie dienen.“</i>	Der UA PT nimmt den Vorschlag zur Kenntnis. Inhaltlich scheint keine Verbesserung erkennbar zu sein.	Keine Änderung am BE:
BÄK	Abs. 3 Die Anzahl der bisherigen probatorischen Sitzungen vor Durchführung einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie von fünf bzw. acht probatorischen Sitzungen bei analytischer Psychotherapie sollte beibehalten werden.	PatV Die PatV begrüßt den Vorschlag. GKV-SV/KBV Der Vorschlag der BÄK wird abgelehnt. Aufgrund der neuen Versorgungsstrukturen sind vier probatorische Sitzungen ausreichend. Vor den probatorischen Sitzungen besteht bereits die Möglichkeit, drei	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		Sprechstunden zu erbringen, so dass zukünftig insgesamt bis zu sieben Stunden für eine diagnostische Abklärung und Prüfung der Passung genutzt werden können.	
BPtK	<p>Die Regelungen (<i>Anmerkung: betrifft Absatz 3</i>) zur Anzahl der bei einem Patienten erbringbaren probatorischen Sitzungen sehen im Vorschlag der KBV/PatV im Vergleich zur derzeit gültigen Richtlinie keine Änderungen des Umfangs vor, mit Ausnahme von zwei weiteren probatorischen Sitzungen, die künftig bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich durchgeführt werden können. Der Vorschlag des GKV-SV sieht dagegen als einheitlichen Standard exakt drei probatorische Sitzungen vor, der im Falle einer sich anschließenden psychotherapeutischen Behandlung nach § 15 zu erfüllen ist. Eine solche Vereinheitlichung der Anzahl durchzuführender probatorischer Sitzungen ist nicht sachgerecht, widerspricht den sehr unterschiedlichen Abklärungsbedarfen bei Patienten bei der Prüfung der konkreten Indikation für eine bestimmte Richtlinientherapie und konterkariert die Intention des Gesetzgebers, mit der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie eine Flexibilisierung des Therapieangebotes zu ermöglichen. Zugleich berücksichtigt der Vorschlag der KBV und der PatV nicht ausreichend, dass mit der Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde künftig in den probatorischen Sitzungen regelhaft auf die Ergebnisse der Sprechstunde aufgesetzt werden kann. Da die Sprechstundenleistungen vor Durchführung von probatorischen Sitzungen mindestens im Umfang von 50 Minuten erbracht worden sein müssen, hält es die BPtK für sachgerecht, die Zahl der zulässigen probatorischen Sitzungen im Vorschlag der KBV/PatV um jeweils eine Sitzung zu reduzieren. Eine Erweiterung des zulässigen Leistungsumfanges bei den probatorischen Sitzungen bei Kindern und Jugendlichen um zwei zusätzliche Sitzungen wird auch von der BPtK befürwortet, um den Besonderheiten in der psychotherapeutischen Behandlung in diesem Altersbereich und der häufig intensiveren Einbeziehung von Bezugspersonen angemessen Rechnung zu tragen.</p> <p>Die BPtK schlägt daher vor, § 12 Absatz 3 wie folgt zu fassen:</p> <p><i>„(3) Vor einer ambulanten Psychotherapie finden bis zu 45 probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer bei Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und bis zu 78 probatorische Sitzungen bei analytischer Psychotherapie statt. Bei Kindern und Jugendlichen können darüber hinaus zwei</i></p>	<p>PatV</p> <p>Die PatV nimmt den Vorschlag zur Kenntnis und sehen keinen Änderungsbedarf.</p> <p>GKV-SV/KBV</p> <p>Der GKV-SV und die KBV nehmen die Ausführungen der BPtK zur Kenntnis. Aufgrund der Einführung der neuen Leistung „Sprechstunde“ sieht die GKV keine Notwendigkeit die Anzahl der probatorischen Sitzungen auf dem aktuellen Niveau beizubehalten. Die GKV stimmt der Einschätzung der BPtK zu, dass vier probatorischen Sitzungen ausreichen sollten; dies wird jedoch im Gegensatz zur Stellungnahme der BPtK auch bei der Analytischen Psychotherapie als ausreichend angesehen.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p> <p>Änderung am BE wie folgt: <i>„Vor einer Richtlinientherapie finden mindesten 2 und bis zu 4 probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer statt. Bei Kindern und Jugendlichen können darüber hinaus zwei weitere probatorische Sitzungen durchgeführt werden.“</i></p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<i>weitere probatorische Sitzungen durchgeführt werden.“</i>		
BÄK	Abs. 4 Abs. 4 legt fest, dass probatorische Sitzungen nur für Einzeltherapie durchgeführt werden können. Dem ist zu widersprechen, da es durchaus Patienten gibt, die die Vorstellung haben, zunächst in einer Gruppenpsychotherapie zu „hospitieren“, bevor sie sich darauf einlassen. Darum sollten sich die probatorischen Sitzungen nicht nur auf die Einzelbehandlung beziehen, sondern auch auf Gruppenpsychotherapien.	GKV-SV/KBV Der GKV-SV und die KBV lehnen den Vorschlag ab. PatV Die PatV folgt dem Vorschlag der BÄK und regt an, den Absatz 4 zu streichen.	Keine Änderung am BE.
BPTK	Kritisch erscheint dagegen die Formulierung in Absatz 4 , dass bei Kindern und Jugendlichen auch die Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen möglich ist. Nach Auffassung der BPTK ist dies in § 9 bereits hinreichend ausgeführt und muss für die probatorischen Sitzungen nicht noch einmal spezifisch ausgeführt werden, da sich im Umkehrschluss ergeben würde, dass dies bei probatorischen Sitzungen mit erwachsenen Patienten nicht zulässig ist. Absatz 4 Satz 2 sollte daher ersatzlos gestrichen werden.	KBV/GKV-SV Die KBV nimmt den Vorschlag der BPTK zur Kenntnis. PatV Die PatV folgt dem Vorschlag der BPTK und regt an, den Absatz 4 zu streichen.	Keine Änderung am BE.

Zu § 13 Psychotherapeutische Akutbehandlung

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	Abs. 1 Die Bundesärztekammer unterstützt die Einführung einer psychotherapeutischen Akutbehandlung bei psychischen oder psychosomatischen Krisen und Ausnahmezuständen mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen gemäß der Richtlinien-Psychotherapie nach § 15. Es ist eine Sonderform der Richtlinien-Psychotherapie, eine sog. Notfallpsychotherapie, die jedoch der Zusammenarbeit im psychosozialen Versorgungssystem, insbesondere mit dem psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungssystem, bedarf. Akutbehandlungen setzen eine hohe Kooperation zwischen der ambulanten wie stationären Versorgung psychischer und psychosomatischer Kranker voraus.	Der UA PT nimmt den Vorschlag der BÄK zur Kenntnis. Eine sog. Notfallpsychotherapie als Sonderform der Richtlinienpsychotherapie ist nicht definiert.	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Abs. 2 und 3</p> <p>Die Akutbehandlung soll sich ohne eine Probatorik (siehe Stellungnahmen zu § 12) unmittelbar an die Sprechstunde anschließen. Die Bundesärztekammer unterstützt die Auffassung der KBV, dass es sich um eine Einzeltherapie handelt und diese in Einheiten von mindestens 25 Minuten und 20-mal im Krankheitsfall durchgeführt werden kann. Falls eine Richtlinien-Psychotherapie nach § 15 fortgesetzt wird, ist sie auf das Therapiekontingenz anzurechnen.</p> <p>Begründung</p> <p>Wie bereits ausgeführt, ist die Akutbehandlung eine Sonderintervention im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien. Eine Fortsetzung im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien setzt voraus, dass die Akuität nicht mehr vorhanden ist und auch Wartezeiten möglich sind. In der Praxis wird sich für diese Behandlungsform der Richtlinien-Psychotherapie nur ein schmales Kontingenz ergeben, da nach Einschätzung der Bundesärztekammer überwiegend Richtlinien-Psychotherapie nach § 15 durchgeführt werden wird.</p>	<p>GKV-SV/KBV</p> <p>Der GKV-SV und die KBV nehmen die Position der BÄK zur Kenntnis. GKV-SV und KBV schließen sich dem Vorschlag des Stellungnehmers insofern an, dass vor einer Akutbehandlung keine Probatorik erfolgt, damit die Behandlung schneller beginnen kann.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>
<p>BPTK</p>	<p>Der Gesetzgeber hat den G-BA mit dem GKV-VSG beauftragt, in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes und hierbei insbesondere auch zur Förderung der Akutversorgung zu beschließen. Hierdurch soll ein zeitnaher Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung gewährleistet werden, insbesondere für diejenigen Patientinnen und Patienten, die wegen der besonderen Akuität und Schwere der psychischen Erkrankung und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen einer besonders zeitnahen Behandlung bedürfen.</p> <p>In Absatz 1 des Beschlussentwurfes werden insbesondere die Ziele der psychotherapeutischen Akutbehandlung definiert und beschrieben, sowie welche Maßnahmen der Akutbehandlung folgen können, falls diese nicht ausreichend sein sollte. Nicht sachgerecht erscheint in diesem Zusammenhang, dass die Akutbehandlung in Satz 1 lediglich als eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention definiert wird. Die Definition als Intervention wird dabei der Komplexität der Akutbehandlung bei dieser spezifischen Patientengruppe nicht gerecht. Darüber hinaus erscheinen die in Satz 1 genannten Ziele der psychotherapeutischen Akutbehandlung nicht prioritär und sind nur begrenzt kompatibel mit der in den Tragenden Gründen genannten zeitlichen Vorgabe von 14 Tagen für den Beginn der Akutbehandlung nach Indikationsstellung. Eine frühzeitige Behandlung ist zwar</p>	<p>Der UA PT begrüßt die Ausführungen der BPTK und übernimmt einige Formulierungen in den Beschlussentwurf.</p>	<p>Änderung am BE; wird wie folgt in § 13 Absatz 1 ergänzt: „Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik der Patientin oder des Patienten ausgerichtet. Sie strebt dabei keine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung an, sondern dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände.“</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>generell sinnvoll, um Chronifizierungen von (psychischen) Erkrankungen zu vermeiden, hierfür sind jedoch Zeiten von bis zu zwei Wochen in der Regel nicht erfolgskritisch. Schließlich ist der Terminus der Fixierung psychischer Symptomatik unüblich und sollte bei Einführung einer neuen Leistung nicht als einer der zentralen Begriffe zur Beschreibung des Zieles dieser Leistung verwendet werden.</p> <p>Als weiterer Anhaltspunkt für das Ziel der Akutbehandlung ergibt sich lediglich aus Satz 2, dass hierbei die Entlastung der Patienten von akuter Symptomatik mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln im Vordergrund steht. Satz 3 beschreibt dann konditional das Ziel der Akutbehandlung für den Fall, dass diese nicht ausreicht. In diesen Fällen sollen die Patienten entweder so stabilisiert werden, dass sie dann auf eine Behandlung nach § 15 vorbereitet werden können, wobei nicht deutlich wird, ob diese Vorbereitung auch in der Akutbehandlung stattfinden soll, oder dass den Patienten andere ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlungen empfohlen werden können.</p> <p>Im Vergleich hierzu sind die Beschreibungen der Ziele und Maßnahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung in den Tragenden Gründen zu diesem Paragraphen weitaus präziser und eignen sich aus Sicht der BPtK deutlich besser für den Normtext der Richtlinie selbst. Hierbei werden folgende Merkmale benannt, die eine Indikation für die Akutbehandlung begründen und Hinweise geben auf die eigentlichen Ziele dieser Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Art und Akuität der psychischen Symptome, die einer zeitnahen psychotherapeutischen Behandlung bedürfen · Akute psychische Krisen- und Ausnahmezustände · Mögliche Selbst- und Fremdgefährdung <p>Neben den genannten Punkten sollten nach Auffassung der BPtK als Ziele und Aufgaben der psychotherapeutischen Akutbehandlung ergänzend die Vermeidung stationärer und teilstationärer Behandlungen, die Reduktion der Fremd- und Selbstgefährdung sowie die Reduktion der psychosozialen Beeinträchtigungen aufgrund der psychischen Erkrankungen einschließlich der Arbeits- und Schulfähigkeit aufgenommen werden.</p> <p>Die bislang in den Tragenden Gründen verortete Anforderung an den Beginn der Akutbehandlung spätestens 14 Tage nach Indikationsstellung im Rahmen der Sprechstunde, welche nochmals die besondere Dringlichkeit der Behandlung</p>		

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>unterstreicht, sollte als ein wesentlicher Regelungsinhalt direkt in den Normtext der Richtlinie aufgenommen werden.</p> <p>Da es sich bei der Akutbehandlung um ein zeitlich limitiertes Versorgungsangebot handelt, welches insbesondere bei akut und schwer psychisch kranken Patienten zum Einsatz kommen soll, bei denen ggf. eine Krankenhausbehandlung erforderlich werden kann und die an signifikanten Beeinträchtigungen leiden, ist eine regelmäßige Überprüfung der Indikation für intensivere Behandlungsmaßnahmen erforderlich. Bei Fortbestehen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung ist dabei aus der Akutbehandlung heraus eine möglichst nahtlose Anschlussbehandlung zu organisieren.</p> <p>Aufgrund der Besonderheiten im Vorgehen und in der Zielsetzung der psychotherapeutischen Akutbehandlung ist es nicht sachgerecht, die im Rahmen der Akutbehandlung erbrachten Stunden auf die Therapiekontingente nach § 28 anzurechnen. Absatz 5 kann daher ersatzlos gestrichen werden. Mit Blick auf eine sich ggf. anschließende psychotherapeutische Behandlung nach § 15 ist die Möglichkeit vorzusehen, dass nach der Akutbehandlung probatorische Sitzungen durchgeführt werden können, dies aber nicht verpflichtend ist. In vielen Fällen werden Psychotherapeut und Patient aufgrund der diagnostischen Informationen und der gemeinsamen Behandlungserfahrung aus der Akutbehandlung in der Lage sein, die Indikation für eine Behandlung nach § 15 unter Berücksichtigung zu stellen. Die diagnostischen und Behandlungsinformationen aus der Akutbehandlung ermöglichen es dabei zu beurteilen, ob eine ausreichende Therapiemotivation vorliegt, die Indikation für die Behandlung mit einem bestimmten Psychotherapieverfahren gegeben ist, eine günstige Therapieprognose besteht und eine ausreichende Passung zwischen Psychotherapeut und Patient im Sinne eines guten Arbeitsbündnisses vorhanden ist.</p> <p>Die BPtK schlägt daher vor, § 13 wie folgt zu fassen:</p> <p><i>„ (1) ¹Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist auf eine kurzfristige Besserung und Entlastung der Patientin bzw. des Patienten ausgerichtet, die aufgrund der Art, Schwere und Akuität der psychischen Symptomatik und Erkrankungen eine besonders zeitnahe Behandlung benötigen. Sie strebt dabei keine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung an, sondern dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände und der Vermeidung stationärer Behandlungen. Der</i></p>		

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p><i>Einschätzung der Selbst- und Fremdgefährdung und der Absprachefähigkeit der Patientin bzw. des Patienten ist dabei besonders Rechnung zu tragen. Darüber hinaus strebt die psychotherapeutische Akutversorgung die Vermeidung einer Verschlechterung und Chronifizierung der psychischen Symptomatik und die Reduktion der daraus resultierenden Beeinträchtigungen an, einschließlich der Schul- bzw. Arbeitsfähigkeit.</i></p> <p><i>(2) Die psychotherapeutische Akutbehandlung erfordert einen zeitnahen Behandlungsbeginn, der spätestens zwei Wochen nach Indikationsstellung im Rahmen der Sprechstunde zu erfolgen hat.</i></p> <p><i>(3) Kann im Rahmen der Akutbehandlung keine ausreichende Besserung erreicht werden, sodass weiterhin ein Behandlungsbedarf besteht, ist die Indikation für eine Psychotherapie nach § 15 sowie für andere ambulante, teilstationäre und stationäre Maßnahmen zu prüfen. Bei Indikation für eine sich an die Akutbehandlung anschließende Psychotherapie nach § 15 können probatorische Sitzungen entsprechend den Regelungen nach § 12 durchgeführt werden.</i></p> <p><i>(4) Die Akutbehandlung wird in der Regel als Einzelpsychotherapie durchgeführt. Die Akutbehandlung kann als Einzelpsychotherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens 24-mal im Krankheitsfall durchgeführt werden.</i></p> <p><i>(5) Die Akutbehandlung ist anzeigepflichtig gemäß § 32.“</i></p>		

Zu § 14 Rezidivprophylaxe

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	Die Bundesärztekammer begrüßt die sicher notwendige neue Einführung einer sogenannten Rezidivprophylaxe.	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
	<p>Die vorgesehenen Regelungen sind aber bisher kaum erprobt, so dass auch hier eine Überprüfung der Regelungen erfolgen sollte.</p> <p>Es sollte ein Abs. 6 eingeführt werden:</p> <p><i>„Die Rezidivprophylaxe wird innerhalb von 5 Jahren nach Beschlussfassung</i></p>	Der UA PT folgt dem Vorschlag der BÄK.	Änderung am BE entsprechend des Vorschlages der BÄK wie folgt: <i>„Die Rezidivprophylaxe wird innerhalb von 5 Jahren nach Beschlussfassung</i>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<i>evaluiert.“</i>		<i>evaluiert.“</i>
BPtK	<p>Der G-BA wurde mit dem GKV-VSG beauftragt, in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes zu beschließen. Diese sollen insbesondere auch die Förderung der Rezidivprophylaxe zum Gegenstand haben, um damit – so die Gesetzesbegründung – eine optimierte psychotherapeutische Behandlung für chronisch kranke Patienten zu gewährleisten. Chronisch psychisch kranken Patienten bzw. Patienten mit rezidivierend auftretenden psychischen Erkrankungen sollen demnach auf flexiblere, für die individuelle Situation passgenaue Therapieangebote in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zurückgreifen können, um eine optimierte psychotherapeutische Behandlung zu erhalten.</p> <p>Die BPtK begrüßt grundsätzlich, dass der G-BA mit dem vorliegenden Beschlussentwurf eine explizite Berücksichtigung der Rezidivprophylaxe in der Richtlinie vorsieht und diese in einem eigenen Paragraphen regelt. Auch ist den Aussagen des Absatzes 1 zuzustimmen, dass eine ambulante psychotherapeutische Behandlung nach § 15 besonders nachhaltig ist und sich durch sogenannte Carry-over-Effekte aus der psychotherapeutischen Behandlung im Sinne einer nachhaltigen Reduktion des Rückfallrisikos nach Beendigung einer Psychotherapie auszeichnet.</p>	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
	<p>Entsprechend den Leitlinienempfehlungen, z. B. der NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al., 2015), erfolgt in den psychotherapeutischen Behandlungen regelhaft zur Stabilisierung des Therapieerfolges und zur Senkung des Rückfallrisikos nach Erreichen einer Remission der psychischen Erkrankung eine Erhaltungstherapie. Die Erhaltungstherapie, die generell zur Stabilisierung des Therapieerfolges und zur Verhinderung von Rückfällen im Anschluss an die Akutphase empfohlen wird, ist von der Rezidivprophylaxe zu unterscheiden, die im Gegensatz dazu nicht bei allen Patienten indiziert ist. Die Rezidivprophylaxe ist beispielsweise im Bereich der unipolaren Depression insbesondere bei Patienten indiziert, „die ein erhöhtes Risiko für ein Wiederauftreten der Depression aufweisen und/oder bei denen lebensgeschichtlich erworbene ungünstige, die Störung unterhaltende Einflussfaktoren und verminderte Bewältigungsressourcen vorliegen, die zur Auslösung weiterer Krisen oder zur Chronifizierung beitragen können“. Insbesondere diejenigen Patienten mit mehreren zurückliegenden depressiven Episoden, einer chronischen depressiven Störung und die Patienten, die während dieser Episoden starke funktionelle Einschränkungen erlebten, bedürfen einer</p>	<p>KBV/GKV-SV</p> <p>Die KBV und GKV-SV begrüßen die Ausführungen der BPtK zu Forschungsergebnissen zur Rezidivprophylaxe. Der wechselweise Gebrauch der Begriffe Rezidivprophylaxe und Erhaltungstherapie ist nicht zielführend. Den Vorschlägen zur Änderung des § 14 wird nicht gefolgt, da sie zu einer Erhöhung des Gesamtstundenkontingents führen würden. Der G-BA wird über eine mögliche Änderung des Gesamtstundenkontingents erst nach Abschluss der Prüfung der</p>	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>längerfristigen Weiterführung der Behandlung (Geddes et al., 2003; NICE, 2004).</p> <p>Im Bereich der unipolaren Depression konnte gezeigt werden, dass durch eine psychotherapeutische Langzeitbehandlung eine Stabilisierung der in der Akutphase erzielten Behandlungseffekte und eine höhere Nachhaltigkeit erreicht werden kann (z.B. Frank et al., 1990; Fava et al., 2004). Eine zusätzliche psychotherapeutische Rezidivprophylaxe kann gemäß den Ausführungen der NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression vor allem nützlich sein, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> · der Aufbau von Bewältigungsfertigkeiten indiziert ist; · langfristige psychosoziale Belastungen vorliegen; · die Remission einer vorher chronifizierten (> 2 Jahre) depressiven Störung vorliegt; · Patienten für eine bestimmte Zeit frei von Medikation sein müssen; · über die depressive Episode hinaus Störungen im Bereich der Beziehungen, der Selbst- oder der Gefühlsregulation vorliegen. <p>Nach Einschätzung der BpTK ist das Versorgungspotenzial durch spezifische Angebote der Rezidivprophylaxe und konsequente Nutzung der Erhaltungstherapie noch deutlich ausbaufähig.</p> <p>In Absatz 2 des Beschlussentwurfs werden ausschließlich im Kontext der Langzeittherapie die Möglichkeiten des „Ausschleichens von Behandlungen“ zur Erhaltung der erreichten Ziele beschrieben, um damit zur Stabilisierung des Patienten und langfristigen Sicherung von Behandlungserfolgen beizutragen. Diese Möglichkeit des „Ausschleichens von Behandlungen“ beschreibt ein wirksames psychotherapeutisches Vorgehen, dessen explizite Aufnahme in die Richtlinie zu begrüßen ist. Sie stellt jedoch keine Verbesserung der bisherigen Versorgungssituation dar, da es bereits heute ein mit den Vorgaben der aktuell gültigen Fassung der Psychotherapie-Richtlinie vereinbares Vorgehen darstellt, welches in der Praxis entsprechend zum Einsatz kommt. Auch die in Absatz 4 vorgesehene Regelung, dass die für die Rezidivprophylaxe vorgesehenen Stunden bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden können, stellt letztlich keine relevante Verbesserung der Versorgung dar, da hier vor allem der Ansatz des Ausschleichens der Behandlung unter Nutzung von bereits bewilligten Therapiestunden zum Tragen kommt. Zwar entfällt damit die Vorgabe, dass bei einer Therapiepause von mehr als einem halben Jahr eine Behandlung erneut zu beantragen ist, zugleich wird aber der Zeitraum, in dem die</p>	<p>Richtlinienverfahren beraten.</p> <p>Klarstellung zu dem Satz der BpTK „Zwar entfällt damit die Vorgabe, dass bei einer Therapiepause von mehr als einem halben Jahr eine Behandlung erneut zu beantragen ist, zugleich wird aber der Zeitraum, in dem die Rezidivprophylaxe (und ggf. auch Teile der Erhaltungstherapie) durchgeführt werden kann, auf einen Zwei-Jahres-Zeitraum begrenzt.“: Dies ist keine Regelung der Psychotherapie-Richtlinie, sondern der Psychotherapie-Vereinbarung.</p> <p>PatV</p> <p>Die PatV sieht – angesichts der anderen Änderungen in der Psychotherapierichtlinie – keinen Bedarf für „spezifische“ Angebote zur Rezidivprophylaxe.</p>	

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Rezidivprophylaxe (und ggf. auch Teile der Erhaltungstherapie) durchgeführt werden kann, auf einen Zwei-Jahres-Zeitraum begrenzt.</p> <p>Psychotherapeutische Ansätze zur Vermeidung von Wiedererkrankungen, die beispielsweise den Einsatz von „Booster-Sessions“ vorsehen, gerade auch spezifisch im Zusammenhang mit Belastungssitzungen und mit einem größeren zeitlichen Abstand zur Akutbehandlung, lassen sich so nur begrenzt umsetzen. Dabei existiert eine Vielzahl von Evidenznachweisen bei unterschiedlichen psychischen Störungen für die Verbesserung von langfristigen Therapieergebnissen (insbesondere bei schwerer belasteten Patientengruppen) durch den Einsatz von sog. „Booster-Sessions“, die einem Wiederauffrischen von psychotherapeutisch erarbeiteten Bewältigungsmöglichkeiten nach dem Ende der Therapie entsprechen. Auch im Bereich der Angststörungen wurde der Einsatz von Booster-Sessions zur Rezidivprophylaxe erprobt, um die Behandlungserfolge zu stabilisieren und die Rezidivrate zu senken (bei Panikstörung: Brown et al., 1997; Brown u. Barlow, 1995; Clark et al., 1994; Margraf et al., 1993, bei GAD: Butler et al., 1991; bei sozialer Phobie: Clark et al., 2006; Mörtberg et al., 2006; Stangier et al., 2011).</p> <p>Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass der Umfang psychotherapeutischer Erhaltungstherapien, z. B. bei unipolarer Depression, sogar in empirischen Studien bei zehn bis 36 Sitzungen lag, verteilt über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten. Weiterhin kommen sowohl die Erhaltungstherapie als auch die Interventionen der Rezidivprophylaxe nicht nur bei Langzeittherapien, sondern auch bei Kurzzeittherapien zum Einsatz. Eine Beschränkung der Zulässigkeit der Rezidivprophylaxe auf die Patientengruppe, die eine Langzeittherapie erhalten hat, stellt somit eine fachlich nicht gebotene Einschränkung des psychotherapeutischen Therapieangebotes für chronisch bzw. rezidivierend kranke Patienten gerade keine Flexibilisierung dar. So kann ein Patient mit einer dritten depressiven Episode ggf. von einer Kurzzeittherapie ausreichend profitiert haben, sodass auch eine Stabilisierung des Behandlungserfolges über einen bestimmten Zeitraum erreicht werden konnte. Dennoch bedürfte dieser Patient wegen des erhöhten Risikos, eine weitere depressive Episode zu erleiden, voraussichtlich einer Rezidivprophylaxe, gerade auch in bestimmten Risikokonstellationen in deutlichen zeitlichen Abstand zum Ende der Therapie.</p> <p>Auch die Vorgaben in Absatz 3 zur Kontingentierung der Sitzungen für eine Rezidivprophylaxe können unter fachlichen Gesichtspunkten nicht nachvollzogen</p>		

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>werden. Der erforderliche zeitliche Umfang der Rezidivprophylaxe lässt sich gerade nicht aus der Stundenzahl der erfolgten Behandlung ableiten, sondern ist bei dem Patienten individuell vor dem Hintergrund der spezifischen Fallkonstellation, der ggf. vorhandenen Residualsymptomatik und der Belastungsfaktoren einzuschätzen. Auch die Vorgabe in Absatz 3, dass die Beantragung einer alleinigen Rezidivprophylaxe nicht zulässig ist, kann vor dem Hintergrund der einschlägigen Leitlinienempfehlungen nicht nachvollzogen werden. Wenn bei Ausschöpfung des bislang bewilligten Kontingentes eine Erhaltungstherapie abgeschlossen worden ist und nur noch eine Rezidivprophylaxe indiziert ist, muss es möglich sein, die hierfür erforderlichen Behandlungsstunden beantragen zu können.</p> <p>Zumal es unter fachlichen Gesichtspunkten auch nicht nachvollziehbar ist, warum bereits zu Behandlungsbeginn in dem Antrag zur Langzeittherapie sehr spezifische Aussagen zur erforderlichen Stundenzahl der Rezidivprophylaxe getroffen werden sollen bzw. wie eine solche Einschätzung zu einer Situation, die voraussichtlich erst in über einem Jahr eintreten wird, überhaupt fachlich begründet möglich sein soll. Der konkrete Behandlungsverlauf einschließlich Zeitpunkt der vollständigen Remission einer Erkrankung, des Beginns und des Endes der Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe kann unmöglich bereits zu Behandlungsbeginn detailliert vorhergesagt werden. Vielmehr sind im Behandlungsverlauf immer wieder Indikationsentscheidungen für das konkrete psychotherapeutische Vorgehen in Abhängigkeit des bisherigen Behandlungsverlaufes und der individuellen Problemlagen des Patienten zu treffen.</p> <p>Insgesamt führen die Vorgaben des § 14 zur Rezidivprophylaxe zu zahlreichen bürokratischen Regelungen, die mit keinem patientenrelevanten Nutzen verbunden sind und die keine Flexibilisierung des Therapieangebotes und keine Optimierung der psychotherapeutischen Behandlung für chronisch kranke Patienten bedeuten. Patienten, die aufgrund der ausgeprägten Chronizität der Erkrankung oder dem besonderen Risiko für eine Wiedererkrankung eine langfristige Anbindung benötigen, z. B. Patienten mit psychotischen Erkrankungen, bipolaren Störungen, Autismusspektrumsstörungen, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen oder Borderline-Persönlichkeitsstörung sollte zeitnah eine flexible, an den Leitlinien orientierte Behandlung auch nach Abschluss einer psychotherapeutischen Behandlung angeboten werden können. Dies würde auch helfen, bei Patienten unnötige stationäre Aufenthalte zu vermeiden und eine ausreichende Versorgung dieser Patienten im ambulanten Setting gewährleisten zu können. Daher schlägt die</p>		

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>BPtK vor, den § 14 zur Rezidivprophylaxe wie folgt zu fassen:</p> <p><i>„(1) Psychotherapie nach § 15 beinhaltet grundsätzlich auch eine Erhaltungstherapie zur weiteren Stabilisierung eines erreichten Behandlungserfolges. Im Rahmen der Erhaltungstherapie kommen auch spezifische Konzepte und Interventionen zum Einsatz, die der Stärkung der Bewältigungsfähigkeiten der Patientin oder des Patienten für den Umgang mit kritischen Lebensereignissen und Belastungen dienen, um das Risiko für Rückfälle oder erneute Krankheitsepisoden zu reduzieren.</i></p> <p><i>(2) ¹Die Rezidivprophylaxe kann nach Abschluss einer psychotherapeutischen Behandlung nach § 15 durchgeführt werden. ²Sie dient der längerfristigen Stabilisierung und Vermeidung eines erneuten Auftretens oder einer erneuten Verschlechterung der Symptomatik psychischer Erkrankungen, die mit dem besonderen Risiko des Auftretens von weiteren Krankheitsepisoden verbunden sind.</i></p> <p><i>(3) ¹Sie kann durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten, die bzw. der die psychotherapeutische Behandlung nach § 15 bei der Patientin oder dem Patienten durchgeführt hat, insbesondere auch dann eingesetzt werden, wenn erneut erste Anzeichen einer weiteren Episode einer psychischen Erkrankung oder einer Verschlechterung einer persistierenden Symptomatik auftreten oder wenn bei der Patientin oder dem Patienten mit einer entsprechenden Krankheitsvorgeschichte akute psychosoziale oder somatische Belastungen auftreten, die das Risiko für einen ungünstigen Krankheitsverlauf deutlich erhöhen.</i></p> <p><i>(4) Die Rezidivprophylaxe kann als Einzelpsychotherapie in Einheiten von 25 Minuten höchstens 30-mal im Krankheitsfall durchgeführt werden.</i></p> <p><i>(5) Die Rezidivprophylaxe ist anzeigepflichtig gemäß § 32.“</i></p>		

Zu § 15 Behandlungsformen

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	<p>Die Bundesärztekammer regt an zu prüfen, ob die hier vorgelegte Einteilung psychoanalytisch begründeter Psychotherapien und der Verhaltenstherapien mit den jeweiligen Untergruppen noch dem Stand der Wissenschaft entspricht. So sind z.B. im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Psychotherapien die verschiedensten Therapieformen neben der Kurztherapie und Fokalthherapie entwickelt worden, wie z.B. die psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie, die strukturelle Psychotherapie, die mentalisierungsgestützte Psychotherapie und die übertragungsfokussierte Psychotherapie. Eine Zuordnung zu den analytischen Psychotherapien oder tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien ist möglich. Die oben genannten Methoden haben im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Psychotherapien ihre Wirksamkeit hinreichend nachgewiesen.</p> <p>Des Weiteren ist international nicht der Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ üblich, sondern der Begriff „psychodynamische Psychotherapie“.</p> <p>Die Bundesärztekammer regt an, diese sich aus § 15 ergebenden Fragen für eine nächste Novellierung vorzusehen, da auch die ärztliche Weiterbildungsordnung den Veränderungen in der Entwicklung der psychoanalytisch begründeten Psychotherapien Rechnung trägt und andere Formulierungen anwendet.</p>	<p>Der UA PT nimmt diesen Aspekt der Stellungnahme zur Kenntnis. § 15 war jedoch nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens. Die Anregung, der sich aus § 15 ergebenden Fragen im Rahmen einer weiteren Überarbeitung der Richtlinie zu berücksichtigen, wird aufgenommen.</p>	Keine Änderung am BE.

Zu § 20 Anwendungsformen

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	<p>Die Gleichstellung der Gruppenpsychotherapie mit der Einzelpsychotherapie ist sehr zu unterstützen. Nach § 4 sollen in der Gruppenpsychotherapie auch die gruppenspezifischen Prozesse für die therapeutischen Ergebnisse genutzt werden.</p>	<p>Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.</p>	Keine Änderung am BE.
BÄK	<p>Ziffer 5. Gruppengröße</p> <p>Nach wissenschaftlichen Standards der Kleingruppenforschung der Sozialpsychologie und aus Erfahrungen in der Praxis ist eine Teilnehmerzahl von 3 keine hinreichende Bedingung für einen gruppenspezifischen Prozess. Aufgrund dessen schlägt die Bundesärztekammer vor, in der Regel bei der Gruppengröße von mindestens 6 bis</p>	<p>KBV/GKV-SV</p> <p>Die KBV und der GKV-SV folgen dem Vorschlag der BÄK nicht. Der Gesetzgeber hat dem G-BA eine Förderung der Gruppentherapie</p>	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>höchstens 9 sowohl für psychoanalytisch begründete Verfahren wie für die Verhaltenstherapie zu bleiben. Die organisatorischen Schwierigkeiten beim Aufbau einer Gruppe lassen sich durch folgende Ausnahmereglung begrenzen:</p> <p><i>„Vorübergehend (ca. 1 Jahr) kann insbesondere beim Aufbau einer Gruppe die Gruppengröße zwischen 3 und 9 Teilnehmer liegen.“</i></p>	<p>aufgegeben. Eine Gruppengröße von 3 bis 9 gibt dem Therapeuten eine größere Flexibilität, die sowohl beim Aufbau von Gruppen, als auch bei besonders komplexen Störungen genutzt werden kann.</p> <p>PatV</p> <p>Die PatV nimmt den Vorschlag zur Kenntnis und spricht sich dafür aus, die Gruppengröße beizubehalten und keine Ausnahmeregelungen zu treffen.</p>	
BPtK	<p>Die BPtK begrüßt die unter Punkt 2 vorgenommene Korrektur, die dem Ziel dient, dass die Indikationsstellung für eine Behandlung im Gruppensetting nicht strenger ausgelegt wird als die Indikation für eine Behandlung im Einzelsetting. Hierfür ist es angemessen, darauf abzustellen, dass eine Gruppenpsychotherapie bzw. die damit verbundene Interaktion zwischen mehreren Patientinnen und Patienten therapeutisch förderlich ist. Auch die redaktionellen Änderungen in § 20, bei denen der Begriff „Kranke“ durch den Begriff „Patienten“ ersetzt wurde, sind im Sinne einer weniger stigmatisierenden Sprache zu begrüßen. In diesem Zusammenhang sei noch darauf hingewiesen, dass unter anderem an diesen Stellen noch eine Anpassung im Sinne einer geschlechtergerechten Formulierung nachzuholen ist.</p>	<p>Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis. Dem Vorschlag die Genderung zu übernehmen, wird gefolgt.</p>	Keine Änderung am BE.
	<p>Hinsichtlich der Änderung und Vereinheitlichung der Gruppengrößen ist zunächst die Erweiterung des Spektrums der zulässigen Gruppengröße in den psychoanalytisch begründeten Gruppenpsychotherapien auf drei bis neun Patienten zu begrüßen.</p>	<p>KBV/GKV-SV</p> <p>Die KBV und GKV-SV nehmen die Zustimmung zur Kenntnis.</p> <p>PatV</p> <p>Die PatV spricht sich für eine Gruppengröße von 6 bis 9 bei der psychoanalytisch begründeten Gruppenpsychotherapie aus.</p>	Keine Änderung am BE.
	<p>Dagegen kann die Begründung für die Anpassung bei der Vorgabe der zulässigen Gruppengröße in der Verhaltenstherapie nicht nachvollzogen werden. Es ist sicherlich</p>	<p>Der UA PT folgt dem Vorschlag der BPtK nicht. Allein zur Abgrenzung von der</p>	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>zutreffend, dass sich die Verhaltenstherapie seit ihrer Aufnahme in die Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 1987 auch im Bereich der Gruppenpsychotherapie umfänglich weiterentwickelt hat. Allerdings sind weder das Argument der geeigneten Gruppengröße, die es braucht, damit die spezifischen Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie ihre Wirksamkeit entfalten können, noch der Hinweis auf die fehlenden Studien zu Behandlungsgruppen mit nur zwei Gruppenteilnehmern stichhaltig. Alle genannten Wirkfaktoren wie Rückmeldung erhalten, annehmen und geben, Unterstützung, Altruismus, Modelllernen, Rollenspiele lassen sich auch in einer Kleingruppe mit zwei Patienten realisieren. Dass sich in der Literatur keine Publikationen zur Gruppenpsychotherapie finden lassen, bei der die Gruppe spezifisch für nur zwei Personen konzipiert und durchgeführt wurde, lässt sich auch dadurch erklären, dass für dieses Kleingruppenformat mit nur zwei Teilnehmern kein zusätzlicher Nutzen gegenüber einer Gruppe aus drei oder vier Patienten erwartet wird und die Durchführung einer solchen Kleingruppe zugleich weniger ökonomisch für den Psychotherapeuten und die Studienautoren ist.</p> <p>Für die ambulante psychotherapeutische Versorgung und die Förderung der Gruppenpsychotherapie wäre der Erhalt der aktuell gültigen Regelung jedoch hilfreich, weil diese es ermöglicht, dass eine Gruppenpsychotherapie mit einer Gruppengröße von drei oder vier Teilnehmern auch dann stattfinden kann, wenn ein bzw. zwei Gruppenmitglieder an einem Sitzungstermin nicht teilnehmen können. Darüber hinaus ist es bei Kleingruppen von zwei bis vier Patienten eher möglich, indikationsspezifische Gruppenpsychotherapie auch bei selteneren psychischen Erkrankungen durchzuführen, zum Beispiel für Patienten mit Autismusspektrumsstörungen, Geschlechtsdysphorie oder bei Patienten, bei denen psychotherapeutisch begleitete Expositionsübungen in der Gruppe indiziert sind. In diesen Fällen ist nicht zu erwarten, dass die Wirksamkeit der Behandlung durch die geringe Gruppengröße substantiell beeinträchtigt wird. Darüber hinaus ergeben sich hieraus keine ökonomischen Fehlanreize in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Die BPTK spricht sich daher dafür aus, dass zumindest für die Verhaltenstherapie die zulässige Gruppengröße auf den Bereich zwischen zwei und neun Patienten definiert wird.</p>	<p>Paartherapie wird eine Mindestteilnehmerzahl von 3 als erforderlich gehalten.</p>	

Zu § 21 Kombination von Anwendungsformen

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BPtK	Die BPtK begrüßt, dass mit Einführung des neuen Absatzes 3 klargestellt wird, dass bei einer Änderung des Behandlungssettings während einer laufenden Kurzzeittherapie diese Änderung der Krankenkasse lediglich anzuzeigen ist. Inwieweit dies jedoch tatsächlich eine substanzielle Flexibilisierung des Therapieangebotes und eine Förderung der Gruppenpsychotherapie bedeutet, hängt von der Regelung zum Antrags- bzw. Anzeigeverfahren bei der Kurzzeittherapie ab.	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
	Uneindeutig erscheint der Regelungsinhalt der Einschränkung im Nebensatz von Satz 1, dass dies nicht gilt im Falle des Überschreitens des bewilligten Stundenkontingentes. Satz 2 sagt bereits, dass bei Langzeittherapie weiterhin ein Änderungsantrag zu stellen ist, wenn im Verlauf der Behandlung der Wechsel des Behandlungssettings geplant ist. Da ein Überschreiten des bewilligten Stundenkontingentes entweder den Wechsel von Kurzzeit- zu Langzeittherapie oder ein Überschreiten eines bereits bewilligten Stundenkontingentes innerhalb der Langzeittherapie bedeutet und in diesen Fällen ohnehin ein Antragsverfahren zum Tragen kommt, bei dem auch die Änderung des Settings zu beantragen wäre, wird nicht klar, für welche zusätzliche Fallkonstellation hier geregelt werden soll, dass hier weiterhin ein Änderungsantrag erforderlich sein soll.	Der UA PT nimmt die Anregung der BPtK auf und passt die Formulierung in § 21 Absatz 3 Satz 2 entsprechend an.	Der BE wird in § 21 Absatz 3 Satz 2 wie folgt geändert: <i>„Bei Änderung des Settings in der Langzeittherapie ist ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag zu stellen, sofern nicht zu Beginn bereits eine Kombinationsbehandlung beantragt wurde.“</i>
	Darüber hinaus befürwortet die BPtK, auch in der Langzeittherapie die Möglichkeiten des Wechsels des Behandlungssettings zu erleichtern und auch hier lediglich eine Änderungsanzeige für den Fall der Änderung des Behandlungssettings vorzusehen, damit Psychotherapeuten flexibler und bürokratieärmer auf den individuellen Behandlungsverlauf und die sich ggf. verändernde Bereitschaft des Patienten reagieren und fachlich indizierte Änderungen, z. B. zur Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie, zeitnah umsetzen können.	Der UA PT folgt nicht dem Vorschlag der BPtK, da bei einem Wechsel des Behandlungssetting – sofern dies nicht von Beginn an beantragt ist – durch einen entsprechend qualifizierten Gutachter Behandlungsplan und -setting geprüft werden sollen.	Keine Änderung am BE.

Zu § 25 Übende und suggestive Interventionen

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	Abs. 2 Im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung gibt es übende und suggestive Interventionen. Die Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung können	Der UA PT nimmt den Vorschlag einer Gruppengröße von 6 bis höchsten 9 Patientinnen und Patienten zur Kenntnis. Der Änderungsvorschlag in § 25 Abs. 2	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	auch in einer Gruppenbehandlung stattfinden. Auch hier gilt, wie unter § 20 dargestellt, eine Gruppengröße von 6 bis höchsten 9 Patientinnen und Patienten, da sonst der gruppendynamische Faktor in der Therapie nicht genutzt wird.	resultiert lediglich aus der Übernahmen der bisherigen Regelung in § 18 Nummer 5 letzter Spiegelstrich.	

Zu § 27 Behandlungsumfang und -begrenzung

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	Abs. 1 Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag der KBV, die Probetherapie beizubehalten.	GKV-SV/KBV Dem Vorschlag der BÄK wird nicht gefolgt, da bereits heute die Möglichkeit in VT und TfP besteht, eine Kurzzeittherapie im Sinne einer Probetherapie zu machen. Bei einer AP besteht die Möglichkeit, dass bei Beantragung einer LZT nur ein geringeres Kontingent im Sinne einer Probetherapie bewilligt wird.	Keine Änderung am BE.
	Abs. 2 und 3 Des Weiteren stimmt die Bundesärztekammer den Behandlungsumfängen und Behandlungsbegrenzungen sowie der Anrechenbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie zu.	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
	Abs. 4 Insbesondere hält die BÄK den Einbezug auch von Partnerin/Partner oder Familie, wie KBV und GKV vorschlagen, für berechtigt. Es ist aber fachlich nicht sinnvoll, hier von Paar- oder Familientherapie zu sprechen, da diese Begrifflichkeit insbesondere im Rahmen anderer, bisher nicht sozialrechtlich anerkannter Verfahren benutzt wird.	KBV/GKV-SV Die KBV und der GKV-SV nehmen den Vorschlag zur Kenntnis und sehen keinen Änderungsbedarf. Die Anmerkungen betreffen nicht die Positionen der KBV und des GKV-SV. PatV Die PatV hält den Einwand der BÄK für	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlusentwurf (BE)
		<p>nicht haltbar. Was hier „fachlich“ genannt wird, ist „politisch“ gemeint. Für „fachlich“ korrekt hält die PatV es vielmehr, paar- und familientherapeutisches Arbeiten (wie es auch von psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeuten praktiziert wird) als „Setting“ zu bezeichnen, was gerade nicht bestimmten Verfahren zuzuordnen ist (genauso wenig wie die Settings Einzel- oder Gruppentherapie).</p>	
BPtK	<p>Unter fachlichen Gesichtspunkten ist es zwingend erforderlich, dass psychotherapeutische Behandlungen von Patientinnen und Patienten, bei denen z. B. wegen der Schwere der Erkrankung und der resultierenden Beeinträchtigungen, der Komorbidität oder der psychosozialen Belastungen eine Langzeittherapie indiziert ist, auch unmittelbar als Langzeittherapie beantragt werden können. Dabei wird es weiterhin die Fallkonstellation geben, dass in Ausnahmefällen nach den probatorischen Sitzungen noch nicht mit ausreichender Sicherheit der Behandlungsumfang, die Behandlungsfrequenz, das Behandlungssetting und die verfahrensspezifische Indikation festgelegt werden kann. Diese Festlegung sollte dann bei entsprechender Empfehlung des Gutachters erst nach einer Probetherapie erfolgen.</p> <p>Absatz 1 Satz 2 sollte daher nicht gestrichen werden, sondern wie folgt gefasst werden:</p> <p><i>„In Ausnahmefällen, in denen der Behandlungsumfang und, die Behandlungsfrequenz, <u>das Behandlungssetting</u> und die verfahrensspezifische Indikation zu Beginn der Behandlung nicht mit ausreichender Sicherheit festgelegt werden kann, soll die Festlegung nach einer Probetherapie erfolgen.“</i></p>	<p>GKV-SV/KBV</p> <p>Dem Vorschlag der BÄK wird nicht gefolgt, da bereits heute die Möglichkeit in VT und TfP eine Kurzzeittherapie im Sinne einer Probetherapie zu machen. Bei einer AP besteht die Möglichkeit, dass bei Beantragung einer LZT nur ein geringeres Kontingent im Sinne einer Probetherapie bewilligt wird.</p>	<p>Änderung am BE (Streichung).</p>
	<p>Hinsichtlich der Regelung in § 27 Absatz 3 verweisen wir an dieser Stelle auf den Vorschlag der BPtK, der unter XIII. Änderung § 28 „Therapieansätze in den Verfahren nach § 15“ dargestellt und erläutert wird.</p>	<p>Siehe Würdigung unter § 28.</p>	
	<p>Die neu eingefügte Regelung in § 27 Absatz 4 bezieht sich auf die intensive</p>	<p>KBV/GKV-SV</p>	<p>Der BE wird wie folgt</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Einbeziehung von engen Bezugspersonen im Rahmen der verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologisch fundierten Einzelpsychotherapie, die auch in Doppelstunden durchgeführt werden kann. Aus Sicht der BPtK sollte auch bei dieser Regelung die Möglichkeit der intensiven Einbeziehung von engen Bezugspersonen nicht von vorneherein auf die Partnerin, den Partner und Familienmitglieder beschränkt werden.</p> <p>Die BPtK schlägt daher vor, Absatz 4 wie folgt zu ändern:</p> <p><i>„(4) Im Rahmen der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und Verhaltenstherapie können Behandlungen als Einzelpsychotherapie der Indexpatientin oder des Indexpatienten auch in Doppelstunden bei intensiver Einbeziehung von Partnerin oder Partner oder Familie engen Bezugspersonen durchgeführt werden. Bei der Psychotherapie von Erwachsenen werden die entsprechenden Stunden auf das Gesamtkontingent angerechnet.“</i></p>	<p>Die KBV und der GKV-SV begrüßen den Vorschlag der BPtK und passen die Formulierung in § 27 Absatz 4 im Sinne des § 9 an.</p> <p>PatV</p> <p>Formulierungsvorschlag betrifft nur die Position der KBV und des GKV-SV.</p>	<p>geändert: <i>„Im Rahmen der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und Verhaltenstherapie können Behandlungen als Einzeltherapie der Indexpatientin oder des Indexpatienten auch in Doppelstunden bei intensiver Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen nach § 9 durchgeführt werden. Bei der Psychotherapie von Erwachsenen werden die entsprechenden Stunden auf das Gesamtkontingent angerechnet.“</i></p>
	<p>In Absatz 5 wird für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie festgelegt, in welchen Fällen diese als Einzelpsychotherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden kann. Eine Beschränkung auf die Methode der niederfrequenten Therapie in einer längerfristigen, haltgewährenden therapeutischen Beziehung als Sonderform der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist dabei aus Sicht der BPtK nicht zielführend und würde für dieses Psychotherapieverfahren eine flexible Ausgestaltung der Behandlung entsprechend den individuellen Behandlungserfordernissen des Patienten verhindern. Auch eine Erweiterung dieser Regelung um die Kurzzeittherapie wie im Vorschlag des GKV-SV bzw. im Vorschlag der KBV zu § 28 Ziffer 1 würde dem nicht ausreichend Rechnung tragen. Die BPtK spricht sich daher dafür aus, Absatz 5 zu streichen und in Absatz 6 (der zu Absatz 5 wird) das Wort „kann“ durch die Wörter „und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie können“ zu ersetzen.</p>	<p>Bei einer Langzeittherapie ist mit den Instrumenten der Übertragung und Gegenübertragung der längere Zeitraum einer psychotherapeutischen Behandlungsstunde notwendig, um den Prozess erkennen und analysieren zu können. Aus Sicht des UA PT besteht durch die Therapie nach § 16a Absatz 3 Nummer 4. ausreichende Flexibilität für die Versorgung.</p>	<p>Die Änderung im BE ist Folge einer formalen, geringfügigen Umstrukturierung des Absatzes 5 und des § 28 Nummer 1. Damit wird die Regelung zur Erbringung von halbstündigen Sitzungen in der tiefenpsychologisch fundierten Kurzzeittherapie im Sinne einer Präambel für § 28 in § 27 verschoben.</p>

Zu § 28 Therapieansätze in den Verfahren nach § 15

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	<p>Sowohl in den Änderungsvorschlägen wie in den Begründungen zeigt sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Vorschlägen der KBV und des GKV-SV. Die Bundesärztekammer ist der Auffassung, dass der bewährte Ablauf in den psychotherapeutischen Verfahren nach den probatorischen Sitzungen aufrecht zu erhalten ist: Entweder kann je nach Indikation eine antragspflichtige Kurzzeittherapie oder eine Langzeittherapie (Antragsverfahren mit Begutachtung) durchgeführt werden. Aus den probatorischen Sitzungen ergeben sich genügend Anhaltspunkte, welches Verfahren zu wählen ist. In der Kurzzeittherapie ist ein Kontingent von 25 Stunden sowohl in der tiefenpsychologisch fundierten wie der Verhaltenstherapie vorzusehen. Einer weiteren Aufteilung in 2 x 12 Stunden, wie der GKV-SV aufgrund einer einzigen wissenschaftlichen Studie vorschlägt, also eine Kurzzeittherapie 1 und 2 einzuführen, kann sich die Bundesärztekammer nicht anschließen.</p> <p>Begründung:</p> <p>Der bürokratische Aufwand ist zu hoch. Der Flexibilisierung der Richtlinien-Psychotherapie ist durch die Einführung der Sprechstunde und der Akutbehandlung Rechnung getragen. Die Akutbehandlung lediglich mit einer Anzeigepflicht ermöglicht allen Patientinnen und Patienten unmittelbar und schnell einen Zugang zur Richtlinien-Psychotherapie. Mehrere Studien belegen, dass ein differenziertes Behandlungsangebot in Form von Kurz- und Langzeittherapien sinnvoll ist. Eine Überprüfung ist möglich, da die Kurzzeittherapie antragspflichtig bleibt.</p>	<p>GKV-SV/KBV</p> <p>Der GKV-SV und die KBV nehmen den Vorschlag der BÄK zur Kenntnis und stimmen der BÄK insofern zu, dass eine LZT für alle drei Verfahren aus den Probatorischen Sitzungen möglich sein soll und die KZT weiterhin antragspflichtig sein soll. Die Positionen werden entsprechend angepasst. Hinsichtlich der Aufteilung der KZT wird vereinbart, die Kontingente auf jeweils 12 Stunden festzulegen.</p> <p>PatV</p> <p>Die PatV schließt sich der BÄK an und votiert für die Beibehaltung der bisherigen Regelung (bis zu 25 Stunden).</p>	
	<p>Abs. 2 (Anmerkung: gemeint ist Nummer 2)</p> <p>Die Kurzzeittherapie in Gruppen ist für Erwachsene wie Kinder sinnvoll.</p>	<p>Der UA PT begrüßt die Zustimmung.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>
	<p>Abs. 3 (Anmerkung: gemeint ist Nummer 2)</p> <p>Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag der KBV, dass unmittelbar nach den probatorischen Sitzungen auch eine Langzeittherapie mit den entsprechenden Kontingenten (siehe § 29) möglich sein muss. Es gibt keine fachliche Begründung für den Vorschlag der GKV-SV, vor jeder Langzeittherapie eine Kurzzeittherapie, und das noch im Sinne von Kurzzeittherapie 1 und 2, durchzuführen.</p>	<p>KBV</p> <p>Die KBV begrüßt die Zustimmung.</p> <p>GKV-SV</p> <p>Der GKV-SV hat die Anregung der BÄK aufgegriffen, auch weiterhin eine Langzeittherapie unmittelbar aus der Probatorik zu ermöglichen.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BPTK	<p>In § 27 Absatz 1 (alt § 23) wird dargelegt, dass „es sowohl unter therapeutischen als auch unter wirtschaftlichen Aspekten erforderlich ist, nach Klärung der Diagnose und Indikationsstellung vor Beginn der Behandlung den Behandlungsumfang und die Behandlungsfrequenz festzulegen, damit sich die Patientin oder der Patient und die Therapeutin oder der Therapeut darauf einrichten können.“ Diese Regelung der Psychotherapie-Richtlinie soll gemäß Beschlussentwurf zu Recht auch weiterhin Bestand haben.</p> <p>Eine Flexibilisierung des psychotherapeutischen Therapieangebotes, wie vom Gesetzgeber gefordert, muss beinhalten, dass Patienten künftig noch stärker als bisher ein ihren individuellen Behandlungsbedürfnissen entsprechendes Behandlungsangebot erhalten können. Das muss für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen und psychosozialen Belastungen oder weiteren behandlungsbedürftigen komorbiden psychischen Erkrankungen bedeuten, dass sie nach entsprechender diagnostischer Abklärung und Indikationsstellung ein Behandlungsangebot der erforderlichen Dauer und Frequenz sowie der gebotenen Komplexität erhalten können. So sollten beispielsweise Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei denen ggf. eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie indiziert ist, direkt im Rahmen einer Langzeittherapie behandelt werden können. Zahlreiche klinische Studien zur psychotherapeutischen Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung sehen in diesem Sinne Behandlungsdauern vor, die der Langzeittherapie entsprechen (u. a. Amianto et al., 2011; Bateman et al., 1999, 2009; Cottraux et al., 2009; Doehring et al., 2010; Giesen-Bloo et al., 2006; Harned et al., 2014; Jorgensen et al., 2013; Leppanen et al., 2015; Linehan et al., 2006; Nadort et al., 2009; Priebe et al., 2012). Auch bei vielen anderen Krankheitsbildern gibt es gute Belege dafür, dass aufgrund der Schwere der Erkrankungen und dem Grad der Beeinträchtigung längere Behandlungen erforderlich sind, um ausreichende Therapieeffekte erreichen zu können (Altmann et al., 2014; Lock et al., 2005; Knekt et al., 2016; Leichsenring et al., 2008, 2013; Perry et al., 1999, Stiles et al., 2015). Im Zusammenhang mit der Entwicklung der NICE-Leitlinie zu Zwangsstörungen konnte beispielsweise gezeigt werden, dass die Anzahl der Therapiestunden pro Patient signifikant die Wirksamkeit der Intervention vorhersagt. In der Leitlinie wurde der Schluss gezogen, dass eine Dosis-Wirkungs-Beziehung besteht und Therapien, die mehr als 30 Stunden umfassen, bessere Ergebnisse erbringen als kürzere Therapien (NICE, 2006). Auch bei Posttraumatischen Belastungsstörungen, insbesondere bei multiplen Traumatisierungen und Formen der</p>	<p>KBV</p> <p>Die KBV begrüßt die Zustimmung der BPTK.</p> <p>GKV-SV</p> <p>Der GKV-SV hat die Anregung der BPTK aufgegriffen, auch weiterhin eine Langzeittherapie unmittelbar aus der Probatorik zu ermöglichen.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>komplexen PTBS, sind regelhaft längere Behandlungsdauern erforderlich und die betroffenen Patientinnen und Patienten benötigen einen gesicherten Behandlungsrahmen, um sich auf eine traumafokussierte Behandlung einlassen und ausreichend profitieren zu können (Flatten et al., 2011). Ferner legt auch die NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression dar, dass psychotherapeutische Behandlungen längerer Dauer, bei denen eine Erhaltungstherapie über einen Zeitraum von acht bis 12 Monaten nach Abschluss der Akuttherapie fortgeführt wurde, bessere Behandlungsergebnisse und geringere Rückfallraten bewirken (de Jong-Meyer et al., 2007; DGPM, 2002; Oestergaard & Møldrup, 2011; DGPPN et al., 2015).</p> <p>Die Strukturreform der ambulanten Psychotherapie sollte daher im Ergebnis dazu führen, dass die Möglichkeiten der passgenauen individuellen Indikationsstellung und Zuweisung zu dem bisherigen Spektrum der Richtlinientherapie von Kurzzeittherapie im Einzel- oder Gruppensetting, der Langzeittherapie im Einzel- oder Gruppensetting und der Langzeittherapie in der Kombination aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie unvermindert fortbestehen, aber um weitere flexible Angebote wie die Sprechstunde oder die psychotherapeutische Akutbehandlung ergänzt werden. Der Vorschlag der KBV zur Änderung des § 28 wird dieser Vorgabe weitgehend gerecht, während der Vorschlag des GKV-SV eine weitere Engführung und Standardisierung der Behandlungsangebote zum Ziel hat.</p> <p>So schlägt der GKV-SV vor, dass alle Behandlungen, losgelöst von der Schwere und Komplexität der Erkrankungen und der daraus resultierenden Behandlungsbedarfe, grundsätzlich als Kurzzeittherapie begonnen werden. Dabei ist die vom GKV-SV vorgeschlagene Aufteilung der Kurzzeittherapie in zwei Abschnitte à 12 Sitzungen willkürlich und wird nicht von belastbarer Evidenz gestützt. Der GKV-SV rekurriert hierzu in den Tragenden Gründen auf die Dosis-Wirkungs-Forschung im Bereich der Psychotherapie und verweist unter Bezugnahme auf einen Review von Hansen, Lambert und Forman (2002) darauf, dass den Ergebnissen der Dosis-Wirkungs-Studien zu entnehmen sei, dass zwischen 57 und 67 Prozent der Patienten nach durchschnittlich 12,7 Sitzungen ambulanter Psychotherapie eine signifikante Besserung erreicht hätten. Dagegen berichten dieselben Autoren in ihrer Publikation aus dem Jahr 2003, dass durchschnittlich 15 bis 19 Sitzungen erforderlich seien, damit 50 Prozent der Patienten eine klinisch bedeutsame Besserung erreichen (Hansen & Lambert, 2003).</p> <p>Unabhängig davon unterstellt der Ansatz unzutreffender Weise, dass aus diesen</p>		

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Ergebnissen der Dosis-Wirkungs-Forschung in der Psychotherapie zu Responderaten im zeitlichen Verlauf Empfehlungen von Therapiedauern abgeleitet werden könnten. Dabei wird hier nur beschrieben, nach welcher Behandlungszeit ein bestimmter Anteil von Patienten eine klinische relevante Besserung erreicht hat. Dies bedeutet allerdings weder, dass die Patienten eine vollständige Remission ihrer Erkrankung erreicht haben, geschweige denn dass diese Patienten eine ausreichend lange Erhaltungstherapie erhalten haben, um langfristig stabile Behandlungsergebnisse zu erzielen und das Rückfallrisiko wirksam zu senken. Die Relevanz einer ausreichenden Behandlung bis zur vollständigen Remission ist vielfach in Studien gezeigt worden (z. B. Kühner et al., 2013) und spiegelt sich auch in den entsprechenden Leitlinienempfehlungen wider (z. B. NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression). Darüber hinaus wird dieser Ansatz den Behandlungsbedarfen mit einer exklusiven Fokussierung auf die Symptombelastung nicht gerecht. Anderen patientenrelevanten Outcomes, die im Vergleich der Symptomverbesserung typischerweise eine langsamere Entwicklung nehmen, insbesondere interpersonelle Probleme, Beeinträchtigung der psychosozialen Funktionen und Lebensqualität, ist bei der Frage nach angemessenen Behandlungsdauern als weiteren wesentlichen Dimensionen zwingend Rechnung zu tragen. Schließlich sei darauf hingewiesen, dass die Behandlungsverläufe und Veränderungskurven der Symptombelastung und des Funktionsniveaus zwischen den Patienten variabel sind und Patienten mit einer initialen deutlichen Besserung und einer längeren „Platteauphase“ häufig weitere Verbesserungen in der späteren Phase der Therapie erzielen können, während andere einen langsameren, kontinuierlichen Heilungsprozess zeigen (Owen et al., 2015).</p> <p>Letztlich verursacht der Ansatz des GKV-SV, die Kurzzeittherapie in zwei anzeigepflichtige Abschnitte à 12 Sitzungen aufzuteilen, lediglich einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand durch eine zusätzliche zweite Anzeige bei den Krankenkassen, dass die sogenannte KZT 2 begonnen wird. Diese Untergliederung mit zusätzlichem bürokratischem Aufwand ist mit keinerlei weiteren Konsequenzen, geschweige denn einer fachlich sinnvollen Steuerungswirkung verbunden. Sie steht damit auch im Widerspruch zu dem gesetzlichen Auftrag des GKV-VSG, das Antrags- und Gutachterverfahren zu vereinfachen.</p> <p>Dabei zeigen die Abrechnungsdaten zur Kurzzeittherapie sehr deutlich, dass eine solche Unterteilung in zwei Abschnitte à 12 Sitzungen weder erforderlich noch zweckmäßig ist (Multmeier, 2014). Zum einen werden die bewilligten</p>		

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Stundenkontingente in der Kurzzeitpsychotherapie bei den meisten Patienten nicht vollständig ausgeschöpft, sondern die Behandlungsdauern variieren in der Versorgungspraxis ganz erheblich. Vieles spricht dafür, dass die Behandlungsdauern dem individuellen Bedarf des Patienten angepasst werden und sich nicht an den Kontingentgrenzen orientieren. Zum anderen benötigen die meisten Patienten auch in der Kurzzeittherapie mehr als 12 Sitzungen. Nach einer Auswertung der KBV liegt der Median für Kurzzeittherapien in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bei 20 Sitzungen. Schließlich erschwert die Aufteilung in zwei Abschnitte eine flexible, an den individuellen Behandlungsbedarfen orientierte Behandlungsplanung. So wäre beispielsweise eine prolongierte Exposition im Rahmen einer mehrstündigen verhaltenstherapeutischen Sitzung um die 12. Sitzung aufgrund des erneuten Anzeigeverfahrens erschwert.</p> <p>Die BPTK befürwortet daher insgesamt hier den Regelungsvorschlag der KBV.</p>		
	<p>Allerdings hält die BPTK ergänzend weitere Maßnahmen zur Förderung der Gruppenpsychotherapie für erforderlich, welche an dieser Stelle verortet werden können. In den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf wird auf Seite 33 aufgelistet, in welchen Regelungszusammenhängen die Zielsetzung des Gesetzgebers zur Förderung der Gruppenpsychotherapie aufgegriffen wurde. Mit Ausnahme der Regelung im § 34 zum Wegfall der Gutachterpflicht für Kurzzeittherapie im Gruppensetting werden mit den aufgelisteten Änderungen lediglich einzelne kleinere Details des Regelungsrahmens für die Gruppenpsychotherapie adressiert, die voraussichtlich nicht geeignet sein dürften, um eine wesentliche Erhöhung des Anteils an gruppenpsychotherapeutischen Leistungen am ambulanten psychotherapeutischen Leistungsgeschehen insgesamt zu bewirken. Um die Rahmenbedingungen der Gruppenpsychotherapie im Antrags- und Genehmigungsverfahren maßgeblich zu verbessern, spricht sich die BPTK daher dafür aus, dass bei Beantragung einer Langzeittherapie als Gruppenpsychotherapie und bei Umwandlung einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie als Gruppenpsychotherapie das Gutachterverfahren nicht obligatorisch vorgeschrieben wird. Dies würde es den Gruppenpsychotherapeutinnen und Gruppenpsychotherapeuten ermöglichen, auch schwerer beeinträchtigten Patienten, die einer längeren Behandlung bedürfen, niederschwelliger ein bedarfsangemessenes Angebot der Langzeittherapie im Gruppensetting zu unterbreiten, ohne dabei regelhaft den erheblichen Zusatzaufwand der umfassenden Berichtspflicht gegenüber dem Gutachter tragen zu müssen. Gerade bei dieser Patientengruppe, die von einer</p>	<p>Der UA PT folgt nicht einer generellen Befreiung von der Gutachtenpflicht für LZT bei Gruppentherapien, da das Gutachterverfahren ein wesentliches Element der Qualitätssicherung ist und dies gerade bei Langzeittherapien Einsatz finden muss.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Langzeittherapie im Gruppensetting profitieren kann, stellt das Einsetzen des Gutachterverfahrens nach der Kurzzeittherapie in der gruppenpsychotherapeutischen Versorgung eine vermeidbare Barriere dar. Erfahrungen aus IV-Verträgen, bei denen auf das Gutachterverfahren für die Gruppenpsychotherapie verzichtet wurde, zeigen, dass durch solche Maßnahmen der Anteil gruppenpsychotherapeutischer Leistungen ganz erheblich gesteigert werden kann (Schütz, 2013). Die Effekte der vorgeschlagenen Aufhebung des Gutachterverfahrens für die Langzeittherapie als Gruppenpsychotherapie auf die Inanspruchnahme der Gruppenpsychotherapie sollte dann analog der bereits beschlossenen Evaluation nach § 21 Absatz 4 ebenfalls geprüft und evaluiert werden.</p> <p>Die BpTK schlägt daher vor, innerhalb des Regelungsvorschlages der KBV zu § 28 eine neue Ziffer 3 einzufügen und einen Absatz 2 zu ergänzen:</p> <p>„(1) Folgende Therapieansätze sind möglich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurzzeitpsychotherapie bis zu 25 Stunden als Einzelpsychotherapie in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und in der Verhaltenstherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (Antragsverfahren); 2. Kurzzeitpsychotherapie bis zu 25 Stunden als Gruppenpsychotherapie (Antragsverfahren); 3. Langzeitpsychotherapie als Gruppenpsychotherapie (Antragsverfahren); 4. Langzeitpsychotherapie mit einer Stundenzahl nach § 29, die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Psychotherapieverfahren in der Antragsbegründung festzulegen ist (Antragsverfahren mit Begutachtung); 5. Die Umwandlung einer Kurzzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie in die Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie muss bis zur zwanzigsten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt und zugleich das Gutachterverfahren eingeleitet werden; 6. Probepsychotherapie als Bestandteil der Langzeitpsychotherapie auf Antrag oder nach Empfehlung der Gutachterin oder des Gutachters für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie bis zu 25 Stunden, für Verhaltenstherapie bis zu 15 Stunden (Antragsverfahren mit Begutachtung). <p>(2) Der G-BA überprüft innerhalb von 4 Jahren nach Inkrafttreten der Regelung deren Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der Gruppenpsychotherapie.“</p>		

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Als Folge des Regelungsvorschlages ergeben sich dann auch Anpassungsnotwendigkeiten bei § 27 Absatz 3, § 33 Absatz 1 und Absatz 3 und § 34:</p> <p><u>§ 27 Behandlungsumfang und -begrenzung</u></p> <p>„(1) Die Psychotherapiestunde im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie umfasst mindestens 50 Minuten. Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie entsprechen die zur Verfügung gestellten Kontingente <u>und die Regelungen des Antragsverfahrens nach § 33</u> denen der überwiegend durchgeführten Anwendungsform.“</p> <p><u>§ 33 Antragsverfahren</u></p> <p>„(1) ¹Die Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie nach § 15 erfolgt durch die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten. ²Zu diesem Antrag teilen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor der Behandlung der Krankenkasse die Diagnose mit, begründen die Indikation und beschreiben Art und Umfang der geplanten Psychotherapie. ³Wird ein Antrag auf Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie gestellt oder soll eine Kurzzeittherapie als Einzelpsychotherapie in eine Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie umgewandelt werden, so soll dieser Antrag neben den Angaben zu Diagnose, Indikation sowie Art, Umfang, Frequenz und Prognose der geplanten <u>Psychotherapie</u> auch einen fallbezogenen Behandlungsplan enthalten (Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter). ⁴Die Krankenkasse hat über einen Antrag nach Satz 1 spätestens mit Ablauf von 3 Wochen, über einen Antrag nach Satz 3 spätestens mit Ablauf von 5 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. ⁵Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten, etwa weil der Antrag ergänzungs- oder klarstellungsbedürftig ist, oder der Sachverhalt eine überdurchschnittliche Komplexität aufweist, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung hinreichender Gründe und Übermittlung eines angemessenen neuen Entscheidungstermins rechtzeitig schriftlich mit. ⁶Erfolgt bis zum Ablauf der Frist nach Satz 4 keine solche Mitteilung oder verstreicht der neue Entscheidungstermin nach Satz 5 fruchtlos, gilt die beantragte Leistung als zur Erbringung durch <u>Psychotherapeutinnen</u> und <u>Psychotherapeuten</u> im Sinne dieser Richtlinie genehmigt, dies gilt nicht für Leistungen, die nicht nach dieser Richtlinie zulasten der Krankenkassen erbracht werden können.</p> <p>(1a) ...</p>	<p>Der UA PT sieht hier nicht die Notwendigkeit einer Anpassung (siehe oben).</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>(2) ...</p> <p>(3) ¹Ist die Psychotherapie gemäß § 28 Absatz 1 Nummer 12 und 23 mit den dort festgelegten Leistungen nicht erfolgreich abzuschließen und soll die <u>Psychotherapie</u> deshalb fortgesetzt werden, bedarf es eines Antrages auf Feststellung der Leistungspflicht. ²Sofern ein Gutachter mit der Prüfung beauftragt wird, sind der Behandlungsverlauf, der erreichte Therapieerfolg und die ausführliche Begründung zur Fortsetzung der Behandlung einschließlich der prognostischen Einschätzung darzustellen.</p> <p>(4) ...“</p> <p><u>§ 34 Gutachterverfahren</u></p> <p>„¹Bei Psychotherapie gemäß § 15 sind Anträge auf Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie zu begründen; in Ausnahmefällen gilt dies auch für Kurzzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie und Langzeitpsychotherapie als Gruppenpsychotherapie nach § 13 Absatz 4 Satz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung. Die Krankenkasse kann Anträge auf Fortführung einer Langzeitpsychotherapie durch eine Gutachterin oder einen Gutachter prüfen lassen. Im Falle der Ablehnung der Fortführung der Langzeitpsychotherapie muss die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme einholen, sofern die formalen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt sind. Die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut hat den Konsiliarbericht im verschlossenen Umschlag dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter beizufügen.“</p>		

Zu § 29 Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	Die Bundesärztekammer unterstützt die Reduktion der Bewilligungsschritte in den gesamten Kontingenten für Einzel- und Gruppenpsychotherapie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen.	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BPtK	Die BPtK begrüßt die in § 29 vorgenommene Verschlankung des Gutachterverfahrens durch die Zusammenlegung von zwei Bewilligungsschritten in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie, die dazu führt, dass bei einem Antrag auf Langzeittherapie im Einzel- oder Gruppensetting in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (bei Erwachsenen) und der Verhaltenstherapie in dem ersten Bewilligungsschritt einheitlich zunächst 60 Stunden beantragt werden. Dies erscheint auch angemessen angesichts der bisherigen Erfahrungen in der Langzeittherapie, nach der die Behandlungskontingente in der Regel nicht ausgeschöpft werden, sondern die Therapiedauer an den individuellen Behandlungsbedarf vor dem Hintergrund des jeweiligen Behandlungsverlaufes angepasst wird. Es erscheint weiterhin sachgerecht, dass das Gutachterverfahren bei einem erneuten Verlängerungsantrag nicht obligatorisch stattzufinden hat, sondern es im Ermessen der Krankenkassen liegt, ob ein erneutes Gutachten eingeholt werden soll. In diesem Sinne begrüßt die BPtK auch die Einfügung der Sätze 3 und 4 in § 34 „Gutachterverfahren“ einschließlich der Regelung, dass im Falle einer Ablehnung der Fortführung einer Langzeittherapie die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme einholen muss.	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.

Zu § 31 Konsiliarverfahren und Qualifikation der den Konsiliarbericht abgebenden Ärztinnen und Ärzte

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag der KBV, dass vor Beginn einer Richtlinien-Psychotherapie von der psychologischen Psychotherapeutin, dem psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein Konsiliarverfahren einzuleiten ist. Dazu muss die Konsiliarärztin oder der Konsiliararzt über die erhobenen Befunde und die vorgesehene Psychotherapie informiert werden.	Die Die KBV und der GKV-SV sehen die Akutbehandlung nicht als Bestandteil der Richtlinien-therapie, da die Kriterien des § 5 nicht vollumfänglich erfüllt sind.	Keine Änderung am BE.

Zu § 32 Anzeigeverfahren und § 33 Antragsverfahren

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	Die Bundesärztekammer ist der Auffassung, dass das Anzeigeverfahren für die Akutbehandlung nach § 13 gelten soll und das Antragsverfahren auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie nach § 15 für Kurzzeit- und Langzeittherapie. Wird eine Langzeittherapie beantragt oder eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie umgewandelt, so muss ein gutachterpflichtiger Antrag gestellt werden (Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter).	KBV/GKV-SV Die KBV und der GKV-SV begrüßen den Vorschlag der BÄK.	Keine Änderung am BE.
BPtK	Die Einrichtung eines reinen Anzeigeverfahrens ist insbesondere für die psychotherapeutische Akutbehandlung zu begrüßen. Dieses gewährleistet, dass entsprechend der gegebenen Dringlichkeit der Behandlung zeitnah innerhalb längstens zwei Wochen nach Indikationsstellung im Rahmen der Sprechstunde mit der Behandlung begonnen werden kann. Mit Einführung der Akutbehandlung ist es nach Auffassung der BPtK nicht erforderlich, das Anzeigeverfahren auch auf die Kurzzeittherapie zu erstrecken, da dringende zeitnahe Behandlungen durch die Akutbehandlung in jedem Fall sichergestellt werden können. Durch den geplanten generellen Wegfall des Gutachterverfahrens im Antrags- und Genehmigungsverfahren zur Kurzzeittherapie und auch vor dem Hintergrund der gesetzlichen Fristen, die nach Vorschlag des Unparteiischen Vorsitzenden des Unterausschusses Psychotherapie in § 33 Absatz 1 Satz 4 bis 6 aufgenommen werden, ist ein für die anderen Fallkonstellationen hinreichend schneller Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung sichergestellt.	KBV/GKV-SV Die KBV und der GKV-SV begrüßen den Vorschlag der BPtK.	Keine Änderung am BE.
	Darüber hinaus stimmt die BPtK dem Vorschlag des Unparteiischen Vorsitzenden des Unterausschusses Psychotherapie zu, in § 33 Absatz 1 Satz 4 bis 6 die Regelungen zu den gesetzlichen Fristen bei der Beantragung von Leistungen zulasten der GKV in den Normtext der Richtlinie aufzunehmen und damit für den konkreten Anwendungsfall der Beantragung von ambulanten Psychotherapien die Rechtssicherheit der antragstellenden Patientinnen und Patienten zu erhöhen.	Die UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis. Der GKV-SV und die KBV gehen davon aus, dass auch zukünftig alle Langzeitanträge beschieden werden; aus diesem Grund ist eine Übernahme der gesetzlichen Regelungen nicht erforderlich. Der BE wird entsprechend angepasst.	Änderung am BE wie folgt: <i>„Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Kurzzeittherapie spätestens mit Ablauf von 3 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.“</i>

Zu § 34 Gutachterverfahren

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	Die Bundesärztekammer begrüßt, dass grundsätzlich keine Gutachterpflicht mehr für Kurzzeittherapien besteht und nur bei Langzeittherapien oder in Ausnahmefällen auch bei Kurzzeittherapie ein Gutachter durch die Krankenkasse eingeschaltet werden muss. Dies ist eine der angestrebten Erleichterungen in der Durchführung von Psychotherapien.	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
BPtK	Wie bereits im Zusammenhang mit der Stellungnahme zur Änderung des § 29 ausgeführt, begrüßt die BPtK, dass entsprechend dem Regelungsvorschlag in Satz 3 die Krankenkasse Anträge auf Fortführung einer Langzeittherapie durch eine Gutachterin oder einen Gutachter prüfen lassen kann, aber nicht muss. Zugleich ist es sachgerecht, dass eine Ablehnung eines Fortführungsantrages die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme voraussetzt und nicht in das Ermessen der Krankenkasse gestellt werden kann.	Siehe Formulierungsvorschlag zum § 33 Absatz 1 und 3 sowie deren Würdigung in den Ausführungen zu § 28.	Keine Änderung am BE.
	Widersprüchlich in § 34 des Beschlussentwurfs erscheint dagegen die Einfügung in Satz 1 mit dem Verweis auf § 13 Absatz 4 Satz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung. Danach kann die Krankenkasse grundsätzlich jeden Antrag einem Gutachter zur Prüfung übergeben, sofern sie dies für erforderlich hält. Der § 34 Satz 1 zweiter Halbsatz wird dagegen ausdrücklich auf Ausnahmefälle abgestellt, bei denen von der Krankenkasse eine Prüfung des Antrages durch eine Gutachterin oder einen Gutachter veranlasst werden kann. Hier erscheint eine Anpassung der Psychotherapie-Vereinbarung erforderlich, aus der die Ausnahmetatbestände für eine Prüfung des Antrages auf Kurzzeittherapie auf Veranlassung durch die Krankenkasse hervorgehen.	Die Psychotherapie-Vereinbarung ist nicht Bestandteil des Stellungsnahmeverfahrens.	Keine Änderung am BE.

Zu § 35 Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	In den weitgehenden Veränderungen hinsichtlich der Qualifikation der Gutachter stimmt die Bundesärztekammer weitgehend (mit einigen Einschränkungen) mit den Vorschlägen der KBV überein. Die Übereinstimmungen liegen im Folgenden: 1. Als Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche können Ärztinnen und	Den Ausführungen der BÄK kann nicht vollumfänglich gefolgt werden. Es ist nicht nachvollziehbar, dass Psychotherapeuten, die keinen Fachkundenachweis in der Analytischen Psychotherapie haben, die Fähigkeit	Änderung am BE (siehe § 35).

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Ärzte oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer Doppelqualifikation in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie bestellt werden. Der Ausnahmeregelung für Kinder- und Jugendlichengutachter, vorgeschlagen von der KBV, schließt sich die Bundesärztekammer nicht an.</p> <p>2. Es können Ärztinnen und Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer Qualifikation in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche werden.</p> <p>3. Die unter 1. und 2. Genannten können dann in einer Liste als qualifiziert für Gutachten in der Gruppenpsychotherapie aufgenommen werden, wenn sie selber über die Qualifikation zur Erbringung von Gruppenpsychotherapien verfügen und auch solche durchführen.</p> <p>4. Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten können Gutachter für Verhaltenstherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche werden, wenn sie die entsprechenden Qualifikationen im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung erworben haben.</p> <p>5. Die unter 4. Genannten können dann als Gutachter für Gruppenpsychotherapie genannt werden, wenn sie selber die Qualifikation zur Erbringung von verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapien haben und auch solche durchführen.</p> <p>Begründung</p> <p>Aus der historischen Entwicklung ist nachzuvollziehen, dass die Doppelqualifikation in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie die Grundlage für die Bestellung zum Gutachter Voraussetzung war. Mit der Entwicklung der ärztlichen Weiterbildungsordnung und der Entwicklung des Psychotherapeutengesetzes sind jedoch nun auch Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten tätig, die die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie-Qualifikation erworben haben (psychodynamische Psychotherapie). Letztere sind aufgrund ihrer theoretischen und behandlingstechnischen Positionen eng mit der Psychoanalyse verbunden, ohne selber Analytiker geworden zu sein. Sie sind fachlich in der Lage, die beantragten psychoanalytisch begründeten Verfahren zu beurteilen. Eine Auftrennung in Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische</p>	<p>haben sollen, eine Analytische Psychotherapie zu begutachten.</p> <p>Der UA PT ist der Auffassung, dass es für den Gutachter erforderlich ist, in der operativen Tätigkeit der ambulanten Versorgung unmittelbar tätig zu sein und sich kontinuierlich der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten zu stellen; eine rein theoretische Auseinandersetzung ist für eine Gutachtertätigkeit nicht ausreichend und auch eine stationäre Behandlung weist deutlich andere Strukturen auf, so dass eine Übertragbarkeit nicht in allen Fällen gegeben sein kann.</p> <p>Der Hinweis der BÄK zur historischen Entwicklung wird aufgegriffen; der Beschluss wird dahingehend geändert, dass die Dreigliedrigkeit des Paragraphen aufgelöst wird und stattdessen geregelt wird, dass die Fachkunde Voraussetzung für die Bewerbung zur Begutachtung jeweiliger Anträge wird und auch eine Bewerbung für mehrere Verfahren – bei Vorliegen der entsprechenden Fachkunden – möglich ist.</p>	

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Psychotherapie, wie der GKV-SV dies vorschlägt, wird seitens der Bundesärztekammer abgelehnt. Dies würde zu einem Auseinanderfallen der psychoanalytisch begründeten Verfahren führen.</p> <p>Weiteren Qualifikationsvoraussetzungen, z. B. Altersbegrenzung bei Antragstellung, mindestens fünfjährige Tätigkeit nach Abschluss der Aus- oder Weiterbildung, Dozententätigkeit an Aus - oder Weiterbildungsstätten, wird zugestimmt, hingegen nicht der dreijährigen Bindung an eine Tätigkeit im vertragsärztlichen Versorgungsbereich. Hier ist bei der Bestellung der Gutachter darauf zu achten, dass auch in Institutionen wie Polikliniken und Ambulanzen entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte oder psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten tätig sein können, die als Gutachter grundsätzlich bestellt werden können. Insbesondere wissenschaftlich qualifizierte ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten könnten eine Bereicherung für die Weiterentwicklung der Psychotherapie und auch der Richtlinien-Psychotherapie sein.</p>		
BPtK	Die BPtK begrüßt grundsätzlich die im Beschlussentwurf vorgeschlagenen Änderungen der Regelungen zur Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter.	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
	Aus Sicht der BPtK ist es der Versorgungssituation und der Entwicklung der psychoanalytisch begründeten Verfahren angemessen, dass für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eigene Gutachter bestellt werden und für diese keine Doppelqualifikation in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie vorausgesetzt wird. Auch für den Bereich der Begutachtung von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen sollten analog dem Regelungsvorschlag für den Bereich der Behandlung von Erwachsenen eigene Gutachter bestellt werden, die über eine abgeschlossene Weiterbildung bzw. einen Fachkundenachweis in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie verfügen und eine mindestens dreijährige und zum Zeitpunkt der Bestellung auch aktuelle Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nachweisen können.	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
	Für den Bereich der Begutachtung der analytischen Psychotherapie erscheint es dagegen vor dem Hintergrund, dass bei Erwachsenen etwa die Hälfte der Behandlungen mit analytischer Psychotherapie als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie begonnen wurden, sachgerecht die entsprechende Qualifikation bzw.	Der UA PT nimmt die Anmerkungen zur Kenntnis. Aus Sicht des UA PT ist es sachgerecht, auch Gutachter mit der ausschließlichen Sachkunde	Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	den Fachkundenachweis sowohl für die analytische Psychotherapie als auch für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie vorauszusetzen.	Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie einzuführen, da die Begutachtung bei einem Wechsel von Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zur Analytischen Psychotherapie durch einen Gutachter mit doppelter Fachkunde oder Weiterbildung erfolgt.	
	Weiterhin befürwortet die BpTK, dass für die Begutachtung von Anträgen zur Gruppenpsychotherapie grundsätzlich auch eine Qualifikation im Bereich der Gruppenpsychotherapie in dem jeweiligen Verfahren vorliegen muss und eigene Behandlungserfahrung in der Gruppenpsychotherapie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nachzuweisen ist.	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
	Allerdings sollten die Kriterien 3 bis 6 nicht Eins zu Eins von der Einzelpsychotherapie auf die Gruppenpsychotherapie übertragen werden, damit für die Begutachtung von Anträgen zur Gruppenpsychotherapie auch hinreichend Gutachter in den drei Richtlinienverfahren zur Verfügung stehen, und nicht diejenigen Psychotherapeuten, die in größerem Umfang an der ambulanten gruppenpsychotherapeutischen Versorgung teilnehmen, ihr eigenes gruppenpsychotherapeutisches Angebot in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in erheblichem Umfang zugunsten der Gutachtertätigkeit reduzieren müssen.	Der UA PT nimmt die Anmerkungen zur Kenntnis, ist jedoch der Ansicht, dass gerade bei den Gutachtern ein hohes Qualitätsniveau erforderlich ist. Daher kann auf die Erfüllung der Kriterien nicht verzichtet werden.	Keine Änderung am BE.
	Hinsichtlich der von den Gutachtern zu erfüllenden Kriterien wurde das Kriterium 6. des Nachweises einer mindestens dreijährigen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet des jeweiligen Psychotherapieverfahrens um die aktuelle Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem entsprechenden Gebiet erweitert. Dies ist aus Sicht der BpTK sachgerecht, damit das Gutachterverfahren im Sinne eines Peer-Review durch erfahrene psychotherapeutische Kolleginnen und Kollegen weiterentwickelt werden kann, die selbst weiterhin an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Dies erscheint nicht zuletzt auch mit Blick auf die durch die vorgesehene Strukturreform der ambulanten Psychotherapie angestoßenen Veränderungen im ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsgeschehen sinnvoll.	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	Hierbei befürwortet die BPTK, die aktuelle Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, fest vorzuschreiben und auf eine Aufweichung dieses Kriteriums durch das Wort „grundsätzlich“ gemäß Vorschlag der KBV zu verzichten. Bei der Umsetzung wird darauf zu achten sein, dass ausreichend Gutachter bestellt werden, damit diese nicht aufgrund der überhöhten Zahl an zu erbringenden Gutachten gezwungen sind, ihre Praxistätigkeit zu stark einschränken zu müssen.	Der UA PT nimmt die Anmerkungen zur Kenntnis. In Ausnahmefällen soll durch die Beibehaltung des Wortes „grundsätzlich“ die Möglichkeit geschaffen werden, beispielsweise Experten aus der Wissenschaft am Gutachterverfahren zu beteiligen.	Keine Änderung am BE.
	Dagegen sollte nach Auffassung der BPTK das Kriterium 7. „der Gutachter soll zu Beginn der Gutachtertätigkeit grundsätzlich nicht älter als 55 Jahre sein“ aus rechtlichen Gründen ersatzlos gestrichen werden. Die Anknüpfung an das Alter könnte eine Diskriminierung älterer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darstellen, die möglicherweise verfassungsrechtlich nicht haltbar ist und unter fachlichen Gesichtspunkten vor dem Hintergrund der beruflichen Erfahrung älterer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch nicht geboten erscheint. Insbesondere bei Umsetzung des Vorschlages des GKV-SV zu Kriterium 6., mit dem sichergestellt wird, dass die Gutachterinnen und Gutachter aktuell an der vertragsärztlichen Versorgung auf dem jeweiligen Gebiet des Psychotherapieverfahrens nach § 15 teilnehmen, ist eine Regelung, die den Einstieg in die Gutachtertätigkeit von älteren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten begrenzt, nicht mehr erforderlich, da so eine fortbestehende Verankerung in der vertragsärztlichen Versorgung ausreichend gewährleistet werden kann.	Der UA PT nimmt die Anmerkungen zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.

Zu § 37 Schriftliche Dokumentation

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	Die Erweiterung der individuellen Informationsweitergabe wird begrüßt. Insbesondere die individuelle Patienteninformation wird dem Patienten langfristig Hilfestellung bei seinen Entscheidungen über eine Psychotherapie geben.	Der UA PT nimmt die Zustimmung zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
	Diese individuelle Patienteninformation kann jedoch aus datenschutzrechtlichen Gründen nur der Patientenakte hinzugefügt werden, jedoch nicht an die Krankenkassen weitergegeben werden.	Der UA PT nimmt die Ausführungen zur Kenntnis. Der GKV-SV und die PatV ziehen nach	Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		Prüfung ihre jeweiligen Vorschläge zurück.	
BPTK	Die Vorgaben des § 37 Absatz 1 zur schriftlichen Dokumentation sind für Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten bereits aufgrund der berufsrechtlichen Verpflichtungen in den Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammer verbindlich. Gemäß § 9 Absatz 2 der Muster-Berufsordnung sind Psychotherapeuten verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Entsprechend muss auch aus berufsrechtlicher Sicht die individuelle Patienteninformation gemäß § 11 Absatz 15 Bestandteil der Patientenakte sein (Stellpflug & Berns, 2015).	Der UA PT nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.
	Dagegen ist es mit Blick auf die informationelle Selbstbestimmung des Patienten nicht angemessen, dass die Krankenkasse standardmäßig das Beratungsergebnis der Sprechstunde zur Information erhalten soll. Der Hinweis, dass dies unter Beachtung des Datenschutzes geschehen soll, ist hierbei nicht ausreichend, da Unklarheiten, welche Informationen aufgrund des Datenschutzes den Krankenkassen nicht zur Verfügung gestellt werden dürfen, vorprogrammiert erscheinen. Nach § 100 SGB X dürfen Datenerhebungen bei den Leistungserbringern und Datenübermittlungen der Leistungserbringer an die Sozialleistungsträger nur im Einzelfall zur Erfüllung der Aufgaben der Kasse erfolgen und auch nur, wenn der Patient ausdrücklich eingewilligt hat oder die Datenübermittlung ausdrücklich per Gesetz zugelassen ist. Im SGB V ist jedoch keine Übermittlung der Informationen aus der Sprechstunde an die Krankenkassen vorgesehen. Hinzu kommt, dass § 100 SGB X auch nur die zweckgebundene Datenübermittlung zur Aufgabenerfüllung im Einzelfall gestattet, nicht jedoch – wie hier vom GKV-SV angestrebt – eine allgemeine Information. Die BPTK schließt sich daher dem Vorschlag der Patientenvertretung an, in Absatz 2 klarzustellen, dass gemäß § 294 ff. SGB V ausschließlich abrechnungsrelevante Daten an die Krankenkassen weiterzuleiten sind und die individuelle Patienteninformation zu diesem Zweck nicht verwendet werden darf.	Der UA PT nimmt die Ausführungen zur Kenntnis. Der GKV-SV und die PatV ziehen nach Prüfung ihre jeweiligen Vorschläge zurück.	Keine Änderung am BE.
BfDI	Unter I. Nummer 40 wird für § 37 (Schriftliche Dokumentation) Absatz 2-E von GKV-SV vorgeschlagen, „Die Krankenkasse erhält das Beratungsergebnis der Sprech-	Der UA PT nimmt die Ausführungen zur	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>stunde gemäß § 11 unter Beachtung des Datenschutzes zur Information. Das Nähere regelt die Psychotherapie-Vereinbarung“.</p> <p>Die dazu in den Tragenden Gründen von GKV gemachten Ausführungen geben keine Begründung dazu, warum die Krankenkasse überhaupt eine Rückmeldung über das Ergebnis der Sprechstunde erhalten muss. Welche Angaben unter Berücksichtigung des Datenschutzes nicht übermittelt bzw. übermittelt werden dürfen, bleibt auch hier offen. Sofern überhaupt die Notwendigkeit für eine solche Rückmeldung bestehen könnte, bedürfte es zur Nachvollziehbarkeit einer entsprechenden Regelung und Begründung.</p>	<p>Kenntnis.</p> <p>Der GKV-SV und die PatV ziehen nach Prüfung ihre jeweiligen Vorschläge zurück.</p>	

Zu § 38 Einsatz der Dokumentationsbögen

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	<p>Abs. 1</p> <p>Dem KBV-Votum wird zugestimmt, in dem vorgeschlagen wird, dass die Dokumentationsbögen zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie gemäß § 15 und dem Ende der Richtlinien-Psychotherapie auszufüllen sind.</p> <p>Ferner wird begrüßt, dass die Dokumentationsbögen Bestandteil der Patientenakte sind und bei einer neuen Antragstellung auch dem Gutachter zur Verfügung gestellt werden können.</p>	<p>Der UA PT nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.</p> <p>Der GKV-SV schließt sich der Position des Stellungnehmers an.</p>	Keine Änderung am BE.
	<p>Abs.2</p> <p>Das Sammeln von Daten allein ist nicht sinnvoll, es muss auch zu einer Auswertung kommen. Deswegen ist die Auswertung einer solchen Dokumentation innerhalb eines Zeitraums von 5 Jahren anzustreben (siehe die Position der Patientenvertreter). Mit der Auswertung sollten unabhängige Forschungsinstitute beauftragt werden.</p>	<p>Der UA PT nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.</p> <p>KBV/GKV-SV</p> <p>Der BE wird dahingehend geändert, dass ein Zeitraum ergänzt wird, bis zu welchem dem G-BA die Ergebnisse der Evaluation zur Verfügung gestellt werden.</p>	<p>Änderung am BE wie folgt: <i>„Die Ergebnisse der Evaluation werden dem G-BA spätestens 6 Jahre nach Beschlussfassung zur Verfügung gestellt.“</i></p> <p>Änderung am BE wie folgt:</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		<p>PatV</p> <p>Die PatV ändert ihren Beschlussentwurf dahingehend, dass der G-BA die Eckpunkte einer Evaluation selbst festlegt und für die Durchführung ein unabhängiges wissenschaftliches Institut beauftragt werden soll.</p>	<p>„Der G-BA legt die Eckpunkte der Evaluation unter Berücksichtigung der Konzeptskizze des AQUA-Instituts zu einem QS-Verfahren ambulante Psychotherapie selbst fest. Der G-BA beauftragt zur Durchführung der Evaluation ein unabhängig wissenschaftliches Institut.“</p>
<p>BPtK</p>	<p>Im Zuge der aktuellen Änderungen soll der Auftrag aus der Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung vom 11.12.1998 umgesetzt werden, Dokumentationsstandards für die ambulante Psychotherapie festzulegen. Hierzu sollen Dokumentationsbögen genutzt werden, die gemeinsam mit dem Patienten zu Behandlungsbeginn und zu Behandlungsende ausgefüllt werden sollen.</p> <p>Für das Stellungnahmeverfahren erscheint es ausgesprochen problematisch, dass die Entwicklung und Auswahl der spezifischen Inhalte der Standarddokumentation und die Operationalisierung der Informationserfassung in den Tragenden Gründen weder dargestellt noch begründet werden. Insbesondere mangelt es an einer Darstellung der Erforderlichkeit der Erhebung der personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten in der ambulanten Psychotherapie für die Zwecke der Qualitätssicherung nach § 299 SGB V. § 299 Absatz 1 Satz 2 und 3 bestimmt hierzu:</p> <p><i>In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Leistungserbringern zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der Festlegung der Daten nach Satz 2 in Abhängigkeit von der jeweiligen Maßnahme der Qualitätssicherung insbesondere diejenigen Daten zu bestimmen, die für die Ermittlung der Qualität von Diagnostik oder Behandlung mit Hilfe geeigneter Qualitätsindikatoren, für die Erfassung möglicher Begleiterkrankungen und Komplikationen, für die Feststellung der Sterblichkeit sowie für eine geeignete Validierung oder Risikoadjustierung bei der Auswertung der Daten medizinisch oder methodisch notwendig sind.</i></p> <p>Ohne eine stringente Darlegung der Erforderlichkeit der Erhebung der Daten sind die</p>	<p>Der UA PT nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Vorgaben nach § 38 in Kombination mit den Dokumentationsbögen als Anlage 2 der Psychotherapie-Richtlinie nach Einschätzung der BPTK nicht rechtskonform.</p> <p>Ferner sieht die Regelung in § 38 eine Vollerhebung bei allen Patientinnen und Patienten vor, die eine Richtlinienpsychotherapie gemäß § 15 erhalten. Nach § 299 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 besteht hierbei wiederum eine gesonderte Begründungspflicht:</p> <p><i>Abweichend von Satz 4 Nummer 1 können die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen</i></p> <p><i>1. auch eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patienten vorsehen, sofern dies aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen, die als Bestandteil der Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen dargelegt werden müssen, erforderlich ist.</i></p> <p>Wenn also wie in § 38 eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patientinnen und Patienten vorgesehen ist, bedarf es der Darlegung der gewichtigen medizinisch-fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründe hierfür in der Richtlinie bzw. in dem Beschluss zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie.</p> <p>Darüber hinaus wäre auch unter inhaltlichen Gesichtspunkten zu erwarten gewesen, dass eine Diskussion des vorgelegten Vorschlages für den Dokumentationsbogen vor dem Hintergrund der Konzeptskizze des AQUA-Instituts für ein einrichtungsvergleichendes sektorspezifisches QS-Verfahren in der ambulanten Psychotherapie erfolgt, die seinerzeit vom Unterausschuss Psychotherapie beauftragt worden war. Hierbei sollte mit der Expertise des AQUA-Instituts u. a. geprüft werden, welche patientenbezogenen Informationen leistungserbringerseitig für ein solches QS-Verfahren erhoben werden sollten, um insbesondere die Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung einrichtungsvergleichend abbilden zu können. Die Erforderlichkeit, Eignung und Datensparsamkeit einer Reihe von Datenfeldern in den Dokumentationsbögen erscheint für diese Zwecke zumindest fraglich.</p> <p>Hinsichtlich der Erhebungszeitpunkte, zu denen die Dokumentationsbögen gemeinsam mit dem Patienten auszufüllen sind, ergeben sich aus der Formulierung in § 38 Absatz 1 einige Fragen. Zunächst stellt sich die Frage, wie zweckmäßig die Vorgabe ist, dass die Dokumentationsbögen grundsätzlich gemeinsam mit der Patientin bzw. mit dem Patienten auszufüllen sind. Daten zu mehreren Datenfeldern</p>		

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>des Dokumentationsbogens können sinnvollerweise über die Verwendung eines Anamnesebogens erfasst werden und dann entsprechend für die Dokumentation zu Behandlungsbeginn übertragen werden. Auch die Nutzung elektronischer Dokumentationssysteme ist für diese Zwecke denkbar, so dass unflexible Vorgaben, die auf ein gemeinsames Ausfüllen eines Dokumentationsbogens in der Paper-Pencil-Version hinauslaufen, vermieden werden sollten. Auch die noch zu spezifizierenden Vorgaben für die individuelle Patienteninformation, die das Ergebnis der Sprechstunde zusammenfassen soll, sind hier noch nicht berücksichtigt. Schließlich wäre es ineffizient, wertvolle Therapiezeit auf das gemeinsame Ausfüllen von Dokumentationsbögen zu verwenden, ohne dass daraus ein erkennbarer Mehrwert für die Patientin oder den Patienten oder für die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten resultiert, zumal die patientenrelevanten Informationen bereits in der individuellen Patienteninformation enthalten sein sollten.</p> <p>Dies macht zugleich deutlich, dass die Definition des Erhebungszeitpunktes in § 38 Absatz 1 flexibler zu fassen ist. Bestimmte Informationen des Dokumentationsbogens bei Behandlungsbeginn werden routinemäßig bereits im Rahmen der Sprechstunde und nicht erst zu Beginn der Richtlinientherapie erfasst werden (u. a. Geschlecht, Arbeitsunfähigkeit bei Therapiebeginn, berufliche Situation, Rentenantrag, Vorbehandlungen, Zuweiser, behandlungsrelevante psychische Diagnosen, somatische Diagnosen, aktuelle psychopharmakologische Medikation). Es wäre nicht zweckmäßig, diese zu Beginn der Richtlinientherapie erneut über einen eigenen Dokumentationsbogen zu erheben.</p> <p>Darüber hinaus legt die Formulierung in § 1 Absatz 1 Satz 2 nahe, dass der Dokumentationsbogen bereits vor Beginn der Behandlung auszufüllen ist, anderenfalls könnte der Dokumentationsbogen bei Beantragung einer gutachterpflichtigen Psychotherapie dem Bericht an den Gutachter nicht beigelegt werden. Zumindest der Vorschlag der KBV sieht sinnvollerweise vor, dass nach den probatorischen Sitzungen eine antrags- und gutachterpflichtige Psychotherapie gemäß § 15 unmittelbar beantragt werden kann.</p> <p>Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich für den Zeitpunkt der Erfassung der Daten aus den „Dokumentationsbögen bei Behandlungsende“ hinsichtlich der Definition des Behandlungsendes. Aus dem Normtext des § 14 Rezidivprophylaxe könnte abgeleitet werden, dass das Behandlungsende bei der Langzeittherapie künftig definiert wird als der Übergang von Abschlussphase einer Richtlinientherapie inklusive</p>		

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Erhaltungstherapie hin zu der Phase der Rezidivprophylaxe. Bei der Kurzzeittherapie sind dagegen laut Beschlussentwurf Konzepte und Techniken der Rezidivprophylaxe als Bestandteil der Abschlussphase einer solchen Therapie definiert, sodass hierbei das Therapieende eher als die letzte Therapiestunde insgesamt definiert wäre.</p> <p>Aus Sicht der BPTK sollten den Patienten und Psychotherapeuten hinsichtlich des Zeitpunktes der Erfassung und Dokumentation der Daten gemäß den Dokumentationsbögen ein Ermessensspielraum zugestanden werden, damit diese sinnvoll in die Diagnostik und das Behandlungsgeschehen integriert werden können. Die BPTK schlägt daher vor, § 38 Absatz 1 wie folgt zu fassen:</p> <p><i>„Bis zum Beginn und bis zum Ende einer Richtlinienpsychotherapie gemäß § 15 sind die <u>Daten gemäß Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie (Anlage 2) gemeinsam mit dem Patienten auszufüllen zu erfassen und zu dokumentieren.</u> Wird ein Antrag auf <u>Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie</u> gestellt oder soll eine <u>Kurzzeittherapie als Einzelpsychotherapie</u> in eine <u>Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie</u> umgewandelt werden, sind dem Bericht an den Gutachter die Angaben gemäß Dokumentationsbogen zu Behandlungsbeginn beizufügen. Die Dokumentation gemäß Dokumentationsbögen <u>Ambulante Psychotherapie</u> ist Bestandteil der Patientenakte.“</i></p>		
	<p>Darüber hinaus spricht sich die BPTK dafür aus, den Vorschlag der Patientenvertretung zu Absatz 1 als Absatz 2 des § 38 aufzunehmen.</p>	<p>Der UA PT nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>
	<p>Auch der Vorschlag einer Evaluation der einheitlichen Dokumentation innerhalb von fünf Jahren nach Beschlussfassung wird von der BPTK befürwortet. Auch mit Blick auf die Richtlinienkompetenz des G-BA im Bereich der sektorspezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erscheint es sinnvoll, dass die Maßgaben für die Evaluation der einheitlichen Dokumentation in der Regelungskompetenz des G-BA verbleiben. Die BPTK befürwortet daher den Vorschlag der Patientenvertretung zu § 38 Absatz 2, welcher als neuer Absatz 3 des § 38 in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen werden sollte.</p>	<p>KBV/GKV-SV</p> <p>Die KBV und der GKV-SV nehmen die Ausführungen zur Kenntnis. Der BE wird dahingehend geändert, dass ein Zeitraum ergänzt wird, bis zu welchem dem G-BA die Ergebnisse der Evaluation zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>PatV</p> <p>Die PatV begrüßt den Vorschlag der BPTK.</p>	<p>Änderung am BE.</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	Schließlich sieht die BPtK konkreten Überarbeitungsbedarf bei den einzelnen Datenfeldern der Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie. So bestehen zum Teil Redundanzen bei der Erfassung bestimmter Datenfelder zum Behandlungsende gegenüber den bei Behandlungsbeginn erhobenen Informationen, einige Datenfelder erscheinen in ihren Kodiermöglichkeiten unvollständig, über- oder unterdifferenziert.	Siehe Formulierungsvorschlag und deren Würdigung in den Ausführungen zu Anlage 2.	
BfDI	Die vorstehenden Ausführungen (<i>Anmerkung: siehe Ausführungen des BfDI zu § 39</i>) gelten für § 38-E entsprechend.	Der UA PT nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.

Zu § 39 Regelungsbereich der Psychotherapie-Vereinbarung

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BfDI	Sofern die in § 39-E genannten Stellen das Nähere in einer „Psychotherapie-Vereinbarung“ nach § 37 Absatz 2-E zu regeln haben, wäre dies jedenfalls zu den datenschutzrechtlichen Regelungen mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 und Absatz 6a Satz 1 SGB V nicht vereinbar. Danach regelt der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere. Ihm ist es nicht gestattet, den erforderlichen Regelungsbedarf an eine andere Stelle zu delegieren. Insbesondere würde damit die Verpflichtung, mir nach § 91 Absatz 5a SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme bei datenschutzrechtlichen Regelungen zu geben, unterlaufen.	<p>KBV/GKV-SV</p> <p>Die KBV und der GKV-SV nehmen diesen Aspekt der Stellungnahme zur Kenntnis, jedoch war der § 39 nicht Gegenstand des Stellungsnahmeverfahrens.</p> <p>PatV</p> <p>Die PatV teilt den Einwand der BfDI.</p>	Keine Änderung am BE.

Zu Anlage 2, I. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Erwachsene Behandlungsbeginn

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BÄK	<p>Ziffer 11.6 (<i>Anmerkung: Blatt 2</i>)</p> <p>In der Anlage 2 fehlt unter „I. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Erwachsene Behandlungsbeginn Punkt 11.6“ die „psychosomatische Institutsambulanz“. Unter 11.6 sollte neben „psychiatrischen Institutsambulanz“ die</p>	Der UA PT nimmt die Ausführungen zur Kenntnis. Da es auf Bundesebene bisher keine Vereinbarung zu den „psychosomatischen	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	„psychosomatische Institutsambulanz“ eingefügt werden.	Institutsambulanzen“ gibt, existieren derzeit keine psychosomatischen Institutsambulanzen. Der Vorschlag wird nicht aufgegriffen.	
BPtK	In Anlage 2 I. Ziffer 1 sollte analog den Bestimmungen zu Reisepässen etc. als dritte Kategorie zum Merkmal Geschlecht die Angabe „unbestimmt“ ergänzt werden. Bei Ziffer 2 sollte eine Eingrenzung auf die sprachlichen Barrieren erfolgen, da zum einen die Dimensionen sprachliche und kulturelle Barrieren nicht vermischt werden sollten und zum anderen die Dimension der kulturellen Barrieren in diesem Rahmen nur begrenzt objektivierbar ist, sodass der Nutzen dieses Datenfeldes bei voraussichtlich schwacher Interraterreliabilität gering ausfallen dürfte. Die Kodiermöglichkeiten zur jetzigen beruflichen Situation sind unvollständig und zum Teil zu wenig differenziert, um aussagekräftig zu sein. So sollte beispielsweise zwischen Altersrente, Frühpension und Erwerbsminderungsrente unterschieden werden. Auch die Möglichkeit, eine beschützte Beschäftigung zu kodieren, wäre sinnvoll. Auch die Ziffern 7 und 8 sollten stärker differenziert werden (u. a. Minderung der Erwerbsfähigkeit, in %, wegen psychischer Erkrankung; Erwerbsminderungsrente, befristet/unbefristet, Grad der Behinderung) und auch die Frage beinhalten, ob ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente geplant ist. Unter Ziffer 9 und 10 sollten ferner auch psychiatrische und psychosomatische Behandlungen ggf. gesondert kodiert werden können.	Der Vorschlag zu Ziffer 1 sollte aufgenommen werden. Die sonstigen Ausführungen werden zur Kenntnis genommen.	Änderung des BE.

Zu Anlage 2, II. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Erwachsene Behandlungsende

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
BPtK	In Anlage 2 II. können weiterhin die Ziffern 1 und 2 entfallen. Ziffer 3 sollte analog Anlage 2 I. überarbeitet werden. Ziffer 6 sollte dahingehend präzisiert werden, dass nach einem Antrag auf Erwerbsminderungsrente gefragt wird. Schließlich sollte Ziffer 15 weiter überarbeitet werden (u. a. Einvernehmliche Beendigung mit Ausschöpfung des Stundenkontingentes bei 15.2, Ergänzung des Wortes „Vorzeitige“ bei 15.4 und 15.5., Zusammenlegung der Kodierungen 15.7 und 15.8, Ergänzung weiterer Überweisungsoptionen, z. B. ambulante psychiatrische Behandlung).	Der UA PT nimmt diesen Aspekt der Stellungnahme zur Kenntnis.	Keine Änderung am BE.

Zu Anlage 2, III Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Kinder und Jugendliche Behandlungsbeginn

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlusentwurf (BE)
BÄK	<p>Ziffer 12.6 (Anmerkung: Blatt 2)</p> <p>Unter 12.6 sollte neben „psychiatrischen Institutsambulanz“ die „psychosomatische Institutsambulanz“ eingefügt werden.</p>	<p>Der UA PT nimmt die Ausführungen zur Kenntnis. Da es auf Bundesebene bisher keine Vereinbarung zu den „psychosomatischen Institutsambulanzen“ gibt, existieren derzeit keine psychosomatischen Institutsambulanzen. Der Vorschlag wird nicht aufgegriffen.</p>	Keine Änderung am BE.
BPtK	<p>Bei den Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie Kinder und Jugendliche (Anlage 2 III.) schlägt die BPtK bei den Ziffern 1 bis 3 eine Angleichung an die Dokumentation bei Erwachsenen vor. Bei Ziffer 6.4 sollte eine weitere Ausdifferenzierung vorgenommen werden.</p> <p>Grundsätzlich erscheint bei Kindern und Jugendlichen die Erfassung klinischer Informationen auf Basis des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 (MAS) sinnvoll. Allerdings ist es nicht zielführend, wenn dabei grundsätzlich verpflichtend eine differenzierte Abklärung von umschriebenen Entwicklungsstörungen und des Intelligenzniveaus für alle Patientinnen und Patienten vorgeschrieben wird. Eine differenzierte Intelligenzdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen als Standard einer jeden psychotherapeutischen Behandlung erscheint unter fachlichen Gesichtspunkten nicht erforderlich und würde in unangemessener Weise Ressourcen für diese ggf. nicht indizierten diagnostischen Leistungen beanspruchen. Die Intelligenzdiagnostik sollte vielmehr konditional durchgeführt werden, insbesondere, wenn Hinweise auf eine intellektuelle Über- oder Unterforderung (chronisches Under- oder Overachievement) bestehen, die bedeutsam sind für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung der vorliegenden psychischen Erkrankungen. Darüber hinaus ist es fachlich unzulässig, die Intelligenz, wie im Dokumentationsbogen analog des MAS nahegelegt, differenziert einzuschätzen, ohne dass eine differenzierte Intelligenzdiagnostik mit geeigneten Testverfahren durchgeführt worden ist. Auch die Differenzialdiagnostik von Teilleistungsstörungen sollte nur bei entsprechender Indikation vorgenommen und nicht standardmäßig im Detail abgeprüft werden.</p>	<p>Der UA PT nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.</p>	Keine Änderung am BE.

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Entsprechende Antwortmöglichkeiten sollten daher für diejenigen Fälle unter 16.2 und 16.3 definiert werden, bei denen keine Hinweise für das Vorliegen von umschriebenen Entwicklungsstörungen oder eine Intelligenzminderung bestehen bzw. keine Indikation für eine differenzierte diagnostische Abklärung dieses Bereiches besteht. Für die Erfassung der MAS-Achse IV regt die BPTK an, hinter den Datenfeldern für die Kodierung der somatischen Erkrankungen als 5-stellige Diagnose nach ICD-10 ein Feld vorzusehen, in dem dokumentiert wird, welche mitbehandelnde Facharztgruppe ggf. die somatische Diagnose gestellt hat und die entsprechende Behandlung verantwortet. Bei der MAS-Achse V sollte darüber hinaus ein anderes, weniger stigmatisierendes Wording erwogen werden, insbesondere auf den Begriff „abnorm“ sollte in diesem Zusammenhang verzichtet werden.</p> <p>Schließlich wird der Einsatz des SDQ als Standardverfahren zur Unterstützung der Diagnostik und zur Evaluation der ambulanten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen als problematisch eingestuft. Dieses Screening-Instrument kann eine hilfreiche Unterstützung bei der Identifikation von psychisch oder verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen in den Settings Kita und Schule oder in der primärärztlichen Versorgung sowie im Bereich der Ergotherapie sein, um dann eine weitere diagnostische Abklärung bei den positiv gescreenten Kindern und Jugendlichen bei einem Spezialisten zu veranlassen. Allerdings war dieser psychometrische Test selbst für den Einsatz als Screeningverfahren im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen im G-BA als zu unspezifisch abgelehnt worden. Für den Einsatz in dem Bereich der spezialisierten fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist dieses Instrument in jedem Fall unangemessen. Mit den fünf Skalen des SDQ lässt sich nur ein Bruchteil der relevanten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter abdecken. Lediglich die Skala Hyperaktivität ist dabei ansatzweise in der Lage, den Störungsbereich der Hyperkinetischen Störungen etwas besser zu erfassen. Die Itemformulierungen des SDQ sind dabei insgesamt eher zur Erfassung überdauernder Merkmale ausgerichtet, erlauben keine Erfassung der Symptomschwere und führen in der Konsequenz dazu, dass die Skalen nicht hinreichend änderungssensitiv sind, um Behandlungseffekte in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen adäquat abzubilden. Evidenz zur Änderungssensitivität in klinischen Populationen liegt bislang nicht vor (Wolpert et al., 2015). Darüber hinaus sind auch die psychometrischen Qualitäten des SDQ als Selbsteinschätzungsinstrument bei 11- bis 16-Jährigen</p>		

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>unzulänglich. In einer aktuellen Studie zur deutschsprachigen Version der SDQ von Lohbeck (2015) an einer Stichprobe von 1.500 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 16 Jahren konnte zwar die Faktorenstruktur des Instruments anhand exploratorischer und konfirmatorischer Faktorenanalysen bestätigt werden, die Reliabilitäten der fünf Skalen (Cronbachs Alpha .55–.77, Retest .58–.67) fielen jedoch extrem gering aus. Darüber hinaus sind auch die internen Konsistenzen der Subskalen der Fremdeinschätzungsverfahren für Eltern und Lehrer unzureichend (Van Roy et al., 2008) und die Konstruktvalidität der Skalen erscheint angesichts der geringen Übereinstimmungen zwischen dem Fremdurteil der Eltern/Lehrer und dem Selbsturteil bei Jugendlichen fraglich (Goodman et al., 2010). Insgesamt kann auch aus diesen Gründen ein Ersatz in der Routineversorgung nicht empfohlen werden.</p>		
	<p>Die BPtK regt an, nochmals genau zu prüfen, welchen Zwecken die standardmäßige Erfassung von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten mit einem sehr globalen, generischen Instrument wie dem SDQ zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende dienen soll und inwieweit diese Zwecke mit welchen alternativen Verfahren oder Regelungen besser erfüllt werden können. Aus Sicht der BPtK wäre es zielführender, vor dem Hintergrund der Heterogenität der psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter die konkrete Auswahl eines oder mehrerer spezifischer psychometrischer Instrumente zur Erfassung und Verlaufskontrolle der Symptomatik bei den jeweiligen Patienten der fachlichen Bewertung des behandelnden Psychotherapeuten zu überlassen, anstatt ein wenig geeignetes generisches Instrument vorzuschreiben, welches bei allen Patienten zwingend anzuwenden ist. Zu diesem Zweck könnte in Absatz 1 als Satz 2 (neu) eingefügt werden: „²Dabei sollten zu Beginn und Ende einer Richtlinienpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 15 validierte störungsbezogene psychometrische Verfahren eingesetzt werden.“</p> <p>In den Tragenden Gründen wäre hierzu zu erläutern: „Die Auswahl des bzw. der jeweiligen psychometrischen Verfahren fällt in die fachliche Entscheidungskompetenz des behandelnden Psychotherapeuten oder der behandelnden Psychotherapeutin und soll vor dem Hintergrund der behandlungsleitenden Diagnosen getroffen werden. Der Einsatz des psychometrischen Verfahrens setzt dabei die Fähigkeit und Bereitschaft des behandelnden Patienten oder der behandelnden Patientin voraus, das bzw. die jeweiligen psychometrischen Verfahren korrekt auszufüllen. Hierbei können bei entsprechender Indikation ergänzend oder alternativ Fremdeinschätzungsverfahren eingesetzt werden.“</p>	<p>Der UA PT nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>

Organisation	Kommentar/Begründung/Änderungsvorschlag	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
	<p>Insgesamt empfiehlt die BPTK, aufgrund des umfassenden Überarbeitungsbedarfes die Regelung des § 38 einschließlich der zugehörigen Anlagen aus dem aktuellen Beschlussentwurf herauszunehmen, hierzu weitere Beratungen im G-BA durchzuführen und anschließend mit einem gesonderten Beschlussentwurf ein gesondertes Stellungnahmeverfahren zu den Dokumentationsbögen durchzuführen. Hierbei sollte auch der Unterausschuss Qualitätssicherung eingebunden werden, damit die nach § 38 festzulegenden Dokumentationsstandards auf die Erfordernisse geplanter QS-Verfahren im Bereich der Versorgung von psychischen Erkrankungen abgestimmt werden können.</p>	<p>Der UA PT nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>

7.7 Mündliche Anhörung und Wortprotokoll

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V, 1. Kapitel § 12 Absatz 1 der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Diese ist im Rahmen einer Anhörung abzugeben und dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Die BÄK, die BPTK und die BfDI wurden zur Anhörung eingeladen. Die BfDI hat auf eine Teilnahme an der mündlichen Anhörung verzichtet. Die BÄK und die BPTK haben an der Anhörung teilgenommen.

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

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V	Herr Timo Harfst	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Frau Dr. Christina Tophoven	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V	Prof. Dr. Paul L. Janssen	nein	nein	nein	nein	nein	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 5. Kapitel § 19 Absatz 2 Verfahrensordnung
des Gemeinsamen Bundesausschusses**

Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL): Strukturreform der ambulanten Psychotherapie

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 31. Mai 2016
von 10.00 Uhr bis 12.00 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmer der **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**:

Frau Dr. Christina Tophoven

Herr Timo Harfst

Angemeldete Teilnehmer der **Bundesärztekammer (BÄK)**:

Herr Dr. Ulrich Clever

Herr Prof. Dr. Paul L. Janssen

Beginn der Anhörung: 10.10 Uhr

(Die Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Frau Tophoven, meine Herren, ich darf Sie herzlich zur Änderung der Psychotherapierichtlinie - Strukturreform der ambulanten Psychotherapie -, hier die mündliche Anhörung, begrüßen. Ich darf erst einmal die Vollständigkeit feststellen und bitte um Verständnis dafür, dass ich die Titel weglasse. Wir haben uns angewöhnt, einander nicht mit Titeln anzureden. Wenn einer der Betroffenen allerdings sagt, er möchte auch in dieser Stunde nicht titellos sein, werde ich selbstverständlich darauf Rücksicht nehmen.

Ich warte zehn Sekunden. - Es gibt keinen Widerspruch. Das heißt, ich werde so verfahren.

Anwesend sind von der Bundespsychotherapeutenkammer Frau Tophoven und Herr Harfst, der schon mehrfach das Vergnügen hatte, bei uns zu Anhörungen zu sein. Von der Bundesärztekammer ist nur Herr Janssen anwesend. Ich habe eben erfahren, dass Herr Clever - aus welchen Gründen weiß ich nicht - nicht hier ist.

Herr Prof. Dr. Janssen (Bundesärztekammer):

Flugzeug!

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Mit dem Flugzeug aus Baden-Württemberg zu kommen, ist vielleicht im Augenblick etwas problematisch - von diesem kleinen Flughafen in Freiburg sowieso, wenn er nicht von Baden-Baden aus fliegt.

Wir haben Frau Elminowski und Frau Wichmann hier, um für die Ewigkeit festzuhalten, was Sie hier sagen, damit Sie Ihren Kindern und Enkelkindern noch zeigen können, dass Sie hier beim G-BA gewesen sind. Damit die Informationen, die Sie geben, auch für die Ewigkeit festgehalten werden können, bitte ich, jeweils das Mikrofon zu benutzen.

Ich darf Ihnen - als Jurist tue ich das immer sehr gerne - die Vorgaben zur Durchführung der Anhörung noch einmal zu Kenntnis geben. Ich gehe davon aus, dass Sie nicht jeden Tag mit unserer Verfahrensordnung unter dem Arm herumlaufen. Insoweit darf ich das noch einmal vorlesen. Ich erspare mir, die Paragraphen zu nennen. Laut der Verfahrensordnung

dient die mündliche Stellungnahme in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungsverfahren ergeben haben, einzubringen.

Wir haben Sie auch bereits bei der Übersendung der Beschlussunterlagen darauf hingewiesen, dass diese Dokumente bis zur Veröffentlichung durch den G-BA vertraulich behandelt werden müssen. Gleiches gilt auch für die im Rahmen der Anhörung ausgetauschten Inhalte. Das heißt, es geht um neue Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Ihrer schriftlichen Stellungnahme ergeben haben. Nun habe ich in Erinnerung, dass beide Institutionen die schriftliche Stellungnahme am 12. Mai abgegeben haben. Insoweit gehe ich davon aus, dass die neueren Erkenntnisse zwischen dem 12. Mai und dem heutigen Datum, dem 31. Mai, nicht in ganz großer Fülle vorliegen. Ich möchte Sie nicht daran hindern, noch

einmal auf das einzugehen, was Sie in der schriftlichen Stellungnahme vorgebracht haben, bitte Sie aber, sich auf die Highlights zu beschränken.

Ich bitte die Bundespsychotherapeutenkammer, nicht noch einmal Ihre 67 Seiten vorzulesen, sondern tatsächlich die Highlights vorzutragen. Gleiches gilt für die Bundesärztekammer, deren schriftliche Stellungnahme, glaube ich, insgesamt 12 Seiten umfasste. Gehen Sie davon aus: Wir alle hier haben Ihre Stellungnahmen aufmerksam gelesen und bereits in unserem Herzen bewegt. Insoweit kennen wir alles, was Sie schriftlich vorgetragen haben.

Ich darf uns, um Waffengleichheit herbeizuführen, noch einmal vorstellen. Mein Name ist Harald Deisler; ich bin seit acht Jahren Vorsitzender des Unterausschusses PT. Zu meiner Rechten sitzt Herr Kirschner, der stellvertretende Vorsitzende dieses Unterausschusses. Ihnen gegenüber hat die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses Platz genommen. Zu meiner Linken in Mannschaftsstärke oder in Fußball-EM-Tauglichkeitsstärke sitzt die KBV. Neben Ihnen haben die Patientenvertretung und etwas weiter entfernt der GKV-Spitzenverband Platz genommen.

Jetzt wissen Sie, wer Ihnen gegenübersteht. Die Frage an Sie - sie führt in anderen Anhörungen meist zu einem 30-sekündigen Überlegen -: Wer möchte als Erster? - Die Bundespsychotherapeutenkammer. Herr Harfst, Sie haben das Wort.

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

Herr Deisler! Meine Damen und Herren! Vielen Dank zunächst einmal, dass Sie uns die Gelegenheit zu einer mündlichen Anhörung geben. Das wissen wir sehr zu schätzen, da der Zeitplan extrem eng ist und die Verfahrensordnung das nicht zwingend vorschreibt. Daher wissen wir es sehr zu würdigen und möchten auch noch einmal unseren Dank und unsere Anerkennung dafür aussprechen, dass es Ihnen gelungen ist, trotz der extrem engen gesetzlichen Fristen einen Beschlussentwurf vorzulegen, der gute Perspektiven hat, fristgerecht im Juni-Plenum verabschiedet zu werden, und im Sinne des Gesetzgebers relevante Verbesserungen der Versorgung hervorbringen kann.

Unser Dank gilt auch Frau Dr. Dege und Frau Kleinert von der Geschäftsstelle, die in diesem langen Prozess sicherlich enorme Arbeit geleistet haben. Auch den Vertretern der Bänke sei hier noch einmal unsere Anerkennung für das ausgesprochen, was sie hier geleistet haben.

Wir sind mit dem üblichen Prozedere vertraut und werden in der Tat nur auf einige Highlights eingehen. Sie müssen nicht fürchten, dass die 67 Seiten noch einmal vorgetragen werden. Wir werden ein paar kleinere Ergänzungen bringen, die wir so in der Stellungnahme noch nicht dargelegt haben.

Zunächst einmal ist es angemessen, auf den Regelungsentwurf zur psychotherapeutischen Sprechstunde einzugehen, wo wir denken, dass hier eine sehr kluge, sinnvolle Lösung gefunden worden ist, eine gute Umsetzung des gesetzlichen Auftrages, die das Potenzial hat, eine wirklich spürbare Verbesserung der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen hervorzubringen, dass die Wartezeit auf ein Erstgespräch, auf eine qualitativ hochwertige Diagnostik, Indikationsstellung tatsächlich gelingen kann und die angestrebten vier Wochen verankert werden. Aus unserer Perspektive ist es klug, wie das in dem Vorschlag von GKV-SV und KBV strukturiert ist: dass die Anreizbedingungen so gesetzt sind, dass es da ein flächendeckendes Angebot geben kann. Wir sind sehr zuversichtlich,

dass das so entsteht, und sagen: Das ist ein sehr gelungener Vorschlag, den wir sehr unterstützen.

Bezüglich der Sprechstunde sehen wir auch, dass die Psychotherapeuten stärker in eine Versorgerrolle hineinkommen. Die werden das sicherlich entsprechend wahrnehmen und im Kontext der Sprechstunde natürlich - weil nicht mehr vorrangig geprüft wird: Ist das ein Patient für eine Psychotherapie, den ich selber mit meinem Verfahren behandeln kann? - viel stärker auch eine Kombinationsfunktion übernehmen. Deshalb wird es eine große Rolle spielen, dass Vernetzung stattfindet und auf ein differenzierteres Spektrum von Versorgungsangeboten verwiesen werden kann.

In dem Sinne ist auch der Vorschlag zur Akutbehandlung zu begrüßen. Hier nur noch einmal unsere Anmerkung: Wir halten es für sinnvoll, dass die zentralen Inhalte und Regelungen zur Akutbehandlung im Normtext selbst stehen, dass entsprechend unseres Vorschlags möglichst noch einmal geschärft werden sollte. Wir sehen, dass zum Teil die Beschreibungen in den tragenden Gründen dort geeigneter für den Normtext sind als der vorgeschlagene Normtext selbst.

Vom Grundsatz her erteilen wir aber unsere Zustimmung zu dem Vorschlag, der sicherlich bewirken kann, dass Patienten, die einen dringenden Behandlungsbedarf haben, die kurzfristig eine Behandlung brauchen, bei denen eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist, bei denen gegebenenfalls eine Chronifizierung droht, schnell versorgt werden können.

Dritter gesetzlicher Auftrag war die Rezidivprophylaxe. Sie haben unserer Stellungnahme entnommen, dass wir in dem Vorschlag im Vergleich dazu, wie heute die Versorgung der Patienten mit chronischen und rezidivierenden psychischen Erkrankungen stattfindet, keinen relevanten Fortschritt erkennen können.

Der einzige Unterschied ist, dass noch einmal explizit benannt wird, dass Rezidivprophylaxe bis zu zwei Jahre nach dem eigentlichen Abschluss der Therapie erfolgen kann. Die Behandlungsstunden werden aber dem Therapiekontingent entnommen.

Auch war es bisher in der Regel so, dass diese Sechsmonatsfrist, die sozusagen ein Therapieende beinhaltet, wenn da keine Therapiestunde stattgefunden hat, wenn dafür nicht besondere Gründe vorgebracht werden, einen Spielraum dargeboten hat, der im Rahmen des Kontingents ohnehin schon immer den Teil der Rezidivprophylaxe ermöglicht hat, der im Grunde nur noch einmal bürokratischer normiert wird - gerade mit Blick auf die Beantragung oder Festlegung von Kontingenten für die Rezidivprophylaxe schon zu Beginn einer Behandlung - das als Anforderung -, wo man noch gar nicht absehen kann, wann die Behandlung tatsächlich hinreichend abgeschlossen ist.

Die Einschränkungen auf die Langzeittherapie halten wir auch nicht für indiziert. Wenn Sie an einen Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung denken, die suffizient zunächst im Rahmen einer Kurzzeittherapie behandelt werden kann, sodass eine Remission erreicht wird, ist es nicht nachvollziehbar, warum dort die Elemente von Erhaltungs- und Rezidivprophylaxe dann nicht mehr vorgesehen werden.

Der Auftrag des Gesetzgebers war auch die Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Da ist es sicherlich ein erster wichtiger Schritt, dass generell auf das Gutachterverfahren für die Kurzzeittherapie verzichtet wird. Das kann auch für die Gruppentherapie einen relevanten Impuls setzen. Aber wir sehen da noch Ausbaupotenzial.

Wir verweisen an der Stelle immer auf unseren Vorschlag auch für die Förderung der Gruppentherapie: dass das auch für den ersten Schritt der Verlängerung wahrgenommen werden sollte.

Es gibt eine Reihe von eher lyrischen Ergänzungen in der Richtlinie, die keinen echten regelnden Charakter für die Gruppentherapie haben. Nach unserer Erkenntnis ist die Evidenz für diese nichtregelnden Bestandteile der Richtlinie für Effekte auf die Versorgung eher begrenzt.

Wenn wirklich eine Förderung der Gruppentherapie gewünscht ist, sind Erleichterungen, was die Rahmenbedingungen von Gruppentherapie anbelangt, die entscheidenden Punkte und weniger, dass eine gleichberechtigte Beschreibung von Gruppentherapie in der Richtlinie selbst erfolgt.

Zu dem Punkt - da kann ich zumindest ein paar ergänzende Daten liefern - Kurzzeittherapie und dem Vorschlag der Aufteilung der Kurzzeittherapie in zwei Abschnitte: Dies ist für uns inhaltlich nicht nachvollziehbar und wird vonseiten des GKV-SV mit insbesondere zwei Argumenten begründet: Zum einen wird darauf verwiesen, dass nach den Daten der Krankenkassen etwa fünfzig Prozent der Patientenbehandlungen bereits im Rahmen des ersten von Ihnen geplanten Therapieschrittes beendet werden können.

Die uns vorliegenden Daten - da kann man unter anderem auf die Arbeit von Herrn Multmeier, der auch hier ist, von 2014 verweisen -, die eine Analyse der KBV-Daten vorgenommen haben, zeigte, dass der Median für die Kurzzeittherapie bei zwanzig Stunden liegt. Median würde bedeuten: Fünfzig Prozent der Behandlungen werden offenkundig erst erreicht, wenn man zwanzig Sitzungen ansetzt.

Es liegen auch Daten der AOK aus einem Bericht des WIdO von 2013 vor, und auch da ist es so, dass die durchschnittliche Behandlungsdauer in der Kurzzeittherapie für die VT 18 Stunden und für die TP 19 Stunden beträgt. Insofern verwundert uns da dieses Argument, und es ist nicht noch einmal weiter hinterlegt. Es gibt keine zugängliche Publikation oder irgendetwas, worauf man zurückgreifen könnte, um das Argument vonseiten der Krankenkassen nachzuvollziehen.

Der zweite Punkt - das haben wir in unserer Stellungnahme sicherlich auch schon dargelegt - war vonseiten der GKV-SV, dass aus der Dosis-Wirkungs-Forschung im Bereich der Psychotherapie geschlossen wurde, dass substanzielle Verbesserungen innerhalb relativ kurzer Zeit in einer Behandlung schon erreicht werden - auch da über fünfzig Prozent; das hatte in den zitierten Studien eine Spannbreite von 85 bis 67 Prozent etwa der Patienten, die schon eine klinisch signifikante Besserung im Rahmen von durchschnittlich 12,7 Sitzungen erreichen. So ist es dort in den tragenden Gründen zitiert.

Dem liegt ein grundsätzliches Missverständnis zugrunde. Man würde auch in keinem anderen Bereich der Medizin auf die Idee kommen, das Behandlungsende über das Erreichen von klinisch signifikanten Verbesserungen zu definieren und dort den Cut zu setzen. Sondern es ist nur das Indiz dafür, dass hier schon eine wirksame Behandlung stattgefunden hat, die aber noch nicht beendet ist. Es ist noch keine Remission erreicht, es ist noch keine hinreichende Stabilisierung erreicht. Man kann hier nur auf die diversen Empfehlungen aus den Leitlinien verweisen, die sehr deutlich machen, dass auch über das Erreichen einer Vollremission hinaus empfohlen wird, Behandlungen fortzuführen, um eine hinreichende Stabilisierung zu erreichen.

Zusätzlich ist darauf zu verweisen, dass die Maße, die der Dosis-Wirkungsforschung zugrunde gelegt werden, sich immer auf die Symptombelastung beziehen, was bekanntermaßen die Dimensionen sind, die am stärksten eine Änderungssensitivität aufweisen. Andere relevante Problembereiche - Fragen der Lebensqualität und der psychosozialen Beeinträchtigung - ziehen in der Regel erst später nach. Insofern ist auch da das Argument nicht nachzuvollziehen, dass man da diesen Cut setzen sollte.

Noch dazu ist nicht erkennbar, welcher Nutzen mit dieser Unterteilung einhergehen würde, weil in keiner Weise eine relevante Prüfung, eine Steuerung oder Ähnliches vorgesehen ist. Insofern halten wir es nicht für zielführend, das so vorzunehmen, und wir können nicht erkennen, dass es dafür ein echtes inhaltliches Argument gibt, das vorgetragen worden wäre.

Des Weiteren vielleicht noch, weil das teilweise in der Diskussion war: Varianten, die eine Antragsgenehmigung durch Schweigen vorsehen, sind gerade in dem ersten Schritt immer kritisch zu sehen. Diesbezüglich kann man den Argumenten des GKV in deren tragenden Gründen durchaus folgen, wenn das bedeutet, dass Patienten, die in die Richtlinientherapie sollen, die da eine Indikation haben, grundsätzlich drei Wochen warten müssen oder, wenn doch ein Gutachterverfahren eingeschaltet werden würde, fünf Wochen.

Das kann nicht zielführend sein. Auch Patienten, die keine Indikation für eine Akutbehandlung haben, können solche sein, die einer schnellen Behandlung bedürfen. Wir bitten, dies in den Regelungen entsprechend zu berücksichtigen.

Abschließend, ehe danach die Möglichkeit besteht, Fragen zu stellen - mein Kollege Janssen kann dann erst einmal die Stellungnahme der Bundesärztekammer vortragen -, zum Punkt der Standarddokumentation, zu den Regelungen des § 38. Dazu von uns ergänzend - wir haben schon dargelegt, wo überall wir Schwierigkeiten sehen - auch die rechtlichen Probleme, die wir zum Teil sehen:

Es ist für uns generell verwunderlich, dass vor dem Hintergrund im Juli 2014 der G-BA das AQUA-Institut beauftragt hat, eine Konzeptskizze für die ambulante Psychotherapie zu erstellen, die im Dezember letzten Jahres nach einer Überarbeitungsschleife vom G-BA abgenommen worden ist. Seinerzeit sollte auch der QS-Dokumentationsbogen Gegenstand dieser Konzeptskizze sein, was nicht funktioniert hat, weil es nicht wirklich im Auftrag stand und der QS-Dokubogen nicht publiziert war, dass das dem AQUA-Institut nicht möglich war. Es gibt aber eine Reihe von relevanten Hinweisen aus der Konzeptskizze, die man, glaube ich, für die Frage nutzen kann: Wie könnte ein QS-Verfahren in dem Bereich aussehen? Insofern verwundert es uns, dass nun - zumindest nach unserem Kenntnisstand an der Stelle - unverändert ein QS-Dokubogen im Zuge dieser Richtlinienreform beschlossen werden soll, ohne dass ein systematisches Konzept für ein entsprechendes QS-Verfahren hinterlegt ist.

Es lässt sich keine Begründung dafür finden, warum welche Merkmale standardmäßig bei allen Patienten erhoben werden sollen, welche Qualitätsindikatoren daraus gebildet werden sollen, inwieweit Prozess- und Ergebnisqualität darüber abgebildet werden kann. All das sind Dinge, die nach unserer Auffassung - auch unter rechtlichen Gesichtspunkten - gegeben sein müssen, damit man entsprechende Vorgaben machen kann, dass Patienten und Psychotherapeuten in der Weise immer eine entsprechende Dokumentation auszufüllen haben.

Es kann auch nicht zielführend sein, dass, wenn dann im Nachgang der Richtlinienreform doch das QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie angegangen wird, das neue IQTIG beauftragt wird, da ein Verfahren zu entwickeln, dann womöglich wieder erneut Dokumentationsbögen angepasst, Routinen wieder verändert werden müssen bei einer so vorhersehbaren zeitlichen Abfolge des Geschehens.

Seinerzeit ist im G-BA beschlossen gewesen, dass in dem Moment, wo die Richtlinie verabschiedet ist, dann noch einmal neu über die Beauftragung eines entsprechenden QS-Verfahrens entschieden werden soll. Da halten wir es für zielführend, das besser miteinander zu verschränken.

Auf die inhaltlichen Probleme mancher Instrumente in dem Kontext haben wir auch schon hingewiesen. Auch da ist es in dem Stellungnahmeverfahren ein bisschen unbefriedigend, wenn man gar keine Erläuterung dazu hat, aus welchen Gründen welches Instrument ausgewählt worden ist, wie man Alternativen dazu eingeschätzt hat. Das fehlt aus unserer Perspektive.

Soweit erst einmal. Vielen Dank.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Herr Harfst, herzlichen Dank. - Herr Janssen, dürfen wir Sie bitten?

Herr Prof. Dr. Janssen (Bundesärztekammer):

Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich möchte zuerst Herrn Clever entschuldigen, der leider wegen des stornierten Fluges nicht kommen kann. Ich werde mich kurzfassen, damit Fragen möglich sind.

Zunächst die Feststellung: Wenn Sie unsere Stellungnahme gelesen haben, werden Sie sehen, dass wir in § 15 gesagt haben, dass die Veränderung nicht weit genug geht, sie sich nicht an den Entwicklungen der Psychotherapie orientiert, die sich mittlerweile sowohl bei den psychoanalytisch begründeten Therapien und wahrscheinlich auch bei der Verhaltenstherapie - das werden mir die Kollegen bestätigen - weiterentwickelt haben, dass das in den Richtlinien zur Zeit nicht so abgebildet wird. Sicher war das nicht der Auftrag des Gesetzgebers, aber ich denke, bis zu einer weiteren Novellierung wird einige Zeit vergehen.

Darum begrüßen wir dennoch die jetzt vorgeschlagenen Veränderungen, insbesondere die Einführung der Akutbehandlung, und verstehen die Akutbehandlung wie eine Sonderform der Richtlinien-Psychotherapie. In der Stellungnahme haben wir geschrieben: eine Art „Notfallpsychotherapie“, die eigentlich jeder Psychotherapeut auch heute schon leistet, soweit mir das bekannt ist, und die eine Sonderform der Richtlinien-Psychotherapie darstellt - entweder der analytischen, tiefenpsychologischen oder auch Verhaltenstherapie.

Des Weiteren begrüßen wir, dass Sie die Gruppenpsychotherapie so stark aufgenommen haben, wobei wir ja vorgeschlagen haben, dass in dem Text die Spezifität des jeweiligen Verfahrens nicht so sehr abgebildet wird.

Die dortige Beschreibung der Gruppenpsychotherapie ist zu sehr an der Gruppendynamik oder an dem interaktionellen Geschehen orientiert und nicht so sehr an dem unbewussten Geschehen zum Beispiel in der Gruppenpsychotherapie. Deswegen haben wir vorgeschlagen, einen ähnlichen Passus zu übernehmen wie für die Einzeltherapie -

Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand oder Verhaltensanalyse -, vom Therapeuten angewandt, um den Behandlungs- und Heilungsprozess des Patienten zu fördern. Das ist auch für die Gruppenpsychotherapie verbindlich.

Des Weiteren haben wir sehr stark betont, dass auch die Hochschulambulanzen oder psychiatrische, psychosomatische Ambulanzen, die eine entsprechend qualifizierte Leitung haben, die also richtlinienqualifiziert ist, auch solche Richtlinien-Psychotherapien durchführen können, weil damit zugleich das aufgehoben wird, was zurzeit in der ärztlichen Weiterbildung recht schwierig ist, nämlich die Finanzierung der Behandlungsfälle.

Was bei den psychologischen Psychotherapeuten über die Ambulanzen läuft, sollte auch in den ärztlichen psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen über die Ambulanzen laufen. Das gilt insbesondere für die Langzeitfälle.

Wir haben daraufhin auch die Weiterbildungsordnung, die in Überarbeitung ist, ein Stück angepasst und insbesondere für alle, die etwas mit Psychotherapie zu tun haben, eine Gruppenqualifikation vorgeschlagen. Das ist noch nicht verabschiedet, aber es ist vorgeschlagen, dass alle, die Psychotherapie anbieten, auch eine Gruppenqualifikation haben. Das wird zum Teil auch über die Kliniken oder Ambulanzen sichergestellt.

Zur Sprechstunde können wir uns dem Gesagten anschließen, aber als Kann-Vorschrift, nicht als verbindliche Vorschrift.

Da, soweit wir das sehen, sehr viele Ärzte die entsprechende Qualifikationen haben, Psychotherapie, offene Sprechstunden anbieten und noch nicht abzusehen ist, wie sich das auswirkt, haben wir gesagt: Es sollte dem Richtlinien-Psychotherapeuten überlassen bleiben, ob er eine offene Sprechstunde macht oder nicht und ob er dann mehr Zeit für Behandlungsfälle hat.

Nicht abweichen wollen wir davon, dass es eine telefonische Erreichbarkeit geben muss, die auch angegeben werden sollte.

Die individuellen Patienteninformationen halten wir für richtig, gerade was die Sprechstunde angeht, aber sie sollten in der Krankenakte sein und nicht den Krankenkassen zugeführt werden, weil wir das rechtlich für problematisch halten.

Ich hatte es schon erwähnt: Die Akutbehandlung ist als eine Sonderform der Richtlinien-Psychotherapie anzusehen. Sie bedarf, weil das keinen Sinn ergibt, keiner probatorischen Sitzungen bei einer Akutbehandlung. Sondern eine Akutbehandlung ist eine Akutbehandlung, weil ein Patient zum Beispiel suizidal ist. Da kann ich nicht erst probatorische Sitzungen abhalten, um zu sehen, ob er für das Verfahren geeignet ist. Das kommt erst nach einer Akutbehandlung. So haben wir das verstanden.

Wir haben auch vorgeschlagen, dass probatorische Sitzungen für Gruppenpsychotherapie möglich sind. In der Praxis erlebt man häufig, dass Patienten sich zwar für eine Gruppe interessieren, aber erst einmal sehen wollen, wie das geht. Deswegen lautete der Vorschlag, dass in der Gruppenpsychotherapie probatorische Sitzungen angeboten werden.

Über die Akutbehandlung habe ich schon gesprochen. Dort haben wir vorgeschlagen, einen Passus einzuführen, dass gegebenenfalls ein Arzt einzubeziehen ist, weil die Akutbehandlung eine enge Kooperation in dem gesamten psychosozialen Versorgungssystem verlangt und nicht mit der bisherigen Stellung der Psychotherapie vergleichbar ist.

Wir geben keinen Konsiliarbericht - der würde erst später verbindlich werden, bei Beginn einer Richtlinien-Psychotherapie -, sondern gegebenenfalls unter Einbeziehung eines Arztes oder einer Ärztin haben wir es entsprechend vorgeschlagen.

Zur Rezidivprophylaxe ist genügend ausgeführt worden. Ich hatte auch schon zu den Behandlungsformen gesagt, dass uns das nicht weit genug geht.

Zur Gruppengröße gibt es einen Dissens, weil man nach dem Stand der Forschung eigentlich sagen muss: Gruppenprozesse kommen bei drei Patienten kaum zustande - das entspricht auch meiner psychotherapeutischen Erfahrung mit drei Patienten. Es sollte eine Mindestzahl von fünf oder sechs Patienten sein. Bei dieser Mindestzahl sollte es bleiben. Ich weiß, dass diese Frage sehr problematisch ist, wenn man eine Gruppe zusammenstellt. Dann könnte man einen Passus einführen, dass es auch drei bis neun sein können, wenn die Gruppe für über ein Jahr zusammengestellt wird.

Gruppenpsychotherapie sollte auch für die psychosomatische Grundversorgung verbindlich sein. Ich glaube, das ist das Wesentliche.

Zur Frage der Kurzzeittherapie. Wir haben die Literatur noch einmal sehr ausführlich gesichtet. Alle Kurzpsychotherapieverfahren - jedenfalls aus der psychodynamischen Richtung - haben Zeiten zwischen 20 und 25 Sitzungen. Die Aufrechterhaltung dieser bisherigen Regelung halten wir für sinnvoll. Es ergibt sich auch aus der Literatur und der Forschung, dass solche Kurztherapieverfahren durchaus mit 25 Sitzungen abgeschlossen sein können, aber nicht darunter. Eine Aufteilung, wie vorgeschlagen wurde, halten wir nicht für sinnvoll.

Wir finden auch, dass es mit den probatorischen Sitzungen, den diagnostischen Phasen und Sprechstunde möglich ist, zu einer Entscheidung zu kommen, ob nach den probatorischen Sitzungen nicht schon eine Langzeittherapie eingeleitet werden könnte. Insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen und anderem kann man das schon in der diagnostischen Phase sagen.

Wir sind also dafür, im Grunde genommen das bisherige Verfahren aufrechtzuerhalten.

Noch etwas zu dem umstrittenen Punkt Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter. Hier sehen wir fünf verschiedene Qualifikationen - das haben wir auch ausgeführt -, eine Qualifikation auch für die, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie machen, entsprechende Bedingungen zu erfüllen, dass sie auch Gutachter werden können. Genauso gilt das für die Gruppenpsychotherapie, dass solche Qualifikationen erworben worden sind, aber auch weiterhin Gruppenpsychotherapien durchgeführt werden. Es nützt mir nichts, wenn ich das vor zehn Jahren erworben habe und dann Gutachter werde und keine Gruppen mehr durchführe. Man muss dann auch in der Praxis drin bleiben.

Das ist, glaube ich, was wir in den fünf Punkten gefordert haben. Ansonsten stehe ich gerne für Fragen zur Verfügung.

Zu Dokumentation und dergleichen habe ich kurz das Wichtigste gesagt. Ich denke, alles Weitere lässt sich über Fragen klären.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Herzlichen Dank. Sind damit die Bänke umfassend gehört? - Gut. Dann darf ich die Fragerunde freigeben, was Fragen an die Bundespsychotherapeutenkammer betrifft. Zuerst hat sich der GKV-Spitzenverband gemeldet.

GKV-Spitzenverband:

Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich denke auch, gerade in der Diskussion um die Richtlinie und wie wir die verschiedenen Regelungen bisher skizziert haben, war es noch einmal sehr hilfreich, Sie auch als - ich nenne es einmal so - Sparringpartner dabei zu haben. Vielen Dank dafür. Vielen Dank auch für Ihre Ausführungen heute, Herr Harfst. Ich muss allerdings gestehen, dass ich einen Punkt nicht ganz nachvollziehen kann.

Sie haben soeben ausgeführt, dass durch diese Genehmigungsfiktion Patienten drei Wochen warten müssten. Jetzt ist es so, dass bei den gesetzlichen Krankenkassen ein Anzeigeverfahren vorgesehen ist. Dieses Anzeigeverfahren hat natürlich keine Wartezeit von drei Wochen, weil eine Anzeige erfolgt und unmittelbar noch am gleichen Tag mit der Therapie begonnen werden kann. Sie haben in Ihren Ausführungen geschrieben, dass gerade das bei der Psychotherapie in den Richtlinienverfahren nicht erforderlich sei, sondern Sie es für ausreichend erachten würden, wenn es nur bei der Akutbehandlung der Fall ist.

In diesem Kontext würde ich gerne von Ihnen noch einmal eine Differenzierung haben, was Sie unter einer Akutbehandlung im Vergleich zu einer psychotherapeutischen Behandlung nach den Richtlinienverfahren sehen, denn wir sehen da durchaus Unterschiede, und Sie haben in Ihrer Positionierung ja geschrieben, dass man direkt mit der Akutbehandlung anfangen kann.

Darüber hinaus würde ich gern noch einmal wissen, weshalb Sie der Ansicht sind, dass eine Anzeige für die Psychotherapieverfahren nicht erforderlich ist.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Die Frage richtet sich ausschließlich an die Bundespsychotherapeutenkammer?

GKV-Spitzenverband:

Genau. Für die Bundesärztekammer haben wir auch noch Fragen, aber nachdem Sie eben nach Fragen für die Bundespsychotherapeutenkammer gefragt haben, wollte ich mich erst einmal vornehm zurückhalten.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Wunderbar.

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

Vielen Dank für die Frage. Zunächst einmal sehen wir auch einen relevanten inhaltlichen Unterschied zwischen der Akutbehandlung und der Richtlinienverfahren in dem Sinne, dass es bei der Akutbehandlung gerade um Indikationen geht, wo Patienten schwer belastet sind, wo Aspekte von Selbstgefährdung eine Rolle spielen, eine Chronifizierung droht oder Arbeitsunfähigkeit besteht und Krisensituationen vorhanden sind, die eine unmittelbare Behandlung erforderlich machen und zunächst einmal darauf abzielen, die Krisensituation zu

bewältigen, Absprachefähigkeit herzustellen und die zentrale belastende Problematik zu bearbeiten, ohne dass man eine ideologisch orientierte Psychotherapie mit dem Patienten durchführen würde.

Im Nachhinein stellt sich dann immer noch einmal die Frage - wenn die Kriseninterventionen erfolgt sind, eine entsprechende Entlastung des Patienten stattgefunden hat -, inwieweit es weiterer Behandlungen bedarf.

Wir gehen davon aus, dass es in vielen Fällen - gerade wenn Patienten kommen, die so akut belastet sind, dass Suizidalität eine Rolle spielt - mit den vorgeschlagenen Behandlungskontingenten einer Akutbehandlung oft nicht getan ist und man das noch entsprechend überleiten muss in eine stärker äthiopathogenetisch orientierte - würden wir lieber sagen als ideologisch orientierte - psychotherapeutische Behandlung.

Für uns ist weniger die Frage der Anzeigepflicht oder Antragspflicht entscheidend, sondern der Punkt: Wie kann man gewährleisten, dass, wenn eine Behandlung, weniger im Sinne einer Akutbehandlung, aber trotzdem eine Dringlichkeit besteht - nach der Probatorik ist die Indikation für eine TP- oder eine VT-Behandlung gestellt worden - vor dem Hintergrund beispielsweise einer verhaltensanalytischen diagnostischen Betrachtung erfolgt und ein Behandlungsplan aufgestellt wurde, unmittelbar beginnt?

Es ist klar, dass der Patient unmittelbar eine Behandlung erfahren sollte, um eine relevante Symptomentlastung zu erreichen, um psychosoziale Beeinträchtigungen abzubauen. In diesen Fällen sind Lösungen, die dazu führen, dass immer drei Wochen gewartet werden muss, nicht hilfreich. Ein Antragsverfahren müsste so gestaltet sein, dass die Bewilligung nicht über Schweigen erfolgt, sondern über eine unmittelbare Reaktion der Krankenkasse.

Aus unserer Perspektive kann es nicht sein, dass der Abbau von Verwaltungsaufwänden zulasten der Patienten geht, die quasi immer zwangsweise eine dreiwöchige Pause einlegen müssten.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Ich sehe eine Nachfrage des GKV-Spitzenverbands.

GKV-Spitzenverband:

Diese drei Wochen haben wir uns nicht ausgedacht. Die kommen aus dem Patientenrechtegesetz. Wenn ich Sie richtig verstehe, sind Sie für eine Anzeigepflicht, weil dann ja eine sofortige Behandlung mit dem Patienten anfangen könnte.

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

Wie gesagt, dazu haben wir uns gar nicht weiter geäußert. Es gibt ja beide Varianten, so wie das heute schon gelebt wird. Da kann man nicht erkennen, dass es in dem Sinne einen Handlungsbedarf gibt, weil ein Antragsverfahren, so wie wir das heute mit der Bewilligung durch die Krankenkasse haben - gerade dann, wenn man den Krankenkassen vermittelt, hier besteht dringender Handlungsbedarf, wir brauchen eine schnelle Bewilligung -, dass das auch entsprechend erfolgt und Patienten in der Regel nicht so lange warten müssen. Wenn man ein Prozedere etabliert, was immer zwangsweise zu einer dreiwöchigen Pause führt, ist das natürlich kritisch.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Als Nächste erhält die KBV das Wort.

KBV:

Ich bedanke mich auch herzlich für Ihre Stellungnahmen. Zu einem anderen Thema überleitend: Sie haben beide sowohl in den Stellungnahmen als auch jetzt mal mehr, mal weniger angesprochen, dass Sie die fakultative Sprechstunde favorisieren. Da hätte ich gerne von Ihnen, Herr Harfst, eine Begründung, weil ich das in Ihrer jetzigen Darstellung nicht so sehr gesehen habe. Sie haben es in der schriftlichen Darstellung gesagt, aber mich würde noch einmal interessieren, warum Sie die fakultative Sprechstunde, wo Sie ja doch von der Bundespsychotherapeutenkammer eine zeitnahe, wie wir gerade gehört haben, Versorgung favorisieren, trotzdem fordern.

Herr Professor Janssen, Sie haben zusätzlich zu der fakultativen Sprechstunde auch eine Erreichbarkeit von denjenigen gefordert, die nicht an der fakultativen Sprechstunde teilnehmen. Das ist ein zusätzlicher Punkt, der auch noch einmal von Ihnen begründet werden könnte.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Herr Harfst, Sie haben das Wort.

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

Vielen Dank für die Frage. Wir sind in der Eingangsstellungnahme nicht näher auf den Punkt eingegangen, weil - die Patientenvertretung möge uns das verzeihen - im Beschlussentwurf ein konsentierter Vorschlag von GKV-SV und KBV vorgelegt wurde. Insofern war das erst einmal nicht unser Fokus. Wir haben das auch schon schriftlich dargelegt.

Wir fanden diese Lösung, die da vorgeschlagen wurde, ausgesprochen elegant, weil es in einer Weise Anreizbedingungen schafft, bei allen Psychotherapeuten Sprechstunden anzubieten, weil jeder, der seine Versorgerrolle wahrnehmen und sich nicht in Abhängigkeit von Zuweisung durch andere begeben möchte, natürlich Sprechstunden anbieten wird.

Ich kann auch nur sagen: Als wir in dem Stellungnahmeverfahren unsere Landeskammern konsultiert haben, war die allgemeine Reaktion, dass das einer Verpflichtung gleichkäme. Das würden vielleicht einzelne Psychotherapeuten, die sehr mit Kliniken vernetzt sind und von dort immer schon Zuweisung bekommen, oder Psychotherapeuten, die in der letzten Phase ihrer Tätigkeit sind und diese erforderlichen Umstellungen nicht mehr vornehmen wollen, nicht anbieten. Aber das Gros der Psychotherapeuten würde diese Rolle als umfassender Versorger einnehmen, um selber auch mitentscheiden zu können, welche Patienten welches Angebot benötigen, und auf diese zu verweisen, und um selber Einfluss darauf haben, welche Patienten bei ihnen behandelt werden. Die werden das entsprechend wahrnehmen. Daran haben wir keinen Zweifel.

Rein motivationspsychologisch, würden wir sagen, ist es auch der klügere Weg, weil das zwangsweise Vorschreiben - alle müssen es tun - nicht unbedingt die Motivation fördert, auf entsprechende Bedarfe flexibel zu reagieren und auch mehr Sprechstunden anzubieten, sondern das etabliert viel stärker einen Standard, dass alle genau zwei bei einem vollen

Versorgungsauftrag oder genau einen bei einem halben anbieten. Das halten wir nicht für zielführend. Wir sind sehr zuversichtlich, dass da ein hinreichendes Angebot entsteht.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Herr Janssen, die Frage ging auch an Sie.

Herr Prof. Dr. Janssen (Bundesärztekammer):

Ich hatte schon gesagt, dass wir das als Kann-Vorschrift sehen - offensichtlich in Übereinstimmung, das wusste ich bisher nicht.

Dennoch sollte die Erreichbarkeit des Psychotherapeuten, auch wenn er keine offene Sprechstunde macht und keine Sprechstundenzeiten angibt, gesichert sein. Denn es ist unerträglich, glaube ich, wenn Patienten hin- und hertelefonieren und den Therapeuten nur vor jeder vollen Stunde erreichen können. Sondern der Therapeut sollte ein Stück gezwungen werden, feste Telefonzeiten anzugeben. Das halten wir aus Sicht der Patienten für unbedingt erforderlich.

Die meisten Ärzte, soweit ich das überblicken kann, haben feste Zeiten, in denen sie telefonisch erreichbar sind, wenn sie eine Psychotherapiepraxis haben, wenn sie keine offene Sprechstunde haben. Bei einer offenen Sprechstunde ist das etwas ganz anderes: Da können die Patienten irgendwann kommen. Wenn man einen bestimmten Zeitraum angibt, können da dann zehn Patienten sitzen. Das ist dann natürlich eine Herausforderung. Aber ich meine, Sprechstundenzeiten telefonisch anzugeben, ist auf jeden Fall sinnvoll.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Der GKV-Spitzenverband.

GKV-Spitzenverband:

Wir haben noch eine Frage an Sie, Herr Professor Janssen, und zwar: Sie sind eben schon kurz auf die Qualifikation der Gutachter eingegangen. Da ist ein Punkt, der uns etwas ungewöhnlich vorkam; vielleicht könnten Sie den noch ein bisschen klarer fassen. Sie haben geschrieben, dass Ihrer Ansicht nach eine Qualifikation, also Fachkunde, Weiterbildung TP ausreichen würde, um Anträge auf analytische Psychotherapie zu beurteilen. Das würde faktisch bedeuten, dass jemand, der nicht über die entsprechende formale Qualifikation verfügt, trotzdem eine Entscheidung als Gutachter treffen würde.

Könnten Sie näher ausführen, welche Hintergründe Sie zu dieser Stellungnahme bewogen haben?

Herr Prof. Dr. Janssen (Bundesärztekammer):

Vielleicht ist das missverständlich. Ich habe nicht gefordert, dass die für Tiefenpsychologie Qualifizierten, wenn sie Gutachter geworden sind, dann auch die analytische Psychotherapie beurteilen. Das steht so nach meinem Verständnis nicht in dem Text.

Es steht darin, dass auch tiefenpsychologisch fundierte, qualifizierte Ärzte und Psychologen entsprechende Gutachter werden können, wenn sie die Voraussetzungen erfüllen, aber dann für die tiefenpsychologischen Verfahren, nicht für die analytischen. So verstehe ich unseren Text. Vielleicht ist das eine Fehlinterpretation. Ich wüsste nicht, worauf Sie das zurückführen.

GKV-Spitzenverband:

Dann ist das vielleicht ein Missverständnis.

Herr Prof. Dr. Janssen (Bundesärztekammer):

Ja.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Als Nächstes wieder die KBV - diesmal von mir aus gesehen ganz hinten.

KBV:

Vielen Dank. Ich habe eine Frage an Sie beide. Ich glaube, Sie waren es vorhin, Herr Professor Janssen, der dieses Thema angesprochen hat: Behandlungszeit versus Sprechstundenzeit. Mich interessiert, ob Sie über Zahlen oder Schätzungen verfügen, wie viel von der Behandlungszeit, die jetzt angeboten wird, möglicherweise durch eine verpflichtende Sprechstunde, die jeder Psychotherapeut anbieten sollte, wenn es denn verpflichtend wäre, abgehen würde.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Wer möchte antworten? - Herr Janssen.

Herr Prof. Dr. Janssen (Bundesärztekammer):

Ich denke, es würden etwa fünf Stunden abgehen. Soweit ich das verstanden habe, gehen fünf Stunden Behandlungszeit ab, wenn ich eine verpflichtende Sprechstunde mache. Das ist auch bei den Ärzten, die das jetzt schon haben, der Fall. Die haben in der Regel fünf Stunden in der Woche eine Sprechstunde. Aber das ist keine im großen Umfang erhobene Zahl. Ich kann es nur aus der Praxis sagen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Als Nächste die KBV. - Entschuldigung, ich wollte niemanden in seiner Antwort unterbrechen. Herr Harfst!

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

Ein bisschen zögerlich war ich, muss ich gestehen, weil es nicht so einfach zu quantifizieren ist, wie sich das darstellt. Es wird sicherlich so sein, dass es dann Verschiebungen gibt in dem Moment, wo mindestens zwei Sprechstunden pro Woche angeboten werden. Das wird in der Regel das übertreffen, was die Psychotherapeuten bisher getan haben. Wenn man nicht annimmt, dass die dann mehr arbeiten, wird das dazu führen, dass in einem gewissen Umfang dann weniger Behandlungszeit zur Verfügung steht. Das hat etwas mit der Prioritätensetzung zu tun, die im ersten Schritt vielleicht auch gewünscht ist, dass man sagt: Wir wollen in dem ersten Schritt erst einmal dafür sorgen, dass Patienten sehr zeitnah erfahren: Sind sie psychisch krank? Was haben sie? Welche Behandlung ist indiziert? Das führt natürlich dazu, dass die Psychotherapeuten, die das dann leisten, nicht in dem gleichen Umfang noch indizierte psychotherapeutische Behandlungen durchführen können.

Eine gewisse Hoffnung besteht, dass die Zuweisung sinnvoller gelingt und bestimmte Patientengruppen, die heute einen schlechten Zugang haben, dann tatsächlich frühzeitiger eine adäquatere Versorgung erhalten. Aber wir sehen, dass das Kapazitätsproblem, das es gibt, nicht unbedingt gelöst wird und an manchen Stellen gravierender auftreten kann.

Evaluation tut da sicherlich not, um das genau zu betrachten und um zu gucken: Wo treten Engpässe auf? Wo muss man nachjustieren?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Zur Erklärung, dass ich soeben die KBV aufgerufen habe: Man kann antworten, aber man muss nicht antworten, wenn man sich nicht angesprochen fühlt. - Die KBV hat jetzt das Wort.

KBV:

Ich würde gern noch einmal zum Gutachterthema zurückgehen; denn da habe ich nun diametral unterschiedliche Auffassungen in beiden Stellungnahmen gesehen, was die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung angeht. Sie haben diese seitens der Bundespsychotherapeutenkammer eindeutig gefordert und seitens der Bundesärztekammer eindeutig abgelehnt. Es würde mich doch interessieren, wie Sie das jeweils begründen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Wer möchte zuerst sprechen? - Herr Janssen.

Herr Prof. Dr. Janssen (Bundesärztekammer):

Wir haben nicht abgelehnt, dass es erweitert werden kann. Natürlich können auch die Gutachter an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen; aber dass sie verpflichtend drei Jahre teilnehmen müssen, das haben wir abgelehnt. Das ist in den Regelungen enthalten, denn es könnte durchaus jemand, der in der Psychotherapie, im ärztlichen Bereich arbeitet, auch forscht und an den Universitäten tätig ist, Gutachter sein. Ich halte das für eine Entwicklung, die ganz gut ist, wenn die Richtlinie Psychotherapie nicht nur aus der Sicht der Vertragsärzte, sondern auch aus der Sicht der Gesamtversorgung einen Einfluss auf die Entwicklung der Psychotherapie hat. Das ist die Begründung.

KBV:

Aber, Herr Professor Janssen, die Vertragsärzte machen doch die Richtlinie Psychotherapie.

Herr Prof. Dr. Janssen (Bundesärztekammer):

Ja, das ist richtig. Natürlich machen sie die Richtlinie für Psychotherapie. Aber derjenige, der auch Gutachter ist, muss ja andere Qualifikationen haben, aber nicht unbedingt in der vertragsärztlichen Versorgung tätig gewesen sein. So meinten wir das. Er muss diese Qualifikation haben.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Die KBV hat beide Institutionen angesprochen. Jetzt habe ich eine Zwischenbemerkung seitens des GKV-Spitzenverbands; sie betrifft dieses Thema. Erlauben Sie, Herr Harfst, dass der GKV-Spitzenverband seine Zusatzfrage oder ergänzende Frage stellt, damit Sie sie vielleicht gemeinsam beantworten können?

GKV-Spitzenverband:

Sie haben eben gesagt, eine Weiterentwicklung der Richtlinie Psychotherapie würde durch die Gutachter erfolgen. Können Sie noch einmal erläutern, wie Sie das gemeint haben?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Das geht also an Herrn Janssen.

Herr Prof. Dr. Janssen (Bundesärztekammer):

Wie ich das gemeint habe? Wenn Sie jetzt schon die Diskussionen sehen, die bei den Gutachtern ablaufen - ich bin nicht Gutachter, aber ich weiß darüber Bescheid -, so wird jetzt die Frage, die wir aufgeworfen haben, zum § 15 gestellt: Welche jetzt schon entwickelten Verfahren, sagen wir psychoanalytisch-interaktionelle oder übertragungsfokussierte Psychotherapie, gehören wozu? In den Richtlinien stehen sie ja nicht als Begriff drin. Das kommt über die Gutachter, und als Gutachter sind jetzt auch viele Universitätsprofessoren tätig.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Jetzt ist die Bundespsychotherapeutenkammer an der Reihe.

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

Wir haben uns dafür ausgesprochen, dass die Gutachter in der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit weiterhin tätig sein müssen, weil wir der Auffassung sind, dass die Gutachter die aktuellen Bedingungen der vertragspsychotherapeutischen Versorgung kennen müssen, um auch Anträge entsprechend begutachten zu können. Das gilt für uns heute umso mehr, wenn man sich anschaut, welche Veränderungen jetzt auch über die Strukturreform angestoßen werden. Da halten wir es nicht für zielführend, dass dort Gutachter, die in dem Bereich nie in der Form tätig waren, dann über entsprechende Therapieanträge entscheiden. Wir denken auch, dass man, wie man das aus anderen Versorgungsbereichen eigentlich auch gut kennt und wo sich das bewährt hat, das Gutachterverfahren noch einmal stärker als Peer-Review-Verfahren etabliert. Das halten wir für sehr zielführend und angemessener für den interkollegialen Umgang.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Weitere Fragen? - Die Patientenvertretung hat sich gleich doppelt gemeldet. Insoweit einigen Sie sich bitte, wer zuerst sprechen möchte.

Patientenvertretung:

Ich habe eine Frage zur Sprechstunde. Wenn wir einmal über den Tellerrand der Psychotherapie-Richtlinie hinausblicken, dann wissen wir, dass die Psychotherapeuten gern einen Angleich an die vertragsärztliche Versorgung haben wollen, was die Verordnung stationärer Behandlung anbelangt, auch die Verordnung von Reha. Ist das nicht ein Widerspruch dazu, wenn die Sprechstunde nicht verpflichtend angeboten wird?

Einen Widerspruch sehe ich auch darin, dass die Patienten verpflichtend die Sprechstunde wahrnehmen sollen, die Leistungserbringer diese aber nicht verpflichtend anbieten sollen oder wollen. Dazu würde ich gern Ihre Meinung hören.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Von beiden? - Wer möchte zuerst sprechen? Die Bundespsychotherapeutenkammer.

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

Die wenigen, die keine Sprechstunde anbieten in diesem fakultativen Modell, werden wahrscheinlich auch nicht gerade diejenigen sein, die dann die Befugnisse in der Versorgung nutzen werden. Natürlich wird es so sein, wenn man eine Sprechstunde macht, dass man dann diese Versorgerrolle auch ganz ausfüllt, und die Befugnisse, die man zur Einweisung ins Krankenhaus hat, muss man ja noch nutzen. Das ist hoch sinnvoll, das ist ja die zentrale Aufgabe, zu gucken: Ist jemand selbst- und fremdgefährdend? Ist er absprachefähig? Muss ich ihn ins Krankenhaus bringen? Welche Intervention kann ich ihm anbieten, um vielleicht zu gucken, dass eine stationäre Behandlung vermieden werden kann? Ist die Erkrankung so chronifiziert und sind die Beeinträchtigungen so stark, dass eine medizinische Reha indiziert ist? Das ist sicherlich verbunden mit der Aufgabe der Sprechstunde. Aber ich würde den Link nicht so sehen, dass wir die Hundert-Prozent-Quote in beiden Bereichen erreichen müssen. Das wird auch in dem Moment nicht besser gelingen, wo die Sprechstunde verpflichtend gemacht wird: dass dann die Ausübung der Befugnisse wirklich anders gestaltet wird. Da halten wir dieses freiwillige Modell schon für zielführender.

Die zweite Frage bezog sich auf die Verpflichtung der Patienten. Das würde ich ein bisschen anders sehen. Das ist ja weniger eine Verpflichtung der Patienten, sondern ist die Schaffung eines klaren, eindeutigen Zugangs für Patienten in die Versorgung. Das ist genau das, was heute total fehlt. Es ist im eigentlichen Sinne auch keine wirkliche Neuerung, dass ein bestimmter Schritt vorweg verpflichtend ist. Denn die Probatorik ist im Prinzip in der Vergangenheit auch verpflichtend gewesen, nur dass es keine gute Transparenz darüber gab, wer wann wieder eine probatorische Sitzung anbietet, sodass man eine Chance hat, einen Therapieplatz zu bekommen. Die jetzige Reform ist gerade dazu geeignet, endlich einen klaren, strukturierten Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung herzustellen. Insofern ist es keine Zwangsverpflichtung für den Patienten, sondern das ebnet endlich einen klar strukturierten Weg in die schnelle Versorgung.

Herr Prof. Dr. Janssen (Bundesärztekammer):

Wir haben gesagt: Ja, als Kann-Vorschrift, fakultativ, und zwar aus dem Grund, dass es doch in dem Bereich der psychosomatisch gestörten Patienten viele Ärzte gibt, die Sprechstunden anbieten. Die Frage ist: Wie wirkt sich das aus, wenn die Anzahl der Psychotherapiesitzungen insgesamt für einen Psychotherapeuten, was bisher die Richtlinie Psychotherapie ausmacht, reduziert wird? Deswegen: Als Kann-Vorschrift, um zu sehen, ob es aufgegriffen wird, wie es aufgegriffen wird und wie es sich weiter entwickelt; deswegen diese Vorstellung.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Darf ich in diesem Zusammenhang eine Frage stellen? Als unparteiischer Vorsitzender bin ich arbeitsvertraglich gezwungen, auf einen Kompromiss insoweit hinzuarbeiten. Es besteht ja der Unterschied zwischen der nicht verpflichtenden Sprechstunde, Position KBV, und dem GKV-Spitzenverband – verpflichtend. Man stelle sich vor, es gibt die Sprechstunde, keiner geht hin oder keiner kann hin, weil sie ganz einfach nicht angeboten wird. Wäre es eine Unterscheidung, in die Bedarfsplanung insoweit hineinzugehen und, vereinfacht gesprochen,

bei überversorgten Gebieten die Sprechstunde als Kann-Bestimmung zu nehmen und bei unterversorgten, namentlich in ländlichen Gebieten, wo es nicht so viele „Anbieter“ gibt, diese als verpflichtend zu tätigen?

Ich lasse erst einmal eine Frage zu; dann können Sie sich das längere Zeit überlegen. Denn es gibt eine weitere Wortmeldung von der Patientenvertretung, danach KBV.

Patientenvertretung:

Mir geht es noch einmal um die Sprechstunde. Herr Harfst hat eben gesagt, jetzt werde ein klar strukturierter Weg angeboten. Man könnte ihn anbieten, wir wollen ihn gern angeboten haben, wir würden ihn auch nutzen. Aber es bleibt eben doch dieses Ungleichgewicht der Verpflichtung.

Bei Herrn Janssen habe ich das Gefühl, dass manchmal das Wort Sprechstunde etwas Schwierigkeiten macht. Sie reden, glaube ich, manchmal über Sprechstunden in anderem Sinne, also ärztliche Sprechstunde, wo man zu zehn Leuten sitzt und wartet, dass man drankommt. Hier ist ein Terminus technicus neu geprägt worden. Das muss man, glaube ich, unterscheiden.

Meine Frage geht an Herrn Harfst: Sie haben den mir sympathischen Begriff des Versorgers eingeführt und meinen damit, glaube ich, eine bestimmte Haltung, eine Mentalität aufseiten der Therapeuten. Das ist ganz unser Anliegen. Deswegen haben wir uns auch sehr engagiert für die Ausgestaltung dessen ausgesprochen, was jetzt technisch neu „Sprechstunde“ heißt, was etwas anderes als bisher „ärztliche Sprechstunde“ ist. Deswegen meine Frage, wie Sie das sehen. Wir haben aus genau diesem Grund auch dafür plädiert, dass das in die Hochschul- und Ausbildungsambulanzen hineinkommt, eben gerade, damit diese neue Orientierung und vielleicht auch gewisse fachliche Kenntnisse, die damit verbunden sind, in die nächste Generation der Therapeuten eingebracht werden. Also zugespitzt die Frage: Wie sehen Sie es, dass auch Hochschul- und Ausbildungsambulanzen mit an den Sprechstunden beteiligt sein sollen?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Sie haben jetzt direkt Herrn Harfst angesprochen und damit ausschließlich die Frage an Herrn Harfst gerichtet?

Patientenvertretung:

Ich hatte Herrn Janssen so verstanden, dass er das ohnehin unterstützt.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Gut. Bitte, Herr Harfst.

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

Unser Verständnis war auch, dass es ohnehin so sein wird, nur dass das nicht in der Richtlinie steht, wie wir es heute ja auch haben, sondern dass über die Psychotherapie-Vereinbarung dann noch eine Klärung da ist, dass auch die Ausbildungsambulanzen Sprechstunden anbieten, damit unser Nachwuchs auch mit dieser Tätigkeit entsprechend in Verbindung kommt und darin qualifiziert wird, genau die Entscheidungen mit zu treffen, die da erforderlich sind. Davon gehen wir ganz schwer aus. Wir sehen nur nicht, dass es sinnvoll

ist, dass das im Detail mit allen Ermächtigten in der Richtlinie selbst geregelt wird. Das ist unser Punkt in der Stellungnahme gewesen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Als Nächstes die KBV.

KBV:

Ich habe noch einmal eine Frage an beide Kammern, würde aber gerne, weil ich Ihr Argument aufgreife, Herr Harfst, bei der Bundespsychotherapeutenkammer beginnen. Das geht zurück auf die Kurzzeittherapie und die Zweiteilung. Sie haben gesagt, Sie könnten das inhaltlich nicht nachvollziehen, vor allem diesen Cut-off-Punkt von 12 Stunden, und haben gesagt, die Dosis-Wirkungs-Beziehung sei erst nach 12,7 Stunden im Hinblick auf eine signifikante Verbesserung messbar, das wiederum sei aber kein patientenrelevanter Nutzen oder schwieriger als patientenrelevanter Nutzen zu werten.

Wenn man jetzt bei 12 Stunden zweiteilen würde, würden Sie das so interpretieren, dass dann dem Patienten daraus auch ein Nachteil entstehen würde, weil letztendlich die Therapie ja quasi eventuell auch nach 12 Stunden dann unterbrochen oder abgebrochen wird?

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

Vielen Dank für die Frage, weil mir das die Möglichkeit gibt, einen Punkt klarzustellen. Für uns ist es natürlich ein patientenrelevanter Nutzen, gar keine Frage, wenn ich in dem Zeitraum eine klinisch signifikante Verbesserung erziele. Die Studie hat ja nur gesagt, dass ein gewisser Prozentsatz von Patienten nach durchschnittlich 12,7 Sitzungen eine solche klinisch relevante Verbesserung erfahren hat. Das ist natürlich ein patientenrelevanter Nutzen, der bis dahin schon erreicht wurde. Aber das kann kein Maßstab dafür sein, zu sagen: Jetzt beende ich die Behandlung, weil weitere patientenrelevante Nutzen eigentlich erzielbar und zu fordern sind und man natürlich nicht Gefahr laufen darf, dass die Behandlung vorzeitig beendet wird.

Was diese Zweiteilung anbelangt, ist es mehr der Punkt: Sie ist halt so sinnlos. Ich würde gar nicht erwarten, dass deswegen eine Behandlung beendet wird. Warum auch? Wenn eine entsprechende Behandlungsindikation weiter fortbesteht, dann geht die Therapie halt weiter. Das ist nur ein komplett sinnloses Unterteilen an dieser Stelle, weil nirgendwo ein relevantes Prüfprozedere dahintergelegt ist, natürlich das Prüfprozedere, das beim Psychotherapeuten permanent stattfindet. Ich muss immer gucken, ob noch eine Behandlungsindikation beim Patienten besteht. Das muss ich aber bei der 10., 15. oder 18. Sitzung ganz genauso prüfen, das macht gar keinen Unterschied. Aber da wird noch einmal extern eine Zäsur gesetzt, wie immer das ausgestaltet ist, mit Anzeigepflicht oder Antragspflicht mit Genehmigungsfunktion oder klassisches Antragsverfahren, das also keinen relevanten Steuerungseffekt nach sich ziehen kann, das nur Papier produziert. Das wird dann so ein GKV-SV-Modell Gedächtnisfax, das man dann zur Krankenkasse schickt.

KBV:

Darf ich diese Frage an Sie, Herr Professor Janssen, auch noch richten? Sie hatten von 20 bis 25 Stunden gesprochen.

Herr Prof. Dr. Janssen (Bundesärztekammer):

Wenn man sich die Texte aus der Forschung und die Erfahrungen der Praxis anschaut, dann muss man sagen: Eine nochmalige Unterteilung ergibt sich aus der Sicht des Patienten absolut nicht. Es ergibt sich nur eine formale Unterteilung, die für den Patienten nicht nachvollziehbar ist. Darum halte ich das für einen bürokratischen Mechanismus, aber nicht für eine therapeutische Auffassung.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Jetzt zweimal der GKV-Spitzenverband.

GKV-Spitzenverband:

Ich habe in diesem Zusammenhang eine Nachfrage, wenn Sie von einem Stundenkontingent oder von diesen 18, 19, 20 Stunden reden. Dazu sind ja viele Studien im internationalen Kontext entstanden. In Deutschland haben wir, meine ich, ein weltweit einzigartiges System mit Sprechstunde, Probatorik, dann erst Überleitung in die Therapie. Da wäre meine Frage: Ist das in anderen Ländern genauso? Haben diese auch alle die Stunden im Vorfeld? Oder kann man nicht vielmehr argumentieren, dass die Gesamtstundenzahl in anderen Ländern die Leistung, die wir in Deutschland haben, schon inkludiert? Bei drei Stunden Sprechstunde, drei, vier oder fünf Stunden Probatorik plus 12 Stunden sind wir auch bei 18 bis 20 Stunden, sodass man das deutsche System und die internationalen Stunden dann viel eher vergleichen könnte.

Herr Prof. Dr. Janssen (Bundesärztekammer):

Meines Wissens kann man das mit keinem anderen Land vergleichen; es ist keine Möglichkeit. Auch die Forschungsergebnisse aus Amerika mit einer kürzeren Behandlung kann man nicht mit unserer entwickelten Psychotherapielandschaft vergleichen. Insofern nützen uns diese Forschungsergebnisse allein nichts, sondern es nützt nur die praktische Erfahrung in Deutschland.

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

18, 19 und 20, das sind die Durchschnittszahlen für die GKV-Versicherten in Deutschland in der Kurzzeittherapie. Das ist nicht aus irgendwelchen Studien, sondern es ist einmal die Untersuchung von Herrn Multmeier, wo alle Psychotherapiepatienten eines Jahrgangs, die neu eine Psychotherapie begonnen haben, berücksichtigt wurden. Das ist einfach der Wert, der dabei herauskommt, dass 50 Prozent der Patienten erst nach 20 Sitzungen ihre Kurzzeittherapie, wenn sie eine Kurzzeittherapie machen, beenden. Bei den Krankenkassendaten – das ist eben bei den tragenden Gründen von Ihnen zitiert worden – hieß es, dass das ihre eigenen Daten nahelegen würden. Wir kennen nicht von allen großen Krankenkassen die Daten, aber wir haben uns den WIdO-Bericht für die ambulante Psychotherapie 2013 angeschaut. Nach den Daten ist es eben auch so, dass nach 18 Sitzungen in der VT und nach 19 Sitzungen in der TP durchschnittlich eine Kurzzeittherapie beendet wird. Das ist schlicht der Wert, der dabei herauskommt.

Dass die Versorgungssysteme in anderen Ländern teilweise ganz anders sind, wissen wir alle. Das Gesundheitswesen der USA kann auch nicht unser Vorbild sein, indem wir etwa sagen würden, es sei erstrebenswert, dass ganz viele Menschen gar nicht versichert sind. Psychische Erkrankungen sind in der amerikanischen Mentalität sowieso erst einmal

komplett unterbewertet. Das hilft, glaube ich, an dieser Stelle gar nicht weiter; das kann gar kein Bezugssystem sein. Wir könnten auch in Dritte-Welt-Länder oder sonst wohin schauen und feststellen, dass es dort noch einmal ganz anders ist.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Es gibt noch eine Nachfrage.

GKV-Spitzenverband:

Ich bin mir nicht sicher, ob Sie die Frage bewusst ins Lächerliche ziehen. Der Hintergrund war einfach, wenn man sich über Stundenkontingente unterhält, sich internationale Zahlen anschaut und dort Studien mit 20 Stunden Versorgung oder Ähnliches hat, ob man, wenn man das auf den deutschen Versorgungskontext überträgt, nicht fairerweise sagen müsste, dass man sich in unserem Versorgungskontext nicht rein auf das, was Sie als Richtlinie Psychotherapie definiert haben, beschränken kann, sondern sehr wohl auch die Probatorik und die Sprechstunde hinzuziehen muss, um die Stunden vergleichen zu können.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Möchte jemand antworten?

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

Ich muss Ihnen ganz ehrlich sagen: Ich habe gar keine Daten dazu. Ich kann Ihnen gar nicht sagen, wie lange die Behandlung in Großbritannien im Regelsystem durchschnittlich dauert, wie viel Diagnostik da stattfindet und wie das gestuft ist. Ich weiß nicht, wie uns das an dieser Stelle weiterführen kann, wenn hier Entscheidungen zu treffen sind, was Unterteilung von Kontingenten anbelangt. Den Link kriege ich nicht hin.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Ich habe Wortmeldungen vom GKV-Spitzenverband, von der KBV und von der Patientenvertretung.

GKV-Spitzenverband:

Vielleicht noch einmal als einleitendes Statement, Herr Harfst: Es geht ja durchaus auch darum, im G-BA Evidenz zu prüfen. Da werden auch Studien aus den USA herangezogen, egal, wie das System in den USA ist. Von daher ist die Frage absolut nachvollziehbar, ob nicht die Zahlen, auf die Sie immer wieder hinweisen, gegebenenfalls auch eine gewisse Unschärfe aufweisen, weil es im internationalen Kontext natürlich ganz andere Versorgungssysteme gibt.

Ich wollte aber noch auf einen anderen Punkt eingehen, und zwar auf das von Ihnen eben erwähnte GKV-SV-Gedächtnisfax. Ich habe das, glaube ich, nicht so richtig verstanden. Beziehen Sie sich da auf die Anzeige für T1 und T2, die den Patienten einen niedrighwelligen Zugang zur Versorgung gestattet? Denn das finde ich, ehrlich gesagt, eine ziemliche Unverschämtheit. Es geht darum, das Antragsverfahren zu vereinfachen. Das ist einer der Aufträge des Gesetzgebers. Dass das von Ihnen jetzt als GKV-SV-Gedächtnisfax bezeichnet wird, empfinde ich als eine absolute Unverschämtheit, wenn dem Patienten dadurch drei Wochen in der Versorgung gespart werden.

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

Ich nehme gern noch einmal dazu Stellung. Das ist natürlich gar nicht der Punkt, der gemeint war, sondern das bezog sich auf die alte Therapiepause, die einmal im Gespräch war, wo man den Eindruck gewinnen kann, dass die Zweiteilung sozusagen noch der Restant des alten Modells ist. Darauf bezieht sich das nur.

Ansonsten, was den schnellen Zugang anbelangt, haben wir überhaupt kein Problem damit. Wir sehen nur nicht den Nutzen, der mit dieser Zweiteilung verbunden ist, dass dieser Schritt noch einmal erfolgt. Ansonsten völlig d'accord: Ein niedrigschwelliger Zugang ist absolut wünschenswert.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Dann relativieren Sie diesen Begriff allerdings auch, ja? - Bitte die KBV.

KBV:

Ich möchte noch auf ein ganz anderes Problem zu sprechen kommen: Rezidivprophylaxe. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, Herr Harfst, hat Ihnen unsere Regelung nicht allzu gut gefallen. Sie haben gesagt, es würde Rezidivprophylaxe für die Kurzzeittherapie fehlen. Haben Sie auch einen Vorschlag, wie wir das hätten besser machen können? Wenn das aus Ihrer Sicht schon nicht gut gelungen ist, wie hätten wir es besser machen können? Das ist die Frage.

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

Wir haben einen ganz konkreten Regelungsvorschlag vorgebracht, der vorsieht, jenseits der Kontingente für entsprechend definierte Patientengruppen Behandlungsmöglichkeiten nach Abschluss einer Psychotherapie vorzusehen. Man kann über die Details immer noch einmal diskutieren: In welchen Umfängen will man das definieren? Dazu haben wir einen konkreten Vorschlag vorgelegt, für den Bedarf der adressierten Patientengruppe mit schweren chronischen Erkrankungen, mit rezidivierenden Erkrankungen, mit entsprechenden Risiken, erneut zu erkranken, ein gutes Angebot vorzuhalten, dass sie, sobald erste Krankheitszeichen wieder auftreten und ein Rückfall droht, schnell, ohne dass eine erneute Gesamttherapie beantragt werden muss, die erforderlichen Therapieeinheiten bekommen. Ich möchte auch auf unseren schriftlichen Vorschlag verweisen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Die Frage war eigentlich an Herrn Harfst gerichtet, aber Herr Janssen hat sich noch gemeldet.

Herr Prof. Dr. Janssen (Bundesärztekammer):

Wir sehen die Regelung, die Sie vorschlagen, erst einmal als einen Einstieg. Das ist ein sehr wichtiger Teil der Versorgung, Rezidivprophylaxe, gerade bei chronifizierten Störungen. Nur sollte man diese genauso wie die Sprechstunde nach fünf Jahren evaluieren und sehen, was daraus geworden ist. Aber sonst würden wir das unterstützen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Jetzt die Patientenvertretung.

Patientenvertretung:

Ich frage mich, ob die Länge einer Therapie nicht schon heute davon abhängig ist, wie viel bewilligt wurde. Sie haben gesagt, eine Therapie ende in der Regel bei 20 Stunden, weil sie eben nur für 20 Stunden bewilligt wurde. Ist es nicht eine große Frage, dass so ein Bewilligungsschritt, ein zusätzlicher Schritt, den der Therapeut machen muss, indem er etwas beantragen muss, nicht schon ein Hindernis dafür ist, dass eine Therapie weitergeht? Geht es wirklich darum, ob es dem Patienten besser geht? Natürlich geht es ihm nach 20 Stunden schon besser. Aber ist das nicht eine enorme Hürde?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Herr Harfst.

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

Diese 20 Stunden sind kein Bewilligungsschritt, sondern das ist ein Zeichen dafür, dass es nicht davon abhängt, wo die Kontingentgrenze liegt, sondern das erste Kontingent sind immer 20 Stunden, und ein großer Teil der Behandlung wird eben vorher beendet. Das ist also schon ein deutliches Zeichen dafür, dass diese Entscheidung genau überprüft wird: Braucht es noch eine weitere Behandlung oder nicht? Es gibt auch die Langzeittherapie. Auch da ist es so, dass die meisten Behandlungen nicht bis zur Kontingentgrenze ausgeschöpft, sondern davor beendet werden und nur in Absprache mit dem Patienten geguckt wird: Was braucht er noch?

Gleichzeitig – da haben Sie natürlich nicht unrecht – ist es immer ein Risiko, dass eine Kontingentgrenze eine Zäsur setzt, die dazu führt, dass Behandlungen nicht fortgeführt werden, wenn damit eine entsprechend hohe Hürde verbunden ist und sich dann die Frage stellt: Mache ich jetzt noch ein umfassendes Gutachterverfahren, wo der Patient vielleicht nur noch zwei, drei oder vier Sitzungen braucht, aber dann suffizient behandelt ist? Wir gehen auch davon aus, dass das unsere Kollegen in der Regel schon richtig machen; aber natürlich hat man immer das Risiko, dass solche Zäsuren auch Unerwünschtes nach sich ziehen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Weitere Fragen?

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

Eine Frage ist noch nicht beantwortet. Wenn es gewünscht wird, kann man dazu noch etwas sagen. Es ist die Frage, inwieweit man als Kompromisslösung vorschlagen würde, die Verpflichtung nur für die Planungsbereiche vorzusehen, wo keine Überversorgung herrscht. Wir haben das grundsätzliche Problem, dass die Zahlen in der Bedarfsplanung nicht wirklich bedarfsorientiert, sondern historisch gewachsen sind. Wir haben eine deutliche Besserung in den sehr ländlichen Regionen erzielt. In vielen anderen Regionen gibt es aber immer noch ein erkennbares Missverhältnis. Im Ruhrgebiet haben wir nach wie vor eine unveränderte Situation. Insofern ist das als Anknüpfungspunkt eher kritisch zu sehen. Wenn man sich anschaut, was zum Beispiel die Fallzahlen von Psychotherapeuten in den schlechter versorgten Regionen betrifft, haben wir heute schon eine Situation, dass sie eher höher ausfallen und vor dem Hintergrund des Versorgungsdrucks, der dort in besonderer Weise herrscht, die Psychotherapeuten danach schauen, wie sie diesem Druck gerecht werden und

eher mehr Patienten behandeln. Der Psychotherapeut muss schauen, wie man vielleicht mit etwas weniger auskommt, um insgesamt die ihm in seiner Region anvertrauten Patienten adäquat zu versorgen. Die Erkenntnisse zeigen, dass da, wo entsprechender Versorgungsmangel besteht, unsere Kollegen eher bereit sind, entsprechende Angebote vorzuhalten, um dem Versorgungsbedarf gerecht zu werden. Man kann sich das in den neuen Bundesländern anschauen, da sieht man das sehr deutlich.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Das ist aber eine Erwartungshaltung, das ist ein Blick in die Glaskugel der Zukunft, ohne dass man das ganz genau weiß. Wäre es denn ein Anknüpfungspunkt, wenn ich weg von der Bedarfsplanung zu ländlichen Regionen gehe?

Herr Prof. Dr. Janssen (Bundesärztekammer):

Ich finde diesen Vorschlag bedenkenswert; aber ich weiß nicht, ob das zu diesem Zeitpunkt sinnvoll ist, weil die Nachfrage nach Psychotherapie in den Ballungsgebieten viel höher ist als in den ländlichen Gebieten. Deswegen weiß ich nicht, ob es etwas bringt, wenn Sie die Sprechstunde auf die ländlichen Gebiete verlagern.

Ich meine, man sollte diese Kann-Regelung einführen; das ist das Erste für die Richtlinie Psychotherapie. Man sollte die Sprechstunde auch für die Ausbildungs- und die Hochschulambulanzen sowie die psychiatrischen oder psychosomatischen Institutsambulanzen einrichten und dann abwarten, was sich in den fünf Jahren verändert. Das wäre nach meiner Ansicht für die Versorgungssituation das Günstigste.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Noch einmal Herr Harfst.

Herr Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer):

Zur Ergänzung: Wir glauben, dass es sinnvoll wäre, dann eher zeitnah zu evaluieren, als sich das anzuschauen und dann nachzusteuern. Man sollte schauen, um dann auf die Aufgaben der Servicestellen, die wir auch zu vermitteln haben, und gegebenenfalls auch auf Angebote der Krankenhäuser, wenn das nicht von der vertragsärztlichen Versorgung vorgehalten wird, zurückzugreifen und zu fragen: Ist das vor dem Hintergrund der Regelungen, die wir da haben, tatsächlich erforderlich, oder entsteht da nicht innerhalb relativ kurzer Zeit das erforderliche Angebot? Davon würden wir eigentlich ausgehen und dann besser nicht fünf Jahre warten, sondern schon früher danach schauen, wo wir welche Hinweise haben.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender):

Gibt es weitere Fragen? - Das ist nicht der Fall. Dann darf ich mich herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie - erstens - hier waren, dass Sie uns - zweitens - Rede und Antwort gestanden haben. Wir sind bemüht, den 16. auch nach der Anhörung weiter zu halten. Insoweit wünschen Sie uns viel Glück! Wir wünschen Ihnen einen guten Nachhauseweg, eine unfallfreie Heimfahrt. Die Anhörung ist damit geschlossen.

Schluss der Anhörung: 11.32 Uhr