

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Umsetzung § 92 Abs. 6a SGB V (insbesondere Förderung der Gruppentherapie und Vereinfachungen im Gutachterverfahren)

Vom 20. November 2020

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	3
3.	Würdigung der Stellungnahmen.....	10
4.	Bürokratiekostenermittlung	13
5.	Verfahrensablauf	13
6.	Anhang: Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens	14
6.1	Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt wurde sowie Übersicht der fristgerecht eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen	14
6.2	Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren.....	15
6.3	Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren.....	19
6.4	Eingegangene schriftliche Stellungnahmen	28
6.5	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen	55
6.6	Mündliche Anhörung und Wortprotokoll.....	76

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V i. V. m. § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung.

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, das am 23. November 2019 in Kraft trat, hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in § 92 Absatz 6a SGB V ergänzend u. a. aufgegeben, in der Richtlinie nach § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und der weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens zu beschließen.

§ 92 Abs. 6a SGB V wurde wie folgt geändert (im Fettdruck hervorgehoben):

*„In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere 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 zu regeln; **der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b.** Die Richtlinien nach Satz 1 haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien **nach Satz 1** 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. **Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Ergänzung der Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und der weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens; für Gruppentherapien findet ab dem 23. November 2019 kein Gutachterverfahren mehr statt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.**“*

In der Begründung zu Absatz 6a wird ausgeführt:

„Die für die Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Absatz 6a Satz 1 vorgesehene Klarstellung wird dahingehend modifiziert, dass der G-BA Regelungen treffen kann, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren.

Um die psychotherapeutische Anschlussversorgung der Patientinnen und Patienten nach einer Krankenhausbehandlung sicherzustellen, können probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch im Krankenhaus durchgeführt werden. Dies bedeutet, die psychotherapeutische Versorgung kann bereits als ambulante Behandlung im Krankenhaus beginnen. Es handelt sich damit um eine besondere Form der aufsuchenden Versorgung, die

einen nahtlosen Übergang von der stationären in eine ambulante Versorgung gewährleistet. Auch wenn probatorische Sitzungen im Krankenhaus erbracht werden, werden diese hierdurch nicht zu Krankenhausleistungen. Es handelt sich vielmehr weiterhin um ambulante Leistungen, die auch entsprechend vergütet werden. Das Krankenhaus stellt lediglich die erforderlichen Räumlichkeiten für die Durchführung der probatorischen Leistungen zur Verfügung.

Um ambulante Psychotherapien in Form von Gruppentherapie, die derzeit nur in geringem Umfang durchgeführt werden, zu fördern, wird das Gutachterverfahren für Gruppentherapien aufgehoben. Nach Einführung eines einrichtungsübergreifenden sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens für die ambulante psychotherapeutische Versorgung wird der G-BA beauftragt, bestehende Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren in der Psychotherapie-Richtlinie aufzuheben.

Zudem wird die Fristvorgabe für den G-BA auf den 31. Dezember 2020 verlängert, um eine angemessene Beratungszeit zu gewährleisten.“

Außerdem ist am 19. Dezember 2019 das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) in Kraft getreten. Der Unterausschuss Psychotherapie hat sich dafür ausgesprochen, hierzu klarstellende Ergänzungen in die PT-RL aufzunehmen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der G-BA begründet die Änderungen der PT-RL, die zur Umsetzung der neuen Vorgaben in § 92 Absatz 6a SGB V vorgenommenen wurden, wie folgt:

§ 1 Absatz 9 [neu]

Um dem „Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG)“ Rechnung zu tragen, wurde in § 1 ein neuer Absatz 9 aufgenommen. Gemäß § 33a SGB V haben Versicherte einen Leistungsanspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen wurden und entweder nach Verordnung der behandelnden Ärztin oder Psychotherapeutin oder des behandelnden Arztes oder Psychotherapeuten oder mit Genehmigung der Krankenkasse angewendet werden.

Als DiGA i.S.d. § 33a SGB V werden solche Medizinprodukte niedriger Risikoklasse definiert, „deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen“ (§ 33a Absatz 1 Satz 2 SGB V). Es dürfen nur solche DiGA zur Anwendung kommen, die durch das BfArM geprüft und in das neugeschaffene Verzeichnis nach § 139e SGB V aufgenommen wurden.

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben können DiGA die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen unterstützen, nicht jedoch die Durchführung einer Behandlung durch die Ärztin oder die Therapeutin oder den Arzt oder den Therapeuten ersetzen.

Bei der Verwendung von DiGA als unterstützendes Behandlungselement im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie ist mit besonderer Sorgfalt darauf zu achten, dass die jeweils eingesetzte DiGA:

- für die vorliegende psychische Symptomatik indiziert ist,
- mit den Zielen der jeweils angewandten Psychotherapieverfahren und -methoden kompatibel ist und
- für das jeweilige Setting (Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen nach Abschnitt B oder Psychosomatische Grundversorgung nach Abschnitt C) geeignet ist, d.h. differenziert nach Verwendungszweck (z. B. Diagnostik, add-on-Anwendung, Selbsthilfe-Anwendung) eingesetzt wird.

§ 11 Absätze 5 und 12

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung gemäß § 11a PT-RL (neu) ist ein psychotherapeutisches Angebot einer Intervention in der Gruppe, das nach der psychotherapeutischen Sprechstunde in Anspruch genommen werden kann. Die psychotherapeutische Sprechstunde muss nicht von der Therapeutin oder dem Therapeuten durchgeführt worden sein, die oder der anschließend die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung durchführt.

§ 11a Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung [neu]

In § 92 Absatz 6a SGB V hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgegeben, bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Ergänzung der Psychotherapie-Richtlinie auch Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie zu beschließen. Dies soll durch die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung erreicht werden. Bei diesem, in § 11a (neu) beschriebenen Versorgungsangebot handelt es um eine niedrigschwellige Maßnahme, die in der Regel die zu Beginn einer Richtlinien-therapie zur Anwendung kommenden psychoedukativen Interventionen und therapeutischen Elemente einsetzt, mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten die Inanspruchnahme einer notwendigen Gruppentherapie zu ermöglichen bzw. zu erleichtern.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung ist ein psychotherapeutisches Angebot einer Intervention in der Gruppe, die nach der psychotherapeutischen Sprechstunde in Anspruch genommen werden kann. Sie ist für Patientinnen oder Patienten vorgesehen, bei denen in der psychotherapeutischen Sprechstunde eine Indikation für eine Richtlinien-therapie, insbesondere in der Gruppe festgestellt wurde. Mit der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung sollen insbesondere diejenigen Patientinnen und Patienten in den Blick genommen werden, die noch Unsicherheiten oder Vorbehalte gegenüber einem solchen Behandlungsangebot haben und einer zunächst entsprechend niedrigschwelligen syndrombezogenen psychotherapeutischen Intervention in der Gruppe bedürfen.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung zielt darauf ab, patientenindividuell die Gruppenfähigkeit zu fördern und auf die gegebenenfalls nachfolgende Gruppentherapie besser vorzubereiten, als dies bisher im Rahmen des bestehenden Versorgungsangebots möglich war. In der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung sollen das Krankheitsverständnis auf individueller Ebene erarbeitet, aufkommende krankheitsbezogene Fragen bearbeitet und Veränderungsprozesse im individuellen Umgang mit entsprechenden Symptomen, Funktionsbeeinträchtigungen und psychischen Belastungen angestoßen werden.

Zu diesem Zweck steht bei diesem niedrigschwelligen psychotherapeutischen Gruppenangebot die Vermittlung von grundlegenden Inhalten der ambulanten Psychotherapie (z. B. Verfahren der Psychotherapie, Indikationen, Chancen und Nutzen von Gruppentherapie) sowie die Informationsvermittlung über die jeweiligen psychischen Störungen der Gruppenmitglieder im Fokus, insbesondere mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten mit Vorbehalten und Unsicherheiten gegenüber Psychotherapie in Gruppen die Möglichkeit zu geben, sich u. a. über Arbeitsweise und Wirkmechanismen einer Gruppentherapie sowie Rollen von Patientinnen und Patienten in einer Gruppe zu informieren, ohne dass jeweils eine aktive Beteiligung vorausgesetzt wird.

Im Rahmen der anleitenden Informationsvermittlung besteht bei Bedarf auch die Möglichkeit eines interaktiven Austauschs in der Gruppe, der im Hinblick auf die Bedürfnisse und Voraussetzungen der Patientinnen und Patienten in der Gruppe gestaltet und genutzt werden soll. Durch dieses psychotherapeutische Vorgehen soll auch eine erste Entlastung von der jeweiligen psychischen Symptomatik erreicht werden. Eine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren wird im Rahmen dieses niedrigschwelligen Gruppenangebots nicht angestrebt. Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung soll durch das Schaffen eines grundlegenden Verständnisses der eigenen psychischen Erkrankung Ressourcen stärken, gesundheitsförderndes Verhalten unterstützen und sowohl das Selbstwirksamkeitserleben als auch die Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten fördern.

Die Umsetzung der Inhalte und die Erreichung der festgelegten Ziele der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung setzt bei den Therapeutinnen und Therapeuten dieselben Kenntnisse und Fähigkeiten voraus, die für die Durchführung von Gruppentherapien erforderlich sind. Auf eine gesonderte Regelung in der Psychotherapie-Richtlinie zu den fachlichen Voraussetzungen für die Erbringung der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung wird jedoch verzichtet, da dies gemäß § 37 der Psychotherapie-Richtlinie den – entsprechend anzupassenden – Regelungsbereich der Psychotherapie-Vereinbarung umfasst.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung soll einen ersten, schnellen und unbürokratischen Zugang zu psychotherapeutischen Maßnahmen in der Gruppe ermöglichen. Dieses Gruppenangebot kann daher bis zu viermal je Krankheitsfall mit jeweils 100 Minuten erbracht werden. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie Menschen mit geistiger Behinderung können Bezugspersonen bei Bedarf einbezogen werden, um deren besonderen Bedürfnissen Rechnung zu tragen; hierfür stehen zusätzlich bis zu 100 Minuten je Krankheitsfall zur Verfügung. Der Einbezug der Bezugspersonen kann auch ohne Anwesenheit des Kindes oder der bzw. des Jugendlichen stattfinden.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung wird nach § 1 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie ebenso wie die psychotherapeutische Sprechstunde, die probatorischen Sitzungen, die psychotherapeutische Akutbehandlung und die psychosomatische Grundversorgung nicht als Richtlinien-therapie im engeren Sinne (§ 15 Psychotherapie-Richtlinie) verstanden. Eine Anrechnung auf die Kontingente der Richtlinien-therapie ist daher nicht vorgesehen. Da die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung als niedrigschwelliges Gruppenangebot konzipiert ist, das einer ersten Entlastung von der jeweiligen psychischen Symptomatik dienen soll, ist kein Anzeige- oder Antragsverfahren vorgesehen.

Der Konsiliarbericht oder eine unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung sind zur Inanspruchnahme der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung nicht obligatorisch;

vor einer sich anschließenden psychotherapeutischen Behandlung ist der Konsiliarbericht jedoch entsprechend den Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie verpflichtend einzuholen. Liegen Anzeichen für eine somatische Erkrankung vor, sind weitergehende somatische Abklärungen einzuleiten.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung wird nicht der in § 1 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie definierten Richtlinientherapie im engeren Sinne (§ 15 Psychotherapie-Richtlinie) zugeordnet, sondern entspricht einem weiteren Verständnis von Psychotherapie nach dieser Richtlinie. Aus diesem Grund werden eigene Festlegungen zur Gruppengröße getroffen. Die Gruppengröße orientiert sich dabei an den für die Richtlinientherapie in § 21 Absatz 1 Nummer 2 Satz 1 getroffenen Vorgaben, um eine sich bei Bedarf anschließende Richtlinientherapie im Gruppensetting in derselben Zusammensetzung zu ermöglichen.

§ 12 Probatorische Sitzungen, Absätze 1, 3, 4 und 6 [neu]

Absätze 1, 3 und 4: Die probatorischen Sitzungen sollen auch der Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für eine bestimmte Anwendungsform dienen. Patientinnen und Patienten erhalten durch die Einführung probatorischer Sitzungen im Gruppensetting die Möglichkeit, die Arbeit in einer Gruppe und die Tragfähigkeit der therapeutischen Arbeitsbeziehung im Gruppensetting kennen zu lernen. Hierdurch soll insbesondere eine Verbesserung des Zugangs zur Einleitung von Gruppentherapie im Sinne von § 21 Absatz 1 Nummer 2 dieser Richtlinie erreicht werden. Mindestens eine probatorische Sitzung muss im Einzelsetting durchgeführt werden, wenn zuvor eine psychotherapeutische Sprechstunde bei derselben Therapeutin oder bei demselben Therapeuten stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, beispielsweise bei Vermittlung aus vorheriger stationärer Behandlung oder bei Inanspruchnahme der psychotherapeutischen Sprechstunde bei einer anderen Therapeutin oder einem anderen Therapeuten, müssen mindestens zwei probatorische Sitzungen im Einzelsetting stattfinden. Dieser Umfang ist erforderlich, um vor Beginn einer Richtlinientherapie eine möglichst umfassende diagnostische Klärung der psychischen Symptomatik vorzunehmen, um die Motivation, die Kooperations- und Beziehungsfähigkeit und die Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren und Behandlungssetting zu prüfen sowie um eine Einschätzung der Prognose und eine Einschätzung, ob eine tragfähige therapeutische Arbeitsbeziehung möglich ist, vorzunehmen. Diese Klärungsprozesse benötigen ausreichend Zeit und lassen sich in dem für verfahrensspezifische Diagnostik und Indikationsstellung notwendigen Umfang nur im Rahmen eines geschützten Einzelkontaktes zur Therapeutin oder zum Therapeuten realisieren. Die Durchführung von probatorischen Sitzungen sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting ist nicht an eine bestimmte Reihenfolge gebunden. Therapeutinnen und Therapeuten können in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten die Einzelsitzungen daher auch zur Vor- oder Nachbereitung einer probatorischen Gruppensitzung nutzen.

Absatz 6: Die in § 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V neu aufgenommene Regelung, dass erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden können, sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, wurde nun in der Psychotherapie-Richtlinie umgesetzt. Liegt bereits eine Diagnose nach § 27 dieser Richtlinie vor, können die probatorischen Sitzungen durch Vertragsärztinnen, Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen oder Vertragspsychotherapeuten auch im Krankenhaus durchgeführt werden. Sie stellen jedoch keine Krankenhausleistungen dar; sie werden nicht durch Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des

Krankenhauses im Rahmen der Krankenhausbehandlung erbracht. Da es sich um ambulante Leistungen der Psychotherapie handelt, finden die Regelungen zu den probatorischen Sitzungen dieser Richtlinie Anwendung.

§ 21 Anwendungsformen, Nr. 2

Als weitere Maßnahme zur Förderung der Gruppentherapie ermöglicht die neu geschaffene Regelung zukünftig auch eine gruppentherapeutische Behandlung durch zwei Therapeutinnen und Therapeuten. Hiermit sollen sowohl inhaltliche als auch organisatorische Hürden überwunden werden.

Die neue Regelung soll dazu dienen, inhaltliche Hemmnisse, Gruppentherapien zu erbringen, abzubauen. Neben dem, im Vergleich zur Einzeltherapie, erhöhten organisatorischen Aufwand stellen Gruppentherapien einerseits eine hohe therapeutische Anforderung und andererseits eine Bereicherung dar. Die Erbringung von Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen und Therapeuten führt zu Effekten, die die Gruppenentwicklung und somit den therapeutischen Prozess fördern und gleichzeitig die Therapeutinnen und Therapeuten ermutigen, Gruppentherapie anzubieten. Die neue Regelung erleichtert die Prozessmoderation und die Steuerung der Interaktion der Gruppenmitglieder. Sie bietet in kritischen Situationen eine gegenseitige Unterstützung der Therapeutinnen und Therapeuten und bedeutet somit mehr Sicherheit, diese zu bewältigen.

Neben dem vorgenannten bestehen auch organisatorische Gründe, die einen stärkeren Einsatz der Gruppentherapie behindern; so dient diese Regelung der Erreichung der erforderlichen Gruppengrößen und der Förderung der Kooperation zwischen Therapeutinnen und Therapeuten und wirkt auf eine Förderung der Gruppentherapie, die ggf. auch praxisübergreifend organisiert werden kann, hin. Patientinnen und Patienten stehen dabei zwei verschiedene Therapeutinnen und Therapeuten als Modell zur Verfügung, die im Sinne der Entwicklung der gruppendynamischen Prozesse förderlich sein können. Der intensiviertere fachliche Austausch zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten kann den Therapieprozess befördern, beispielsweise durch Rückmeldungen aus der jeweils anderen Perspektive.

Im Falle einer Zusammenarbeit wird, insbesondere vor dem Hintergrund berufsrechtlicher Verpflichtungen, für die betreffende Patientin oder den betreffenden Patienten nachvollziehbar und transparent festgelegt, welcher der beiden beteiligten Therapeutinnen oder Therapeuten die oder der hauptverantwortlich für die Behandlung zuständige Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Rahmen der Durchführung der Gruppentherapie ist. Diese Therapeutin oder dieser Therapeut ist auch für die schriftliche Dokumentation nach § 38 dieser Richtlinie ihrer oder seiner jeweils zugeordneten Patientinnen und Patienten verantwortlich und unterstützt sie bei der Beantragung von Leistungen bei der Krankenkasse.

Die Mindestanzahl von Patientinnen und Patienten in einer durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten durchgeführten Gruppe wird im Sinne der Förderung von gruppendynamischen Prozessen auf sechs Patientinnen und Patienten festgelegt. Bei gemeinsamer Durchführung können bis zu 14 Patientinnen und Patienten an der Gruppe teilnehmen, da im Falle einer Zusammenarbeit davon ausgegangen werden kann, dass jede Patientin oder jeder Patient durch mindestens eine Therapeutin oder einen Therapeuten ausreichend wahrgenommen werden kann. Jede Therapeutin oder jeder Therapeut ist hierbei Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für jeweils mindestens drei und maximal neun Patientinnen oder Patienten. Zu der hauptverantwortlichen Tätigkeit gehört auch die Prüfung, ob die Durchführung von Gruppentherapien mit mehr als neun Patientinnen und Patienten unter besonderer Beachtung

des jeweiligen Krankheitsgeschehens, der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten stattfinden kann, um bei den Patientinnen und Patienten ein Überforderungserleben oder unerwünschte Effekte durch die Gruppentherapie zu vermeiden. Die hauptverantwortliche Behandlung umfasst neben der Gruppenbehandlung insbesondere die Tätigkeit als Ansprechpartner in allen Fragen zur Behandlung, die Durchführung der probatorischen Sitzungen, die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung und der Beantragung der Behandlung, die schriftliche Dokumentation und ggf. die Durchführung von Einzelbehandlung.

Die relevante Gruppengröße ergibt sich je Therapeutin oder je Therapeut aus den Bezugspatientinnen und Bezugspatienten. Bei einer Behandlung von sechs Patientinnen oder Patienten durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten ergibt sich also eine Gruppengröße von drei Patientinnen oder Patienten je Therapeutin oder Therapeut. Bei einer größeren Anzahl an Patientinnen und Patienten ist es nicht erforderlich, dass diese in gleichem Ausmaße den beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten zugeordnet werden; jedoch ist die Mindestzahl von drei Bezugspatientinnen und -patienten und die Höchstzahl von neun Bezugspatientinnen und -patienten für eine Therapeutin oder einen Therapeuten sowie die Höchstzahl von 14 Patientinnen und Patienten in der von den beiden Therapeutinnen oder Therapeuten geleiteten Gesamtgruppe zu beachten.

Bei einer gruppentherapeutischen Behandlung durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten müssen beide die Vorgaben zu den fachlichen Voraussetzungen für Gruppentherapie der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllen.

§ 22 Kombination von Anwendungsformen, Absatz 3

Der gesetzliche Auftrag zur Vereinfachung des Gutachterverfahrens wird wie folgt umgesetzt: Anträge auf Gruppentherapie oder Anträge auf eine Kombination aus überwiegend durchgeführter Gruppentherapie mit Einzeltherapie, d. h. mit mehr als der Hälfte der beantragten Therapieeinheiten im Gruppensetting, unterliegen nun auch im Rahmen einer Langzeittherapie nicht mehr der regelhaften Begutachtung. Die verpflichtende Begutachtung für Anträge auf Einzeltherapie oder für Anträge auf Kombination aus überwiegend durchgeführter Einzeltherapie mit Gruppentherapie, jeweils im Rahmen einer Langzeittherapie, bleibt erhalten. Im Sinne der Förderung der Gruppentherapie wird hierdurch eine Häufung von zeitgleichen Begutachtungsprozessen, beispielweise bei Neueinrichtung einer Gruppe, vermieden, die seitens der Therapeutinnen und Therapeuten als eine Hürde bei der Planung und Etablierung von Psychotherapie-Gruppen erachtet werden. Folglich werden solche Psychotherapien im Rahmen eines vereinfachten Beantragungsverfahrens gefördert, die ausschließlich oder überwiegend in der Gruppentherapie durchgeführt werden. Berufsrechtliche Verpflichtungen und Bestimmungen zur schriftlichen Dokumentation bleiben hiervon unberührt.

Hinsichtlich der Änderungen in § 22, § 29, § 30 und § 35 wird zudem klargestellt, dass durch die Krankenkasse eine Begutachtung in Einzelfällen auch in der Gruppentherapie oder in der Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie (in beiden Varianten) verlangt werden kann. Dies ist insbesondere durch § 12 SGB V i. V. m. § 92 Absatz 6a Satz 5 SGB V sachgerecht, denn insbesondere die Kontinuität der Begutachtungen im Therapieverlauf durch Gutachterinnen und Gutachter nach § 35 dieser Richtlinie bleibt damit erhalten. Entsprechend ist eine Vereinfachung bei der Gruppentherapie angestrebt, indem die generelle Prüfpflicht der Gesetzlichen Krankenkassen ausgesetzt wird. Im Sinne des Gesetzgebers wurden die Regelungen der Richtlinie nun entsprechend ausgeweitet, indem auch die Kombinationsbehandlung mit einer überwiegenden Gruppentherapie nicht mehr der

generellen Gutachterpflicht unterworfen wurden. Die Möglichkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung in Einzelfällen bleibt jedoch erhalten.

Damit besteht weiterhin die Verpflichtung der Krankenkasse, ein Gutachten auch dann einzuholen, wenn zwar die formalen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt sind (vgl. § 35 Satz 4 Psychotherapie-Richtlinie) aber die Fortführung einer Langzeittherapie ansonsten aus inhaltlichen Gründen abgelehnt würde.

§ 28 Behandlungsumfang und -begrenzung, Absatz 7 [neu]

Die Dauer einer Gruppentherapie kann in Abhängigkeit von den angewandten Verfahren und Methoden, der Gruppengröße sowie der behandelten Anwendungsbereiche variieren. Die Gruppentherapie kann daher in allen Verfahren auch in Einheiten von 50 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden und erlaubt eine flexiblere Gestaltung des therapeutischen Prozesses. Falls erforderlich kann hierdurch Überforderungserleben bei Patientinnen und Patienten reduziert werden. Eine mit 50 Minuten durchgeführte Gruppensitzung gilt entsprechend als eine halbe Therapieeinheit im Sinne der Psychotherapie-Vereinbarung.

§ 29 Therapieansätze in den Verfahren nach § 15, Nr. 3 und 4

Die Regelungen zur Vereinfachung des Gutachterverfahrens werden in § 29 als zusätzliche Änderung spezifisch für die Umwandlungsanträge dargestellt bzw. angepasst (vgl. die Hinweise zu § 22).

§ 30 Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15, Satz 3

Die Regelung zur Begründungspflicht bei Einholung einer Begutachtung bei Fortführungsanträgen ist obsolet, da durch die Spezifizierung der Gutachterpflicht vor dem Hintergrund von § 12 SGB V eine Prüfungsmöglichkeit durch die Krankenkassen unabhängig von der Art des Antrags gegeben ist; sie wird daher gestrichen.

§ 34 Antragsverfahren

Ein Verweisfehler wird korrigiert.

§ 35 Gutachterverfahren

Die Regelungen zur Vereinfachung des Gutachterverfahrens werden in § 35 für alle Anträge dargestellt bzw. angepasst (vgl. die Hinweise zu § 22).

Verweise auf die Psychotherapie-Vereinbarung

Die Verweise in der Psychotherapie-Richtlinie auf die Psychotherapie-Vereinbarung werden aufgrund der geänderten Fassung der Psychotherapie-Vereinbarung vom 27. Februar 2020, in Kraft getreten am 1. Juli 2020, angepasst.

§ 42 Evaluation gemäß Beschluss vom 16. Juni 2016

Bei der Beschlussfassung zur Systemischen Therapie am 22. November 2019 wurden die einzeln in der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Evaluationen in einem neuen Abschnitt „J. Evaluation“ zusammengefasst. Dabei ist in § 42 Absatz 3 ein redaktioneller Fehler aufgetreten: statt eines Verweises § 21 Absatz 1 wurde versehentlich auf § 21 Absatz 2 verwiesen. Da jedoch die Gruppengröße in § 21 Absatz 1 behandelt wird, bedarf es einer Korrektur.

§ 43 (neu) Evaluation der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung

Für die Evaluation der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung wird ein neuer § 43 eingeführt.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet und in die Entscheidungen einbezogen. Im Ergebnis der Auswertung sowie zur Klarstellung wurden folgende Änderungen (im Fettdruck hervorgehoben) im Beschlussentwurf vorgenommen:

§ 11a Überschrift

Änderung der Bezeichnung „Psychotherapeutische Informationsgruppe“ in „Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“.

Änderung in § 1 Absatz 1:

Psychotherapeutische Sprechstunden nach § 11, **Psychotherapeutische Informationsgruppe—Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung** nach § 11a, Probatorische Sitzungen nach § 12, Psychotherapeutische Akutbehandlung nach § 13 und die Psychosomatische Grundversorgung nach Abschnitt C werden nicht der Richtlinien therapie zugerechnet.

Änderung in § 11a Absatz 1:

Die **Psychotherapeutische—Informationsgruppe—Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung** ist ein psychotherapeutisches Angebot in der Gruppe für Patientinnen oder Patienten, bei denen in der **pPsychotherapeutischen Sprechstunde** eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie nach § 27 festgestellt wurde. **Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung dient der strukturierten Vermittlung und weiteren Vertiefung von grundlegenden Inhalten der ambulanten Psychotherapie auch mit dem Ziel, individuelle Hemmschwellen und Vorbehalte, insbesondere gegenüber Psychotherapie in Gruppen, abzubauen und die Motivation zur Teilnahme an einer Gruppentherapie aufzubauen und zu stärken. In der Psychotherapeutische Informationsgruppe werden Informationen über die für die Gruppenmitglieder relevanten psychischen Störungen und, über deren Entstehungsmöglichkeiten sowie über den Umgang mit entsprechenden Symptomen, und psychischen Belastungen vermittelt und mögliche Fragen der Patientinnen und Patienten zu psychischen Erkrankungen und ihrer Behandlung insbesondere durch Gruppenpsychotherapie bearbeitet; hierbei soll insbesondere auf Therapieelemente einer Gruppenpsychotherapie eingegangen werden.**

Änderung in § 11a Absatz 2:

~~Die Psychotherapeutische Informationsgruppe dient der Vermittlung und weiteren Vertiefung von grundlegenden Informationen über der ambulante Psychotherapie auch mit dem Ziel, individuelle Hemmschwellen und Vorbehalte, insbesondere gegenüber Psychotherapie in Gruppen, abzubauen und die Motivation zur Teilnahme an einer Gruppentherapie zu stärken.~~ In der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung werden Informationen über die für die Gruppenmitglieder relevanten psychischen Störungen und deren Entstehungsbedingungen und Einflussfaktoren vermittelt, ein individuelles Krankheitsverständnis und der individuelle Umgang mit entsprechenden Symptomen, Funktionsbeeinträchtigungen und psychischen Belastungen erarbeitet und mögliche Fragen der Patientinnen und Patienten zu psychischen Erkrankungen und ihrer Behandlung bearbeitet; hierbei soll insbesondere auf Therapieelemente einer Gruppentherapie eingegangen werden. Dies setzt ein strukturierendes therapeutisches Vorgehen bei der Informationsvermittlung sowie in Bezug auf die **Gestaltung des interaktionellen Austausches in der Gruppe Gruppeninteraktionen** voraus, ~~mit der Möglichkeit eines interaktiven Austauschs innerhalb der Gruppe~~ im Hinblick auf die individuellen Erfordernisse der Patientinnen und Patienten genutzt werden soll. Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung dient der Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15 im Gruppensetting; die Entscheidung der Patientin oder des Patienten für ein Setting wird nicht vorweggenommen.

Änderung in § 11a Absatz 3:

Die **Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung** Psychotherapeutische Informationsgruppe kann viermal im Krankheitsfall mit jeweils 100 Minuten Dauer (insgesamt bis zu 400 Minuten), auch in Einheiten von 50 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl, erbracht werden. ~~Bei Kindern und Jugendlichen kann dies gegebenenfalls unter~~ Für den Fall der Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9 ~~bei Kindern und Jugendlichen und kann die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung~~ zusätzlich mit bis zu 100 Minuten ~~im je~~ Krankheitsfall (**insgesamt bis zu 500 Minuten**) erbracht werden; die Einbeziehung der ~~mit~~ relevanten Bezugspersonen **kann auch** ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden. Satz **23** gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.

Änderung in § 11a Absatz 4:

Die **Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung** Psychotherapeutische Informationsgruppe ist keine Richtlinientherapie und wird nicht auf die Therapiekontingente gemäß § 29 und § 30 angerechnet.

Änderung in § 11a Absatz 5:

Die **Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung** Psychotherapeutische Informationsgruppe kann aufgrund ihrer von den probatorischen Sitzungen abweichenden inhaltlichen Zielsetzung diese nicht ersetzen. **Vor dem Beginn einer sich anschließenden Richtlinientherapie nach § 15 sind mindestens zwei probatorische Sitzungen gemäß § 12 zu erbringen.**

Änderung in § 11a Absatz 6:

Der Konsiliarbericht oder eine unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung sind nicht obligatorisch zur Inanspruchnahme der **Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung** Psychotherapeutische Informationsgruppe.

Änderung in § 11a Absatz 7:

Die Gruppengröße umfasst mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen und Patienten; **die Regelungen in § 21 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis 5 gelten für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung nicht.**

Änderung in § 11 Abs. 7:

Sofern ein Therapeutenwechsel nach der Sprechstunde oder im Rahmen einer laufenden Therapie stattgefunden hat oder eine Patientin 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 § 27 entlassen wurde, können **die erforderliche Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung nach § 11a**, probatorische Sitzungen nach § 12 und **die Akutbehandlung nach § 13** ohne Sprechstunde beginnen.

Änderung in § 12 Abs. 3:

Vor einer Richtlinientherapie finden mindestens zwei und bis zu vier probatorische Sitzungen statt. Die probatorische Sitzung umfasst im Einzelsetting 50 Minuten und im Gruppensetting 100 Minuten. Probatorische Sitzungen **als im Gruppensettingbehandlung** können auch in Einheiten von 50 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden.

Änderung in § 21 Abs. 1 Nr. 2:

Gruppentherapie mit mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen und Patienten, sofern die Interaktion zwischen mehreren Patientinnen und Patienten therapeutisch förderlich ist und die gruppendynamischen Prozesse entsprechend genutzt werden sollen. **Die gemeinsame Durchführung der** Gruppentherapie kann **ab 6 Patientinnen oder Patienten gemeinsam** durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patientinnen oder Patienten (Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten) ~~ist ab 6 Patientinnen oder Patienten~~ durchgeführt werden. ~~ist ab 6 Patientinnen oder Patienten~~ **zulässig**. Bei gemeinsamer Durchführung der Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten ist eine Gruppengröße bis höchstens 14 Patientinnen oder Patienten zulässig. Eine Therapeutin oder ein Therapeut hat mindestens drei und maximal neun Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten in hauptverantwortlicher Behandlung; aus den Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten je Therapeutin oder Therapeut ergibt sich die Gruppengröße gemäß Absatz 1 Nummer 2 Satz 1. **Die hauptverantwortliche Behandlung umfasst neben der Gruppenbehandlung insbesondere die Tätigkeit als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner in allen Fragen zur Behandlung, die Durchführung der probatorischen Sitzungen, die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung und der Beantragung der Behandlung sowie die schriftliche Dokumentation.**

Änderung in § 22 Abs. 3

Bei Veränderung des bewilligten Behandlungssettings während einer laufenden Psychotherapie ist der Krankenkasse diese Änderung anzuzeigen, sofern das bewilligte Stundenkontingent im Rahmen der Änderung nicht überschritten wird. Abweichend von Satz 1 ist bei Änderung des Settings ~~im Rahmen~~ der Langzeittherapie in ~~eine~~ Einzeltherapie oder in eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag zu stellen.

Änderung in § 29 Nr. 3

3. Langzeittherapie mit einer Stundenzahl, die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Therapieverfahren in der Antragsbegründung entsprechend § 30 festzulegen ist (Antragsverfahren ~~mit Begutachtung~~); **zugleich muss bei Anträgen auf Einzeltherapie oder auf eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie das Gutachterverfahren eingeleitet werden.**

Änderung in § 43 Evaluation gemäß Beschluss vom 20. November 2020

Der G-BA überprüft innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Regelung in § 11a die Auswirkung der **Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung** ~~Psychotherapeutische Informationsgruppe~~ auf die Inanspruchnahme von Leistungen nach dieser Richtlinie sowohl im Einzel- als auch Gruppensetting.

Das Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel 6 dokumentiert.

4. Bürokratiekostenermittlung

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

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
23.11.2019		Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, hier § 92 Abs. 6a SGB V
01.04.2020	UA PT	Einrichtung einer AG Umsetzung § 92 Abs. 6a SGB V
28.07.2020	UA PT	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zur Änderung der PT-RL
29.09.2020	UA PT	Mündliche Anhörung, Würdigung der Stellungnahmen und abschließende Beratung
20.11.2020	Plenum	Beschlussfassung zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie
21.01.2021		Nichtbeanstandung des BMG
17.02.2021		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
18.02.2021		Inkrafttreten

Berlin, den 20. November 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6. Anhang: Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

6.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt wurde sowie Übersicht der fristgerecht eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen

Der Unterausschuss Psychotherapie hat in Delegation für das Plenum nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung (GO) und 1. Kapitel § 10 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) in seiner Sitzung am 28. Juli 2020 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V vor seiner Entscheidung über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie einzuleiten. Der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer wurde Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von vier Wochen zur beabsichtigten Änderung der Psychotherapie-Richtlinie Stellung zu nehmen. Die Stellungnahmefrist endete am 25. August 2020.

Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang und zur Anhörung sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V		
Bundesärztekammer (BÄK)	25.08.2020	Verzicht mündliche Anhörung
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	25.08.2020	

6.2 Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 28.07.2020

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Umsetzung § 92 Absatz 6a SGB V

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 (BAnz 17.04.2009 Nr. 58, S.1399), zuletzt geändert am 22. November 2019 (BAnz AT 23.01.2020 B4), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 werden nach den Wörtern „Sprechstunden nach § 11“ ein Komma und die Wörter „Psychotherapeutische Informationsgruppe nach § 11a“ eingefügt.
- b) In den Absätzen 2 und 3 werden jeweils die Wörter „zuletzt geändert am 1. April 2019 und in Kraft getreten am 15. April 2019“ durch die Wörter „zuletzt geändert am 27. Februar 2020 und in Kraft getreten am 1. Juli 2020“ ersetzt.
- c) Absatz 8 wird folgender neuer Absatz 9 angefügt:

„(9) Digitale Gesundheitsanwendungen i.S. des § 33a SGB V können im Rahmen der Durchführung von Leistungen dieser Richtlinie unterstützend zur Anwendung kommen. Die Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung gelten insoweit auch für die Anwendungen von digitalen Gesundheitsanwendungen.“

2. In § 11 wird in Absatz 5 Satz 2 und in Absatz 12 jeweils die Angabe „§§ 12, 13 und 15“ durch die Angabe „§§ 11a, 12, 13 und 15“ ersetzt.
3. Nach § 11 wird folgender § 11a eingefügt:

„§ 11a Psychotherapeutische Informationsgruppe

(1) Die Psychotherapeutische Informationsgruppe ist ein psychotherapeutisches Angebot in der Gruppe für Patientinnen oder Patienten, bei denen in der Psychotherapeutischen Sprechstunde eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie nach § 27 festgestellt wurde. In der Psychotherapeutische Informationsgruppe werden Informationen über die für die Gruppenmitglieder relevanten psychischen Störungen, über deren Entstehungsmöglichkeiten sowie über den Umgang mit entsprechenden Symptomen und psychischen Belastungen vermittelt und mögliche Fragen der Patientinnen und Patienten zu psychischen Erkrankungen und ihrer Behandlung insbesondere durch Gruppenpsychotherapie bearbeitet; hierbei soll insbesondere auf Therapieelemente einer Gruppenpsychotherapie eingegangen werden.

(2) Die Psychotherapeutische Informationsgruppe dient der Vermittlung und weiteren Vertiefung von grundlegenden Informationen über ambulante Psychotherapie auch mit dem Ziel, individuelle Hemmschwellen und Vorbehalte, insbesondere gegenüber Psychotherapie in Gruppen, abzubauen und die Motivation zur Teilnahme

an einer Gruppentherapie zu stärken. Dies setzt ein strukturierendes therapeutisches Vorgehen bei der Informationsvermittlung sowie in Bezug auf die Gruppeninteraktionen voraus, mit der Möglichkeit eines interaktiven Austauschs innerhalb der Gruppe. Eine Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung ist nicht vorgesehen. Die Psychotherapeutische Informationsgruppe dient der Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15 im Gruppensetting; die Entscheidung der Patientin oder des Patienten für ein Setting wird nicht vorweggenommen.

(3) Die Psychotherapeutische Informationsgruppe kann viermal im Krankheitsfall mit jeweils 100 Minuten Dauer (insgesamt bis zu 400 Minuten), auch in Einheiten von 50 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl, erbracht werden. Bei Kindern und Jugendlichen kann dies gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9 und zusätzlich mit bis zu 100 Minuten im Krankheitsfall mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden. Satz 3 gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.

(4) Die Psychotherapeutische Informationsgruppe ist keine Richtlinien-therapie und wird nicht auf die Therapiekontingente gemäß § 29 und § 30 angerechnet. Sie ist anzeige-, antrags- und genehmigungsfrei.

(5) Die Psychotherapeutische Informationsgruppe kann aufgrund ihrer von den probatorischen Sitzungen abweichenden inhaltlichen Zielsetzung diese nicht ersetzen.

(6) Der Konsiliarbericht oder eine unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung sind nicht obligatorisch zur Inanspruchnahme der Psychotherapeutischen Informationsgruppe.

(7) Die Gruppengröße umfasst mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen und Patienten.

4. § 12 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren“ die Wörter „sowie für die Anwendungsformen“ eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa. In Satz 1 werden die Wörter „von je 50 Minuten Dauer“ gestrichen.

bb. Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die probatorische Sitzung umfasst im Einzelsetting 50 Minuten und im Gruppensetting 100 Minuten. Probatorische Sitzungen als Gruppenbehandlung können auch in Einheiten von 50 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden.“

cc. Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

dd. In Satz 3 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa. Der bisherige Satz 1 wird durch die folgenden Sätze 1 bis 4 ersetzt:

„Probatorische Sitzungen finden im Einzelsetting statt, wenn sich eine Einzeltherapie anschließen soll. Sofern sich eine Gruppentherapie oder eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie gemäß § 21 anschließen soll, können probatorische Sitzungen auch im Gruppensetting stattfinden. Mindestens eine probatorische Sitzung muss im Einzelsetting stattfinden. Abweichend von Satz 3 müssen mindestens zwei probatorische

Sitzungen im Einzelsetting durchgeführt werden, wenn bei derselben Therapeutin oder bei demselben Therapeuten keine Psychotherapeutische Sprechstunde mit insgesamt mindestens 50 Minuten nach § 11 Absatz 7 durchgeführt wurde.“

bb. Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden Satz 5 und 6.

cc. In Satz 6 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.

d) Absatz 5 wird folgender neuer Absatz 6 angefügt:

„(6) Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden.“

5. § 21 Absatz 1 Nummer 2 werden nach Satz 1 folgende Sätze angefügt:

„Die gemeinsame Durchführung der Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patientinnen oder Patienten (Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten) ist ab 6 Patientinnen oder Patienten zulässig. Bei gemeinsamer Durchführung der Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten ist eine Gruppengröße bis höchstens 14 Patientinnen oder Patienten zulässig. Eine Therapeutin oder ein Therapeut hat mindestens drei und maximal neun Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten in hauptverantwortlicher Behandlung; aus den Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten je Therapeutin oder Therapeut ergibt sich die Gruppengröße gemäß Absatz 1 Nr. 2 Satz 1.“

6. § 22 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bei Veränderung des bewilligten Behandlungssettings während einer laufenden Psychotherapie ist der Krankenkasse diese Änderung anzuzeigen, sofern das bewilligte Stundenkontingent im Rahmen der Änderung nicht überschritten wird. Abweichend von Satz 1 ist bei Änderung des Settings in der Langzeittherapie in Einzeltherapie oder in eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag zu stellen.“

7. § 28 wird wie folgt geändert

a) Nach Absatz 6 wird folgender neuer Absatz 7 angefügt:

„(7) Gruppentherapie kann auch in Einheiten von 50 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden.“

b) Die bisherigen Absätze 7 und 8 werden die Absätze 8 und 9.

8. In § 29 Nummer 4 werden nach den Wörtern „zugleich muss“ die Wörter „bei Umwandlungsanträgen auf Einzeltherapie oder auf eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie“ eingefügt.

9. In § 30 wird Satz 3 gestrichen und der bisherige Satz 4 wird Satz 3.

10. In § 34 Absatz 4 werden die Wörter „zuletzt geändert am 1. April 2019 und in Kraft getreten am 15. April 2019“ durch die Wörter „zuletzt geändert am 27. Februar 2020 und in Kraft getreten am 1. Juli 2020“ ersetzt.

11. § 35 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird durch folgende Sätze 1 und 2 ersetzt:

„Bei Psychotherapie gemäß § 15 sind Anträge auf Langzeittherapie nach § 21 (1) Nr. 1 (Einzeltherapie) und nach § 22 (Kombinationsbehandlung), wenn die Kombinationsbehandlung überwiegend als Einzeltherapie erfolgt, im Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter zu begründen. Auf Anforderung der Krankenkasse gilt dies im Einzelfall auch für die übrigen Anwendungsformen nach § 21 und § 22 sowie für Kurzzeittherapie.“

- b) Die bisherigen Sätze 2 bis 6 werden Sätze 3 bis 7.
 - c) In Satz 3 werden die Wörter „zuletzt geändert am 1. April 2019 und in Kraft getreten am 15. April 2019“ durch die Wörter „zuletzt geändert am 27. Februar 2020; in Krafttreten am 1. Juli 2020“ ersetzt.
 - d) In Satz 3 werden nach dem Wort „Langzeittherapie“ die Wörter „als Einzeltherapie oder als eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie“ eingefügt.
12. In § 36 Absatz 3 Nummer 2 werden die Wörter „zuletzt geändert am 1. April 2019 und in Kraft getreten am 15. April 2019“ durch die Wörter „zuletzt geändert am 27. Februar 2020 und in Kraft getreten am 1. Juli 2020“ ersetzt.
13. In § 42 wird die Angabe „Absatz 2“ durch die Angabe „Absatz 1“ ersetzt.
14. Dem § 42 wird folgender § 43 angefügt:
- „§ 43 Evaluation gemäß Beschluss vom TT. Monat 2020
- Der G-BA überprüft innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Regelung in § 11a die Auswirkung der Psychotherapeutischen Informationsgruppe auf die Inanspruchnahme von Leistungen nach dieser Richtlinie sowohl im Einzel- als auch Gruppensetting.“

II. 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 G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6.3 Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 28.07.2020

Tragende Gründe



zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Umsetzung § 92 Abs. 6a SGB V (insbesondere Förderung der Gruppenpsychotherapie und Vereinfachungen im Gutachterverfahren)

Vom XX. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	3
2.1	Begründung der in der PT-RL vorgenommenen Änderungen.....	3
3.	Würdigung der Stellungnahmen.....	9
4.	Bürokratiekostenermittlung	9
5.	Verfahrensablauf	9
6.	Fazit.....	9

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V i. V. m. § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung.

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, das am 23. November 2019 in Kraft trat, hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in § 92 Absatz 6a SGB V ergänzend u. a. aufgegeben, in der Richtlinie nach § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und der weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens zu beschließen.

§ 92 Abs. 6a SGB V wurde wie folgt geändert (im Fettdruck hervorgehoben):

*„In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere 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 zu regeln; **der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b.** Die Richtlinien nach Satz 1 haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien **nach Satz 1** 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. **Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Ergänzung der Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und der weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens; für Gruppentherapien findet ab dem 23. November 2019 kein Gutachterverfahren mehr statt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.**“*

In der Begründung zu Absatz 6a wird ausgeführt:

„Die für die Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Absatz 6a Satz 1 vorgesehene Klarstellung wird dahingehend modifiziert, dass der G-BA Regelungen treffen kann, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren.

Um die psychotherapeutische Anschlussversorgung der Patientinnen und Patienten nach einer Krankenhausbehandlung sicherzustellen, können probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch im Krankenhaus durchgeführt werden. Dies bedeutet, die psychotherapeutische Versorgung kann bereits als ambulante Behandlung im Krankenhaus beginnen. Es handelt sich damit um eine besondere Form der aufsuchenden Versorgung, die

einen nahtlosen Übergang von der stationären in eine ambulante Versorgung gewährleistet. Auch wenn probatorische Sitzungen im Krankenhaus erbracht werden, werden diese hierdurch nicht zu Krankenhausleistungen. Es handelt sich vielmehr weiterhin um ambulante Leistungen, die auch entsprechend vergütet werden. Das Krankenhaus stellt lediglich die erforderlichen Räumlichkeiten für die Durchführung der probatorischen Leistungen zur Verfügung.

Um ambulante Psychotherapien in Form von Gruppentherapie, die derzeit nur in geringem Umfang durchgeführt werden, zu fördern, wird das Gutachterverfahren für Gruppentherapien aufgehoben. Nach Einführung eines einrichtungsübergreifenden sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens für die ambulante psychotherapeutische Versorgung wird der G-BA beauftragt, bestehende Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren in der Psychotherapie-Richtlinie aufzuheben.

Zudem wird die Fristvorgabe für den G-BA auf den 31. Dezember 2020 verlängert, um eine angemessene Beratungszeit zu gewährleisten.“

Außerdem ist am 19. Dezember 2019 das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) in Kraft getreten. Der Unterausschuss Psychotherapie hat sich dafür ausgesprochen, hierzu klarstellende Ergänzungen in die PT-RL aufzunehmen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Begründung der in der PT-RL vorgenommenen Änderungen

§ 1 Absatz 9 [neu]

Um dem „Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG)“ Rechnung zu tragen, wurde in § 1 ein neuer Absatz 9 aufgenommen. Gemäß § 33a SGB V haben Versicherte einen Leistungsanspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen wurden und entweder nach Verordnung der behandelnden Ärztin oder Psychotherapeutin oder des behandelnden Arztes oder Psychotherapeuten oder mit Genehmigung der Krankenkasse angewendet werden.

Als DiGA i.S.d. § 33a SGB V werden solche Medizinprodukte niedriger Risikoklasse definiert, „deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen“ (§ 33a Absatz 1 Satz 2 SGB V). Es dürfen nur solche DiGA zur Anwendung kommen, die durch das BfArM geprüft und in das neugeschaffene Verzeichnis nach § 139e SGB V aufgenommen wurden.

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben können DiGA die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen unterstützen, nicht jedoch die Durchführung einer Behandlung durch die Ärztin oder die Therapeutin oder den Arzt oder den Therapeuten ersetzen.

Bei der Verwendung von DiGA als unterstützendes Behandlungselement im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie ist mit besonderer Sorgfalt darauf zu achten, dass die jeweils eingesetzte DiGA:

- für die vorliegende psychische Symptomatik indiziert ist,
- mit den Zielen der jeweils angewandten Psychotherapieverfahren und -methoden kompatibel ist und
- für das jeweilige Setting (Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen nach Abschnitt B oder Psychosomatische Grundversorgung nach Abschnitt C) geeignet ist, d.h. differenziert nach Verwendungszweck (z.B. Diagnostik, add-on-Anwendung, Selbsthilfe-Anwendung) eingesetzt wird.

§ 11 Absätze 5 und 12

Die Psychotherapeutische Informationsgruppe gemäß § 11a PT-RL (neu) ist ein psychotherapeutisches Angebot einer Intervention in der Gruppe, das nach der Psychotherapeutischen Sprechstunde in Anspruch genommen werden kann. Die Psychotherapeutischen Sprechstunde muss nicht von der Therapeutin oder dem Therapeuten durchgeführt worden sein, die oder der anschließend die Psychotherapeutische Informationsgruppe durchführt.

§ 11a Psychotherapeutische Informationsgruppe [neu]

In § 92 Absatz 6a SGB V hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgegeben, bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Ergänzung der Psychotherapie-Richtlinie auch Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie zu beschließen. Zu diesem Zweck wurde eine neue Leistung, die Psychotherapeutische Informationsgruppe, in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen. Die Inhalte sind in einem neuen Paragraphen (§ 11a neu) beschrieben.

Die Psychotherapeutische Informationsgruppe ist ein psychotherapeutisches Angebot einer Intervention in der Gruppe, die nach der Psychotherapeutischen Sprechstunde in Anspruch genommen werden kann. Sie ist für Patientinnen oder Patienten vorgesehen, bei denen in der Psychotherapeutischen Sprechstunde eine Indikation für eine Richtlinien-therapie, insbesondere in der Gruppe festgestellt wurde, die jedoch noch Unsicherheiten oder Vorbehalte gegenüber einem solchen Behandlungsangebot haben. Es ist nicht erforderlich, dass die Psychotherapeutische Informationsgruppe von derselben Therapeutin oder von demselben Therapeuten, die oder der die Sprechstunde durchgeführt hat, erbracht wird; dies gilt entsprechend für eine sich an die Psychotherapeutische Informationsgruppe anschließende psychotherapeutische Behandlung.

Bei diesem niedrigschwelligen psychotherapeutischen Gruppenangebot steht die Vermittlung von grundlegenden Informationen über ambulante Psychotherapie (z. B. Verfahren der Psychotherapie, Indikationen, Chancen und Nutzen von Gruppenpsychotherapien) sowie die Informationsvermittlung über die psychischen Störungen der Gruppenmitglieder im Fokus, insbesondere mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten mit Vorbehalten und Unsicherheiten gegenüber Psychotherapie in Gruppen die Möglichkeit zu geben, sich u. a. über Arbeitsweise und Wirkmechanismen einer Gruppentherapie sowie Rollen von Patientinnen und Patienten in einer Gruppe zu informieren, ohne dass eine aktive Beteiligung vorausgesetzt wird.

Andererseits besteht im Rahmen der anleitenden Informationsvermittlung zum Umgang mit der eigenen Erkrankung und bei gegebener Notwendigkeit die Möglichkeit zu

syndrombezogenen psychotherapeutischen Interventionen durch die Therapeutin oder den Therapeuten sowie bei Bedarf auch die Möglichkeit eines interaktiven Austausches in der Gruppe. Die Psychotherapeutische Informationsgruppe strebt durch das Schaffen eines Verständnisses der eigenen psychischen Erkrankung an Ressourcen zu stärken, gesundheitsförderndes Verhalten zu fördern und die Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten zu unterstützen.

Für diese neue Leistung gelten die Vorgaben zu den fachlichen Voraussetzungen zur Erbringung von Gruppenpsychotherapie der Psychotherapie-Vereinbarung.

Ein schneller und unbürokratischer Zugang zu der neuen Leistung wird dadurch ermöglicht, dass die Teilnahme an der Psychotherapeutische Informationsgruppe anzeige-, antrags- und genehmigungsfrei ist und dadurch, dass ein Konsiliarbericht nach § 32 zur Inanspruchnahme nicht obligatorisch ist.

§ 12 Probatorische Sitzungen, Absätze 1, 3, 4 und 6 [neu]

Absätze 1, 3 und 4: Die probatorischen Sitzungen sollen auch der Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für eine bestimmte Anwendungsform dienen. Patientinnen und Patienten erhalten durch die Einführung probatorischer Sitzungen im Gruppensetting die Möglichkeit, die Arbeit in einer Gruppe und die Tragfähigkeit der therapeutischen Arbeitsbeziehung im Gruppensetting kennen zu lernen. Hierdurch soll insbesondere eine Verbesserung des Zugangs zur Einleitung von Gruppenpsychotherapie im Sinne von § 21 Absatz 1 Nummer 2 dieser Richtlinie erreicht werden. Mindestens eine probatorische Sitzung muss im Einzelsetting durchgeführt werden, wenn zuvor eine Psychotherapeutische Sprechstunde bei derselben Therapeutin oder bei demselben Therapeuten stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, beispielsweise bei Vermittlung aus vorheriger stationärer Behandlung oder bei Inanspruchnahme der Psychotherapeutischen Sprechstunde bei einer anderen Therapeutin oder einem anderen Therapeuten, müssen mindestens zwei probatorische Sitzungen im Einzelsetting stattfinden. Dieser Umfang ist erforderlich, um vor Beginn einer Richtlinien-therapie eine möglichst umfassende diagnostische Klärung der psychischen Symptomatik vorzunehmen, um die Motivation, die Kooperations- und Beziehungsfähigkeit und die Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren und Behandlungssetting zu prüfen sowie um eine Einschätzung der Prognose und eine Einschätzung, ob eine tragfähige therapeutische Arbeitsbeziehung möglich ist, vorzunehmen. Diese Klärungsprozesse benötigen ausreichend Zeit und lassen sich in dem für verfahrensspezifische Diagnostik und Indikationsstellung notwendigen Umfang nur im Rahmen eines geschützten Einzelkontaktes zur Therapeutin oder zum Therapeuten realisieren. Die Durchführung von probatorischen Sitzungen sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting ist nicht an eine bestimmte Reihenfolge gebunden. Therapeutinnen und Therapeuten können in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten die Einzelsitzungen daher auch zur Vor- oder Nachbereitung einer probatorischen Gruppensitzung nutzen.

Absatz 6: Die in § 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V neu aufgenommene Regelung, dass erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden können, sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, wurde in der Psychotherapie-Richtlinie nun umgesetzt. Liegt bereits eine Diagnose nach § 27 dieser Richtlinie vor, können die probatorischen Sitzungen durch Vertragsärztinnen, Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen oder Vertragspsychotherapeuten auch im Krankenhaus durchgeführt werden. Sie stellen jedoch keine Krankenhausleistungen dar; sie werden nicht durch Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des

Krankenhauses erbracht. Da es sich um ambulante Leistungen der Psychotherapie handelt, finden die Regelungen zu den probatorischen Sitzungen dieser Richtlinie entsprechend Anwendung. Eine Verpflichtung des Krankenhauses zur Bereitstellung der zur Umsetzung erforderlichen Räumlichkeiten für die Durchführung der probatorischen Leistungen folgt aus der Richtlinienregelung nicht.

§ 21 Anwendungsformen, Nr. 2

Als weitere Maßnahme zur Förderung der Gruppenpsychotherapie ermöglicht die neu geschaffene Regelung zukünftig auch eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung durch zwei Therapeutinnen und Therapeuten. Hiermit sollen sowohl inhaltliche als auch organisatorische Hürden überwunden werden.

Die neue Regelung soll dazu dienen, inhaltliche Hemmnisse, Gruppenpsychotherapien zu erbringen, abzubauen. Neben dem, im Vergleich zur Einzeltherapie, erhöhten organisatorischen Aufwand stellen Gruppenpsychotherapien einerseits eine hohe therapeutische Anforderung und andererseits eine Bereicherung dar. Die Erbringung von Gruppenpsychotherapie durch zwei Therapeutinnen und Therapeuten führt zu Effekten, die die Gruppenentwicklung und somit den therapeutischen Prozess fördern und gleichzeitig die Therapeutinnen und Therapeuten ermutigen, Gruppentherapie anzubieten. Die neue Regelung erleichtert die Prozessmoderation und die Steuerung der Interaktion der Gruppenmitglieder. Sie bietet in kritischen Situationen eine gegenseitige Unterstützung der Therapeutinnen und Therapeuten und bedeutet somit mehr Sicherheit, diese zu bewältigen.

Neben dem v. g. bestehen auch organisatorische Gründe, die einen stärkeren Einsatz der Gruppentherapie behindern; so dient diese Regelung der Erreichung der erforderlichen Gruppengrößen und der Förderung der Kooperation zwischen Therapeutinnen und Therapeuten und wirkt auf eine Förderung der Gruppenpsychotherapie, die ggf. auch praxisübergreifend organisiert werden kann, hin. Patientinnen und Patienten stehen dabei zwei verschiedene Therapeutinnen und Therapeuten als Modell zur Verfügung, die im Sinne der Entwicklung der gruppenspezifischen Prozesse förderlich sein können. Der intensivierte fachliche Austausch zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten kann den Therapieprozess befördern, beispielsweise durch Rückmeldungen aus der jeweils anderen Perspektive.

Im Falle einer Zusammenarbeit wird, insbesondere vor dem Hintergrund berufsrechtlicher Verpflichtungen, für die betreffende Patientin oder den betreffenden Patienten nachvollziehbar und transparent festgelegt, welcher der beiden beteiligten Therapeutinnen oder Therapeuten die oder der hauptverantwortlich für die Behandlung zuständige Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Rahmen der Durchführung der Gruppenpsychotherapie ist. Diese Therapeutin oder dieser Therapeut ist auch für die schriftliche Dokumentation nach § 38 dieser Richtlinie ihrer oder seiner jeweils zugeordneten Patientinnen und Patienten verantwortlich und unterstützt sie bei der Beantragung von Leistungen bei der Krankenkasse.

Die Mindestanzahl von Patientinnen und Patienten in einer durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten durchgeführten Gruppe wird im Sinne der Förderung von gruppenspezifischen Prozessen auf sechs Patientinnen und Patienten festgelegt. Bei gemeinsamer Durchführung können bis zu 14 Patientinnen und Patienten an der Gruppe teilnehmen, da im Falle einer Zusammenarbeit davon ausgegangen werden kann, dass jede Patientin oder jeder Patient durch mindestens eine Therapeutin oder einen Therapeuten ausreichend wahrgenommen werden kann. Jede Therapeutin oder jeder Therapeut ist hierbei Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für jeweils mindestens drei und maximal neun Patientinnen oder Patienten.

Zu der hauptverantwortlichen Tätigkeit gehört auch die Prüfung, ob die Durchführung von Gruppenpsychotherapien mit mehr als neun Patientinnen und Patienten unter besonderer Beachtung des jeweiligen Krankheitsgeschehens, der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten stattfinden kann, um bei den Patientinnen und Patienten ein Überforderungserleben oder unerwünschte Effekte durch die Gruppenpsychotherapie zu vermeiden. Die hauptverantwortliche Behandlung umfasst neben der Gruppenbehandlung insbesondere die Tätigkeit als Ansprechpartner in allen Fragen zur Behandlung, die Durchführung der probatorischen Sitzungen, die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung und der Beantragung der Behandlung, die schriftliche Dokumentation und ggf. die Durchführung von Einzelbehandlung.

Die relevante Gruppengröße ergibt sich je Therapeutin oder je Therapeut aus den Bezugspatientinnen und Bezugspatienten. Bei einer Behandlung von sechs Patientinnen oder Patienten durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten ergibt sich also eine Gruppengröße von drei Patientinnen oder Patienten je Therapeutin oder Therapeut. Bei einer größeren Anzahl an Patientinnen und Patienten ist es nicht erforderlich, dass diese in gleichem Ausmaße den beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten zugeordnet werden; jedoch ist die Mindestzahl von drei Bezugspatientinnen und -patienten und die Höchstzahl von neun Bezugspatientinnen und -patienten für eine Therapeutin oder einen Therapeuten zu beachten.

Bei einer gruppenpsychotherapeutischen Behandlung durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten müssen beide die Vorgaben zu den fachlichen Voraussetzungen für Gruppenpsychotherapie der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllen.

§ 22 Kombination von Anwendungsformen, Absatz 3

Der gesetzliche Auftrag zur Vereinfachung des Gutachterverfahrens wird wie folgt umgesetzt: Anträge auf Gruppenpsychotherapie oder Anträge auf eine Kombination aus überwiegend durchgeführter Gruppenpsychotherapie mit Einzelpsychotherapie, d.h. mit mehr als der Hälfte der beantragten Therapieeinheiten im Gruppensetting, unterliegen nun auch im Rahmen einer Langzeittherapie nicht mehr der regelmäßigen Begutachtung. Die verpflichtende Begutachtung für Anträge auf Einzelpsychotherapie oder für Anträge auf Kombination aus überwiegend durchgeführter Einzelpsychotherapie mit Gruppenpsychotherapie, jeweils im Rahmen einer Langzeittherapie, bleibt erhalten. Im Sinne der Förderung der Gruppenpsychotherapie wird hierdurch eine Häufung von zeitgleichen Begutachtungsprozessen, beispielweise bei Neueinrichtung einer Gruppe, vermieden, die seitens der Therapeutinnen und Therapeuten als eine Hürde bei der Planung und Etablierung von Psychotherapie-Gruppen erachtet werden. Folglich werden solche Psychotherapien im Rahmen eines vereinfachten Beantragungsprocedures gefördert, die ausschließlich oder überwiegend in der Gruppenpsychotherapie durchgeführt werden. Berufsrechtliche Verpflichtungen und Bestimmungen zur schriftlichen Dokumentation bleiben hiervon unberührt.

Hinsichtlich der Änderungen in § 22, § 29, § 30 und § 35 wird zudem klargestellt, dass durch die Krankenkasse eine Begutachtung in Einzelfällen auch in der Gruppenpsychotherapie oder in der Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie (in beiden Varianten) verlangt werden kann. Dies ist insbesondere durch § 12 SGB V i. V. m. § 92 Absatz 6a Satz 5 SGB V sachgerecht, denn insbesondere die Kontinuität der Begutachtungen im Therapieverlauf durch Gutachterinnen und Gutachter nach § 35 dieser Richtlinie bleibt damit erhalten. Entsprechend ist eine Vereinfachung bei der Gruppentherapie angestrebt, indem die generelle Prüfpflicht der Gesetzlichen Krankenkassen ausgesetzt wird. Im Sinne des Gesetzgebers wurden die Regelungen der Richtlinie nun entsprechend ausgeweitet, indem

auch die Kombinationsbehandlung mit einer überwiegender Gruppentherapie nicht mehr der generellen Gutachterpflicht unterworfen wurden. Die Möglichkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung in Einzelfällen bleibt jedoch erhalten.

Damit besteht weiterhin die Verpflichtung der Krankenkasse, ein Gutachten einzuholen, wenn die Fortführung einer Langzeittherapie ansonsten abgelehnt würde.

§ 28 Behandlungsumfang und -begrenzung, Absatz 7 [neu]

Die Dauer einer Gruppenpsychotherapie kann in Abhängigkeit von den angewandten Verfahren und Methoden, der Gruppengröße sowie der behandelten Anwendungsbereiche variieren. Die Gruppenpsychotherapie kann daher in allen Verfahren auch in Einheiten von 50 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden und erlaubt eine flexiblere Gestaltung des therapeutischen Prozesses. Falls erforderlich kann hierdurch Überforderungserleben bei Patientinnen und Patienten reduziert werden. Eine mit 50 Minuten durchgeführte Gruppensitzung gilt entsprechend als eine halbe Therapieeinheit im Sinne der Psychotherapie-Vereinbarung.

§ 29 Therapieansätze in den Verfahren nach § 15, Nr. 4

Die Regelungen zur Vereinfachung des Gutachterverfahrens werden in § 29 als zusätzliche Änderung spezifisch für die Umwandlungsanträge dargestellt bzw. angepasst (vgl. die Hinweise zu § 22).

§ 30 Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15, Satz 3

Die Regelung zur Begründungspflicht bei Einholung einer Begutachtung bei Fortführungsanträgen ist obsolet, da durch die Spezifizierung der Gutachterpflicht vor dem Hintergrund von § 12 SGB V eine Prüfungsmöglichkeit durch die Krankenkassen unabhängig von der Art des Antrags gegeben ist; sie wird daher gestrichen.

§ 35 Gutachterverfahren

Die Regelungen zur Vereinfachung des Gutachterverfahrens werden in § 35 als Folgeänderung allgemein für alle Anträge dargestellt bzw. angepasst (vgl. die Hinweise zu § 22).

Verweise auf die Psychotherapie-Vereinbarung

Die Verweise in der Psychotherapie-Richtlinie auf die Psychotherapie-Vereinbarung werden aufgrund der geänderten Fassung der Psychotherapie-Vereinbarung vom 27. Februar 2020, in Kraft getreten am 1. Juli 2020, angepasst.

§ 42 Evaluation gemäß Beschluss vom 16. Juni 2016

Bei der Beschlussfassung zur Systemischen Therapie am 22. November 2019 wurden die einzeln in der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Evaluationen in einem neuen Abschnitt „J. Evaluation“ zusammengefasst. Dabei ist in § 42 Absatz 3 ein redaktioneller Fehler aufgetreten: statt eines Verweises § 21 Absatz 1 wurde versehentlich auf § 21 Absatz 2 verwiesen. Da jedoch die Gruppengröße in § 21 Absatz 1 behandelt wird, bedarf es einer Korrektur.

§ 43 (neu) Evaluation der psychotherapeutischen Informationsgruppe

Für die Evaluation der Psychotherapeutischen Informationsgruppe wird ein neuer § 43 eingeführt.

3. Würdigung der Stellungnahmen

[...]

4. Bürokratiekostenermittlung

[...]

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
23.11.2019		Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, hier § 92 Abs. 6a SGB V
01.04.2020	UA PT	Einrichtung einer AG Umsetzung § 92 Abs. 6a SGB V
28.07.2020	UA PT	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zur Änderung der PT-RL
TT.MM.2020	UA PT	Mündliche Anhörung, Würdigung der Stellungnahmen und abschließende Beratung
TT.MM.2020	Plenum	Beschlussfassung zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie
TT.MM.2020		Nichtbeanstandung des BMG
TT.MM.2020		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.2020		Inkrafttreten

6. Fazit

[...]

Berlin, den XX. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6.4 Eingegangene schriftliche Stellungnahmen



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL): Umsetzung der Regelungen
zu § 92 Abs. 6a SGB V

Berlin, 25.08.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 28.07.2020 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zu der vorgesehenen Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Umsetzung der Regelungen zu § 92 Abs. 6a SGB V (Änderung der PT-RL gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V i. V. m. § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V) aufgefordert.

Hintergrund

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, das am 23.11.2019 in Kraft trat, hat der Gesetzgeber dem G-BA in § 92 Absatz 6a SGB V ergänzend unter anderem aufgegeben, in der Richtlinie nach § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V bis zum 31.12.2020 Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und der weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens zu beschließen.

Der konsentierter Beschlussentwurf sieht im Wesentlichen die folgenden Änderungen vor:

- Es wird eine neue anzeige-, antrags- und genehmigungsfreie Leistung in Form einer „Psychotherapeutischen Informationsgruppe“ eingeführt. Diese soll ein niedrigschwelliges Angebot für Patientinnen und Patienten darstellen, bei denen in der Psychotherapeutischen Sprechstunde eine Indikation für eine Richtlinien-therapie, insbesondere in der Gruppe, festgestellt wurde, die jedoch noch Unsicherheiten oder Vorbehalte gegenüber einem solchen Behandlungsangebot haben. Die Vermittlung von grundlegenden Informationen über ambulante Psychotherapie und psychische Störungen soll hier im Fokus stehen. Bei dieser Leistung handelt es sich explizit nicht um eine Richtlinien-therapie und sie wird somit nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.
- Probatorische Sitzungen sollen zum Teil auch im Gruppensetting durchgeführt werden können.
- Aus sowohl inhaltlichen als auch organisatorischen Gründen soll eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung auch durch zwei Therapeutinnen und Therapeuten ermöglicht werden. Unter anderem vor dem Hintergrund berufsrechtlicher Pflichten wird festgelegt, welcher der beiden beteiligten Therapeutinnen oder Therapeuten hauptverantwortlich für die Behandlung der jeweiligen Patientinnen bzw. Patienten ist.
- Das Gutachterverfahren wird vereinfacht: Anträge auf Gruppenpsychotherapie oder Anträge auf eine Kombination aus überwiegend durchgeführter Gruppenpsychotherapie mit Einzelpsychotherapie unterliegen nun auch im Rahmen einer Langzeittherapie nicht mehr der regelmäßigen Begutachtung.
- Zusätzlich wird dem Digitale-Versorgung-Gesetz Rechnung getragen, indem die unterstützende Anwendung von digitalen Gesundheitsanwendungen unter bestimmten Voraussetzungen im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung in der PT-RL verankert werden soll.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich den Beschlussentwurf zur Änderung der PT-RL als effektives Maßnahmenpaket zur Förderung der Gruppentherapie und der Vereinfachung des Gutachterverfahrens. Zu einzelnen Aspekten nimmt sie wie folgt Stellung:

Digitale Gesundheitsanwendungen

Die in § 1 Abs. 9 neu eingeführte unterstützende Anwendung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) unter bestimmten Voraussetzungen im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung in der PT-RL wird befürwortet. Die Bundesärztekammer sieht es positiv, dass Ärztinnen und Ärzte im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung über den Einsatz von DiGAs entscheiden können. Gleichwohl weist sie aber darauf hin, dass sich in dem DiGA-Verzeichnis auch Anwendungen befinden, die noch keine positiven Versorgungsaspekte nachweisen konnten und die zwölfmonatige Frist des Fast-Track-Verfahrens zum Nachreichen von Evidenz nutzen. Dies fällt umso stärker ins Gewicht, als dass noch nicht geregelt ist, welche Informationen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu einzelnen digitalen Anwendungen über das DiGA-Verzeichnis erhalten, und ob aus den Informationen die Studienlage zur digitalen Anwendung erkennbar ist. So könnten Ärzte Gefahr laufen, ihren Patientinnen und Patienten DiGAs mit unklarem Nutzen/Risiko-Verhältnis zu verschreiben. In der Stellungnahme zum Digitale-Versorgung-Gesetz hatte die Bundesärztekammer bereits darauf hingewiesen, dass ohne einen evidenzbasierten Nutznachweis eine Fehlallokation von Beitragsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung möglich ist. Zusätzlich sieht es die Bundesärztekammer als kritisch an, dass DiGAs auch ohne eine Verordnung durch die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte nur durch die Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse möglich sein soll. Im Interesse der Patientensicherheit müssen DiGAs ausschließlich auf ärztliche Verordnung oder einer Verordnung von befugten nicht-ärztlichen Psychotherapeuten im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung Anwendung finden.

Die Bundesärztekammer empfiehlt daher die Trennung von Behandlung und Versicherung in der PT-RL zu verankern, indem festgelegt wird, dass DiGAs ausschließlich auf Verordnung durch die behandelnden Ärzte oder nicht-ärztlichen Psychotherapeuten unterstützend eingesetzt werden können. Zusätzlich sollte eine Aufnahme nur jener DiGAs in die PT-RL erfolgen, deren Evidenz belegt und für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte transparent dargestellt wird.

Psychotherapeutische Informationsgruppe

Die Einführung einer Psychotherapeutischen Informationsgruppe gemäß § 11a begrüßt die Bundesärztekammer als sinnvolle niedrigschwellige Ergänzung der psychotherapeutischen Gruppenangebote.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte jedoch die Zuweisung zur psychotherapeutischen Informationsgruppe auch nach stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder rehabilitativer Behandlung nach § 40 Abs. 1 oder 2 SGB V zulässig sein. Grundsätzlich sollte nicht nur die Adhärenz zu indizierten ambulanten Psychotherapieverfahren als nachhaltige Komplettierung einer stationär eingeleiteten psychotherapeutischen Behandlung gefördert werden, sondern insbesondere auch die zeitnahe Aufnahme einer solchen Behandlung nach der Entlassung.

Dazu sollte § 11 Abs. 7 wie folgt ergänzt werden:

Sofern ein Therapeutenwechsel nach der Sprechstunde oder im Rahmen einer laufenden Therapie stattgefunden hat oder eine Patientin 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 § 27 entlassen wurde, können erforderliche **psychotherapeutische Informationsgruppen nach § 11a**, probatorische Sitzungen nach § 12 und Akutbehandlung nach § 13 ohne Sprechstunde beginnen.

Durchführung von Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten

Die Bundesärztekammer befürwortet die Ermöglichung einer gruppenpsychotherapeutischen Behandlung durch zwei Therapeutinnen und Therapeuten gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 als Maßnahme zur Förderung der Gruppenpsychotherapie. Sie weist jedoch darauf hin, dass die Begriffe der „Bezugspatientinnen“ und „Bezugspatienten“ nicht klar definiert sind. Aus dem Richtlinienentwurf des Beschlusses erschließt sich nicht, wie die Festlegung konkret ausgestaltet werden soll und welche Konsequenzen sich hieraus ergeben.

Die Bundesärztekammer regt daher die Aufnahme konkreter Definitionen der o. g. Begrifflichkeiten in den Richtlinienentwurf an.

Stellungnahme

**Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Umsetzung § 92 Absatz 6a SGB V**

25.08.2020

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	3
Zu I. 1. c) – Digitale Gesundheitsanwendungen i. S. des § 33a SGB V (§ 1 Absatz 9)	4
Zu I. 3. – Psychotherapeutische Informationsgruppe (§ 11a).....	4
Zu I. 4. a) bis c) Probatorische Sitzungen (§ 12 Absätze 1, 3 und 4)	9
Zu I. 4. d) Probatorische Sitzungen im Krankenhaus (§ 12 Absatz 6 neu)	14
Zu I. 5. Gruppentherapie durch zwei Therapeut*innen (§ 21 Absatz 1 Nummer 2)	16
Zu I. 6./8. 11. Vereinfachung Gutachterverfahren bei Gruppenpsychotherapie (§ 22 Absatz 3; § 29 Nummer 4; § 35).....	19
Zu I. 7. Behandlungsumfang und -begrenzungen (§ 28 Absatz 7 neu)	20
Literatur	22

Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Beschlussentwurf beabsichtigt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), den gesetzlichen Auftrag in § 92 Absatz 6a SGB V aus dem Psychotherapeutenreformgesetz vom 23. November 2019 umzusetzen. Darin hat der Gesetzgeber dem G-BA aufgegeben, Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und zur weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens zu beschließen. Zugleich hat der Gesetzgeber geregelt, dass ab dem 23. November 2019 für Gruppentherapie kein Gutachterverfahren mehr stattfindet. In § 92 Absatz 1 Satz 2 (neu) hat der Gesetzgeber darüber hinaus geregelt, dass erforderliche probatorische Sitzungen für den Fall, dass sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden können. Das Nähere hierzu hat der G-BA in der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) und in der neuen Richtlinie nach § 92 Absatz 6b zu regeln.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt, dass insbesondere der gesetzliche Auftrag zur weiteren Förderung der Gruppenpsychotherapie mit diesem Beschlussentwurf durch eine Reihe von Maßnahmen und Änderungen in der Psychotherapie-Richtlinie fristgerecht umgesetzt werden soll. Die vorgeschlagenen Änderungen zielen dabei aus Sicht der BPTK in die richtige Richtung, um die indikationsgerechte Anwendung der Gruppenpsychotherapie in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der Regelungsmöglichkeiten des G-BA zu befördern. Im Detail schlägt die BPTK hierzu einzelne Änderungen vor, um diesem Anliegen noch stärker Rechnung zu tragen.

Vor dem Hintergrund des bestehenden gesetzlichen Auftrags, sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald der G-BA ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat, erscheint es aus Sicht der BPTK sachgerecht, dass der Auftrag zur weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens durch Regelungsänderungen umgesetzt wird, die sich auf das Aussetzen des Gutachterverfahrens bei der Anwendung der Gruppenpsychotherapie im Rahmen der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie beziehen.

Dagegen greift die Umsetzung der gesetzlichen Regelung zur Durchführung von probatorischen Sitzungen während der stationären Behandlung auch in den Räumen des Krankenhauses aus Sicht der BPTK deutlich zu kurz.

Im Folgenden nimmt die BPTK zu den konkreten Vorschlägen im Beschlussentwurf zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie im Einzelnen Stellung.

Zu I. 1. c) – Digitale Gesundheitsanwendungen i. S. des § 33a SGB V (§ 1 Absatz 9)

Mit der Einfügung eines neuen Absatzes 9 in § 1 wird geregelt, dass digitale Gesundheitsanwendungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung gemäß Psychotherapie-Richtlinie unterstützend zur Anwendung kommen können. Diese Regelung soll grundsätzlich für alle Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie gelten. Die Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung sollen insoweit auch für die Anwendung von digitalen Gesundheitsanwendungen gelten.

Die BPTK begrüßt die Aufnahme von digitalen Gesundheitsanwendungen in die Psychotherapie-Richtlinie, da mit ihrem Einsatz Chancen für eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung verbunden sind. Um digitale Gesundheitsanwendungen einzusetzen, ohne die Patientensicherheit zu gefährden, ist es von zentraler Bedeutung, dass sie im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung eingesetzt werden. Diese Anforderung wird durch die vorliegende Regelung in § 1 Absatz 9 PT-RL, die auf eine die psychotherapeutische Behandlung unterstützende Anwendung der digitalen Gesundheitsanwendungen abzielt, angemessen abgebildet.

Zu I. 3. – Psychotherapeutische Informationsgruppe (§ 11a)

Zur weiteren Förderung der Gruppenpsychotherapie sieht der Beschlussentwurf vor, mit der psychotherapeutischen Informationsgruppe eine neue Leistung in die Psychotherapie-Richtlinie einzuführen, um die Nutzung der Gruppenpsychotherapie in der ambulanten Versorgung weiter zu fördern. Diese Gruppe ist für Patient*innen vorgesehen, bei denen in der psychotherapeutischen Sprechstunde eine psychische Erkrankung aus dem Spektrum der Anwendungsbereiche der Psychotherapie nach § 27 PT-RL diagnostiziert und eine Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie, insbesondere im Gruppensetting, gestellt wurde. Im Fokus sollen dabei insbesondere Patient*innen stehen, die noch unsicher sind oder Vorbehalte haben gegenüber einem gruppenpsychotherapeutischen Angebot. Der Teil der Informationsvermittlung in diesen Gruppen soll dabei auch dem Ziel dienen, individuelle Hemmschwellen und Vorbehalte gegen Gruppenpsychotherapie abzubauen und die Motivation für Gruppenpsychotherapie zu fördern.

Die BPTK begrüßt, dass mit dieser Leistung ein Angebot geschaffen werden soll, das für Patient*innen den Zugang zur Gruppenpsychotherapie in der Versorgung noch niederschwelliger gestaltet, die Möglichkeit bietet, bei Patient*innen mit einer Indikation für eine Gruppenpsychotherapie auf individuell bestehende Informationsbedarfe zur Gruppenpsychotherapie einzugehen, die Motivation zur Gruppenpsychotherapie zu fördern

und die individuellen Behandlungsbedarfe der Gruppenmitglieder im gruppenpsychotherapeutischen Setting zu adressieren. Zu Recht wird bereits in Absatz 1 deutlich gemacht, dass in diesem Zusammenhang die Vermittlung von Informationen über die für die Gruppenmitglieder relevanten psychischen Störungen, deren Entstehungsbedingungen (und aufrechterhaltende Faktoren) und den Umgang mit entsprechenden Symptomen und psychischen Belastungen zentraler Gegenstand dieses Gruppenangebots sein sollen. Dies macht deutlich, dass für dieses Gruppenangebot in der Regel eine thematische Fokussierung erforderlich ist und eine zu starke Heterogenität der Gruppenzusammensetzung hinsichtlich der vorliegenden Erkrankungen und individuellen Problemstellungen zu vermeiden ist. Diese Fokussierung ist erforderlich, um die relevanten Inhalte unter Nutzung von gruppenpsychotherapeutischen Methoden und Therapieelementen effektiv zu vermitteln und entsprechende psychotherapeutische Interventionen zur Verbesserung des Krankheitsverständnisses, zur Stärkung der Bewältigungsressourcen und zur Reduktion psychischer Belastungen durchzuführen. Für die Patient*innen sollten dabei die besonderen gruppenpsychotherapeutischen Therapieelemente und die spezifische Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie in der Behandlung ihrer psychischen Erkrankung und der Bearbeitung der individuellen psychischen und interaktionellen Problemen unmittelbar erfahrbar werden. In diesem Sinne sollte in Absatz 1 die Anwendung der Therapieelemente der Gruppenpsychotherapie gegenüber der reinen Informationsvermittlung über das Vorgehen bei der gruppenpsychotherapeutischen Behandlung psychischer Erkrankungen noch stärker betont werden. Dies sollte auch bereits in der Bezeichnung des Gruppenangebots für Patient*innen und Zuweiser*innen deutlich werden. Die BPTK schlägt daher vor, dieses Gruppenangebot als Psychotherapeutische Basisgruppe zu bezeichnen. Hierdurch wird für den angesprochenen Personenkreis besser deutlich, dass in dieser Gruppe bereits eine fokussierte, zeitlich begrenzte psychotherapeutische Behandlung stattfindet. Dabei sollte den anbietenden Psychotherapeut*innen auch die Möglichkeit gegeben werden, den thematischen Fokus dieser Basisgruppe auszuweisen, um eine gezielte Zuweisung zu diesem Angebot zu ermöglichen. Hierfür bieten sich störungs- und problembezogene Fokussierungen an (z. B. zu Depression, Angststörungen, Stressbewältigung, sozialen und emotionalen Kompetenzen), aber auch Angebote für spezifische Gruppen (z. B. ältere Patient*innen mit psychischen Erkrankungen) oder Fokussierungen auf spezifische Beziehungsaspekte (z. B. nach dem Konzept der „Focused Brief Group Therapy“ nach Whittingham, 2015). Für entsprechende störungs- und themenfokussierte gruppenpsychotherapeutische Angebote liegt sowohl aus dem ambulanten als auch aus dem stationären Setting hinreichend Studienevidenz vor (für eine Übersicht siehe hierzu auch Strauß et al., 2016 und 2020). Durch die Bezeichnung „Basisgruppe“ wird zugleich deutlich, dass sich hieran bei Bedarf eine intensivere gruppenpsychotherapeutische Be-

handlung anschließen kann. Für Patient*innen können hierdurch Hemmschwellen abgebaut werden, da die zeitliche Begrenzung des Gruppenangebots die Entscheidung für eine Teilnahme erleichtern kann und zugleich der inhaltliche Fokus des Angebots und dessen Relevanz für die eigene Problematik deutlich wird. Patient*innen kann in diesem Zusammenhang insbesondere in der psychotherapeutischen Sprechstunde besser vermittelt werden, inwieweit sie vor dem Hintergrund ihrer psychischen Erkrankungen und Probleme von einem solchen Gruppenangebot profitieren könnten, und motiviert werden, dieses in Anspruch zu nehmen.

Demgegenüber bleibt die gegenwärtige Zweckbeschreibung in Absatz 2 für dieses Gruppenangebot hinter einem solchen komplexeren, zielgerichteteren Anspruch noch deutlich zurück. Die grundlegende Information über ambulante Psychotherapie in den verschiedenen Settings ist bereits Gegenstand der Leistung der psychotherapeutischen Sprechstunde. Eine weitere Vertiefung dieser Informationen sollte in diesem Gruppenangebot anwendungsbezogen und unter Berücksichtigung der individuellen Informationsbedarfe, der motivationalen Ausgangslagen und insbesondere der spezifischen psychischen Erkrankungen und Belastungen erfolgen. Eine fokussierte, inhaltlich beschränkte Bearbeitung von ätiopathogenetischen Einflussfaktoren sollte dabei gerade auch Teil dieses Gruppenangebots sein. Eine umfassende Bearbeitung der ätiopathogenetischen Einflussfaktoren kann dagegen in dieser Gruppe nicht geleistet werden. Dies bleibt einer sich ggf. anschließenden Richtlinienpsychotherapie vorbehalten. Da die Psychotherapeutische Basisgruppe mit ihrer thematischen Fokussierung und Strukturierung bereits auf eine psychotherapeutische Behandlung der psychischen Erkrankung und Probleme und eine Verbesserung der Bewältigung der Erkrankung abzielt, kann sie je nach individuellem Behandlungsverlauf als Anwendungsform auch für sich stehen und ggf. bereits eine deutliche Besserung erreichen. Der Umfang dieser Leistung ist dabei entsprechend der stärkeren Ausrichtung auf eine Behandlung der psychischen Erkrankungen und deren Folgen auf bis zu acht Sitzungen zu erweitern. Bei Kindern und Jugendlichen sollte in diesem Zusammenhang die Möglichkeit einer intensiven Einbeziehung von Bezugspersonen im Gruppensetting vorgesehen werden, um die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung durch entsprechende themenfokussierte Gruppensitzungen für Eltern (z. B. bei Kindern mit ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens) weiter zu stärken.

Ein Vorteil der vorgeschlagenen Konzeption der Psychotherapeutischen Basisgruppe ist darüber hinaus, dass auch mit Blick auf die ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung eine Behandlungskontinuität hinsichtlich der behandelnden Gruppenpsychotherapeut*innen und der Gruppenmitglieder besser erreicht werden kann. Die Zusammensetzung der Gruppe erfolgt bereits mit dem Blick auf den thematischen Fokus der

gruppenpsychotherapeutischen Behandlung und schließt neben den Patient*innen, die ggf. noch unsicher sind oder Vorbehalte gegenüber dem gruppenpsychotherapeutischen Setting haben, auch Patient*innen mit ein, die dieser Anwendungsform bereits sehr positiv gegenüberstehen. Hierdurch können auch die Gruppenkohäsion und die therapeutische Allianz besser gefördert werden. Zudem ist der direkte therapeutische Nutzen der Teilnahme an einer solchen Gruppe den Patient*innen besser vermittelbar, sodass sie eher zur Teilnahme an diesem zeitlich begrenzten gruppenpsychotherapeutischen Angebot motiviert werden können.

Darüber hinaus ist es zielführend, die Regelungen der gemeinsamen Durchführung der Gruppenpsychotherapie durch zwei Therapeut*innen in § 21 Absatz 1 Nummer 2 auch auf die Psychotherapeutische Basisgruppe anzuwenden. Hierdurch werden Kooperationen zwischen Psychotherapeut*innen für das Angebot dieser neuen Gruppenleistung zusätzlich unterstützt. Im Falle der Fortführung der gruppenpsychotherapeutischen Behandlung nach der Psychotherapeutischen Basisgruppe kann weiterhin die Behandlungskontinuität besser sichergestellt werden. In Abhängigkeit davon wie viele Bezugspatient*innen je Psychotherapeut*in nach der Psychotherapeutischen Basisgruppe noch einer Richtlinienpsychotherapie im Gruppensetting bedürfen und bereit sind, dieses Behandlungsangebot zu nutzen, kann die nachfolgende Gruppe dann von einer oder beiden Gruppenpsychotherapeut*innen fortgeführt werden.

Vor diesem Hintergrund schlägt die BPTK für die Beschreibung und Regelung dieser neuen gruppenpsychotherapeutischen Leistung in § 11a PT-RL folgende Änderungen vor:

3. Nach § 11 wird folgender § 11a eingefügt:

*„§ 11a Psychotherapeutische **Basisgruppe***

*(1) Die Psychotherapeutische **Basisgruppe** ist ein psychotherapeutisches Angebot in der Gruppe für Patientinnen oder Patienten, bei denen in der Psychotherapeutischen Sprechstunde eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie nach § 27 festgestellt wurde. In der Psychotherapeutische **Basisgruppe** werden Informationen über die für die Gruppenmitglieder relevanten psychischen Störungen, über deren Entstehungsbedingungen und Einflussfaktoren sowie über den Umgang mit entsprechenden Symptomen und psychischen Belastungen unter Nutzung der Therapieelemente der Gruppenpsychotherapie vermittelt, ein individuelles Krankheitsverständnis erarbeitet und psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung*

und Bewältigung der psychischen Erkrankung und psychischen Belastungen durchgeführt. Die Psychotherapeutische Basisgruppe hat einen an den psychischen Erkrankungen und Problemen der Gruppenmitglieder ausgerichteten thematischen Fokus, der in strukturierter Form und unter Nutzung des interaktionellen Austauschs innerhalb der Gruppe bearbeitet wird. Hierbei werden auch die individuellen Erfordernisse auf Seiten der Patientinnen und Patienten zur vertieften Information und zur Förderung der Motivation, insbesondere für die gruppenpsychotherapeutische Behandlung, berücksichtigt.

- (2) Die Psychotherapeutische **Basisgruppe** dient der **strukturierten** Vermittlung und weiteren Vertiefung von Informationen über **die relevanten psychischen Erkrankungen der Gruppenmitglieder sowie der fokussierten Behandlung der psychischen Erkrankungen und Belastungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen. Hiermit wird auch das Ziel verfolgt**, individuelle Hemmschwellen und Vorbehalte, insbesondere gegenüber Psychotherapie in Gruppen, abzubauen, die Motivation zur Teilnahme an einer Gruppentherapie zu stärken **und positive Behandlungserfahrungen zu vermitteln**. Dies setzt ein strukturierendes therapeutisches Vorgehen bei der Informationsvermittlung, **der Durchführung der therapeutischen Interventionen sowie in Bezug auf die Gestaltung der Gruppeninteraktionen** voraus, **durch die** der interaktive Austausch innerhalb der Gruppe **gefördert werden soll**. Eine **umfassende** Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung ist nicht vorgesehen. Die Psychotherapeutische Basisgruppe dient **auch** der Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15 im Gruppensetting; die Entscheidung der Patientin oder des Patienten für ein Setting wird nicht vorweggenommen.
- (3) Die Psychotherapeutische Basisgruppe kann **bei Erwachsenen bis zu achtmal** im Krankheitsfall mit jeweils 100 Minuten Dauer (insgesamt bis zu **800 Minuten**), auch in Einheiten von 50 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl, erbracht werden; **bei Kindern und Jugendlichen bis zu zehnmal mit jeweils 100 Minuten Dauer je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 1.000 Minuten)**, gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9. **Der 2. Halbsatz** gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.

- (4) *Die Psychotherapeutische Basisgruppe ist keine Richtlinientherapie und wird nicht auf die Therapiekontingente gemäß § 29 und § 30 angerechnet. Sie ist **anzeigepflichtig gemäß § 33**.*
- (5) *Die Psychotherapeutische Basisgruppe kann aufgrund ihrer von den probatorischen Sitzungen abweichenden inhaltlichen Zielsetzung diese nicht ersetzen. **Sofern nach der Psychotherapeutischen Basisgruppe das Erfordernis für eine Richtlinienpsychotherapie besteht, sind zuvor mindestens zwei probatorische Sitzungen gemäß § 12 zu erbringen.***
- (6) *Der Konsiliarbericht oder eine unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung sind nicht obligatorisch zur Inanspruchnahme der Psychotherapeutischen **Basisgruppe**.*
- (7) *Die Gruppengröße umfasst mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen und Patienten. Die Regelungen zur gemeinsamen Durchführung der Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen und Therapeuten gemäß § 21 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.“*

Als Folgeänderung aus der vorgeschlagenen Anzeigepflicht, die mit Blick auf den Umfang der Leistung und den Ausschuss einer parallelen gruppenpsychotherapeutischen Behandlung geboten erscheint, ergibt sich darüber hinaus in § 33 (Änderungen fett hervorgehoben):

§ 33 Anzeigeverfahren

*„Eine Leistung gemäß **§ 11a und § 13** bedarf einer Anzeige gegenüber der Krankenkasse. Hierzu teilt die Therapeutin oder der Therapeut der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung die Diagnose und das Datum des Behandlungsbeginns **der Psychotherapeutischen Basisgruppe bzw. der Akutbehandlung** mit. Das Nähere zum Anzeigeverfahren wird in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt.“*

Zu I. 4. a) bis c) Probatorische Sitzungen (§ 12 Absätze 1, 3 und 4)

Die BPTK begrüßt, dass künftig probatorische Sitzungen auch im Gruppensetting durchgeführt werden können sollen. Gerade für die Entscheidungen von Patient*innen und die differenzierte Indikationsstellung von Psychotherapeut*innen für eine ausschließlich gruppenpsychotherapeutische Behandlung oder eine Kombination aus Einzel- und Grup-

penpsychotherapie kann es von zentraler Bedeutung sein, dass die probatorischen Sitzungen auch in dem geplanten Setting durchgeführt werden. Dies kann helfen, die Prüfung der Eignung einer Patient*in für eine psychotherapeutische Behandlung in dem Gruppensetting valider durchzuführen, die Motivation für eine solche Behandlung näher abzuklären, wie auch die Fragen der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit der Patient*in in diesem Setting, gerade auch in Bezug auf die anderen Gruppenmitglieder und mit Blick auf die Gruppenkohäsion als relevanten Wirkfaktor in der Gruppenpsychotherapie. Daher ist es sachgerecht, in § 12 Absatz 1 Satz 1 als Aufgabe der probatorischen Sitzungen die Feststellung der Eignung der Patient*in für die geplante Anwendungsform explizit mit aufzunehmen. Folgerichtig ist auch die Änderung in Absatz 3, mit der die generelle Möglichkeit, gruppenpsychotherapeutische Sitzungen auch in Einheiten von 50 Minuten durchzuführen, bei entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl auch auf die probatorischen Sitzungen im Gruppensetting angewendet werden kann.

Aus Sicht der BpTK sollte die Regelung zur Durchführbarkeit von probatorischen Sitzungen im Gruppensetting jedoch dahingehend ergänzt werden, dass die Anzahl der maximal durchführbaren probatorischen Sitzungen nicht auf vier Sitzungen begrenzt bleibt, wenn vor dem Hintergrund einer Indikation für eine Gruppenpsychotherapie und insbesondere auch für eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie probatorische Sitzungen auch im Gruppensetting durchgeführt werden. Zu Recht weist auch der G-BA in seinem Entwurf der Tragenden Gründe zu den Änderungen in § 12 PT-RL auf die umfassende Aufgabenstellung in den probatorischen Sitzungen hin:

„Dieser Umfang ist erforderlich, um vor Beginn einer Richtlinien therapie eine möglichst umfassende diagnostische Klärung der psychischen Symptomatik vorzunehmen, um die Motivation, die Kooperations- und Beziehungsfähigkeit und die Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren und Behandlungssetting zu prüfen sowie um eine Einschätzung der Prognose und eine Einschätzung, ob eine tragfähige therapeutische Arbeitsbeziehung möglich ist, vorzunehmen.“

Insbesondere für die Kombinationstherapie sind diese Aspekte sowohl für das Setting der Einzel- als auch Gruppenpsychotherapie zu klären. Nicht zuletzt auch für den Fall, dass die Einzel- und Gruppenpsychotherapie bei zwei verschiedenen Psychotherapeut*innen durchgeführt wird, ist es zielführend, wenn für Patient*in und Psychotherapeut*in bei Bedarf genügend Therapieeinheiten in der Probatorik zur Verfügung stehen, um auch in komplexeren Fällen eine möglichst tragfähige und umfassend reflektierte Entscheidung über die einzuleitende Behandlung treffen zu können. So kann es ggf. unzureichend sein,

wenn jeweils nur zwei probatorische Sitzungen im Einzel- und im Gruppensetting durchgeführt werden können. Um dieser Konstellation in den Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie Rechnung zu tragen, schlägt die BPTK vor, in § 12 Absatz 3 nach Satz 2 folgenden Satz 3 (neu) anzufügen:

„Bei Indikation für eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie und Durchführung von probatorischen Sitzungen auch im Gruppensetting können insgesamt bis zu sechs probatorische Sitzungen durchgeführt werden.“

In der Folge müsste der Verweis in Satz 5 (neu) angepasst werden:

„Satz 4 gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.“

In § 12 Absatz 4 PT-RL wird die bisherige Beschränkung der Durchführung von probatorischen Sitzungen ausschließlich im Einzelsetting aufgehoben. Wenn sich nach der vorläufigen Indikationsstellung eine Einzelpsychotherapie an die probatorischen Sitzungen anschließen soll, bleibt nach der neuen Formulierung in Satz 1 die Beschränkung der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Einzelsetting bestehen. Dies ist aus Sicht der BPTK sachgerecht. Für den Fall dagegen, dass sich eine Gruppenpsychotherapie oder eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie anschließen soll, wird in Satz 2 die Möglichkeit eröffnet, dass probatorische Sitzungen künftig auch im Gruppensetting durchgeführt werden können. Wie oben bereits ausgeführt, ist dies eine sachgerechte Öffnung der Regelungen zu den probatorischen Sitzungen, mit der den diagnostischen Zwecken der probatorischen Sitzungen sowie den Aufgaben der Indikationsstellung besser entsprochen werden kann. Zugleich ist diese Regelung auch geeignet zu helfen, ggf. bestehende Hemmschwellen und Vorbehalte aufseiten der Patient*innen gegenüber Gruppenpsychotherapie abzubauen, indem ihnen die Möglichkeit gegeben wird, gruppenpsychotherapeutische Sitzungen bei der die Gruppe leitenden Psychotherapeut*in und mit den Mitgliedern der psychotherapeutischen Gruppe durchzuführen und so einen realen Eindruck von dem psychotherapeutischen Vorgehen in der Gruppe, der Zusammensetzung der Gruppe und der bestehenden Gruppendynamik zu erhalten, ohne bereits vorher eine endgültige Entscheidung über die Teilnahme an der Gruppenpsychotherapie treffen zu müssen. Die wiederholte Durchführung von probatorischen Sitzungen im Gruppensetting bietet dabei für Patient*innen auch die Chance, unmittelbar zu erleben, ob und wie sich ggf. bestehende Hemmungen verändern und inwieweit es ihnen gelingt, sich in der Gruppe stärker zu öffnen. Bei Bedarf bieten zusätzliche probatorische Sitzungen im

Einzelsetting die Möglichkeit, die Gruppenpsychotherapiesitzungen und das eigene Erleben und Verhalten in der Gruppe gemeinsam mit der Psychotherapeut*in zu reflektieren und diese vor- und/oder nachzubereiten und so zu einer fundierten Entscheidung über die geeignete psychotherapeutische Behandlung zu gelangen.

Die in Satz 3 und 4 formulierten Mindestvorgaben zu den im Einzelsetting vor einer Richtlinienpsychotherapie durchzuführenden probatorischen Sitzungen sind allerdings zu restriktiv und überregulierend. Sie konterkarieren zudem den eigentlichen Zweck, die Gruppenpsychotherapie durch entsprechende Anpassungen der Psychotherapie-Richtlinie weiter zu fördern. So besteht keine Notwendigkeit, Psychotherapeut*innen und Patient*innen im Detail vorzuschreiben, wie viele probatorische Sitzungen unter welchen Vorbedingungen mindestens im Einzelsetting durchgeführt werden müssen. Wenn vonseiten der Patient*in oder der Psychotherapeut*in Bedarf für die Durchführung von probatorischen Sitzungen im Einzelsetting vor der Entscheidung über eine alleinige Gruppenpsychotherapie oder eine Kombinationsbehandlung besteht, so ist dies jederzeit möglich. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Umfänge für probatorische Sitzungen ähnlich der Regelungen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung auch für den Bereich der Gruppenpsychotherapie angepasst werden. Probatorische Sitzungen im Einzelsetting werden in all diesen Fällen von Psychotherapeut*innen patientenorientiert und im Sinne einer fachgerechten Versorgung angeboten werden. Eine normative Vorgabe in der Psychotherapie-Richtlinie ist hierfür nicht erforderlich. Wenn jedoch bereits auf Basis der psychotherapeutischen Sprechstunden und der probatorischen Sitzungen im Gruppensetting eine fundierte Differenzialdiagnostik, Einschätzung der Prognose, Klärung der Motivation (für eine Gruppenpsychotherapie), der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit, einschließlich der „Gruppenfähigkeit“ und eine Abschätzung der persönlichen Passus und der Tragfähigkeit der Arbeitsbeziehung zur Gruppenpsychotherapeut*in geleistet werden kann, so ist es nicht sachgerecht, dennoch die Durchführung von mindestens einer bzw. sogar zwei probatorischen Sitzungen im Einzelsetting vorzuschreiben. Gerade bei Patient*innen, bei denen zum Beispiel bei Entlassung aus einer intensiven stationären psychosomatischen Rehabilitation bereits eine fundierte Indikationsstellung für die Fortführung der psychotherapeutischen Behandlung in Form einer ambulanten Gruppenpsychotherapie erfolgt ist, wäre es nicht zielführend vorzuschreiben, dass über die probatorischen Sitzungen im Gruppensetting hinaus noch mindestens zwei Sitzungen im Einzelsetting durchzuführen sind.

Für die ambulante gruppenpsychotherapeutische Versorgung würde eine solche Regelung bedeuten, dass es insbesondere bei ambulanten Gruppenpsychotherapien als Kurzzeittherapie zu einer vermeidbaren Einschränkung des Behandlungsangebots kommen würde. Denn jede Patient*in müsste bei der die Gruppenpsychotherapie durchführenden Psychotherapeut*in mindestens zweimal in probatorischen Sitzungen im Einzelsetting behandelt werden, ehe sie endgültig in eine psychotherapeutische Gruppe eingeschlossen werden kann. Dies würde in erheblichem Umfang Behandlungsressourcen im Einzelsetting binden, die für ein stärkeres Angebot von Gruppenpsychotherapie genutzt werden könnten. Diese Regelung stünde auch in einem Missverhältnis zu der aktuellen Regelung, welche die Durchführung von mindestens zwei probatorischen Sitzungen im Einzelsetting vor Beginn einer Gruppenpsychotherapie vorsieht. Die Durchführung von drei probatorischen Sitzungen im Gruppensetting und einer Sitzung im Einzelsetting wäre demnach bei Patient*innen, die nach einer medizinischen Rehabilitation oder einer Krankenhausbehandlung eine ambulante Gruppenpsychotherapie erhalten sollen, unzureichend für eine fundierte differenzialdiagnostische Abklärung, Prognoseeinschätzung, Motivationsklärung und Abschätzung der persönlichen Passus sowie des therapeutischen Arbeitsbündnisses. Die Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen im Einzelsetting würde jedoch im Gegensatz dazu für diese Zwecke als hinreichend bewertet werden. Eine solche Regelung wird der psychotherapeutisch-diagnostischen Bedeutung von probatorischen Sitzungen im Gruppensetting nicht gerecht.

Die Bundespsychotherapeutenkammer spricht sich daher dafür aus, die weiteren Vorgaben zu den im Einzelsetting durchzuführenden probatorischen Sitzungen ersatzlos zu streichen. Um jedoch Patient*innen einen vergleichbaren Zugang zu den verschiedenen psychotherapeutischen Anwendungsformen gemäß § 21 Absatz 1 zu ermöglichen, sollte auch die Durchführung von probatorischen Sitzungen im Gruppensetting bei gemeinsam von zwei Psychotherapeut*innen durchgeführten Gruppentherapien explizit geregelt werden. Hierzu ist eine Ergänzung der Regelung in § 12 Absatz 4 erforderlich.

Die BPTK schlägt daher vor, die im Beschlussentwurf erhaltenen Sätze 3 und 4 in § 12 Absatz 4 zu streichen und stattdessen einen neuen Satz 3 einzufügen:

„c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa. Der bisherige Satz 1 wird durch die folgenden Sätze 1 bis 4~~3~~ ersetzt: „Probatorische Sitzungen finden im Einzelsetting statt, wenn sich eine Einzeltherapie anschließen soll. Sofern sich eine Gruppentherapie oder eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie gemäß § 21 anschließen soll, können probatorische Sitzungen auch im*

Gruppensetting stattfinden. ~~Mindestens eine probatorische Sitzung muss im Einzelsetting stattfinden. Abweichend von Satz 3 müssen mindestens zwei probatorische Sitzungen im Einzelsetting durchgeführt werden, wenn bei derselben Therapeutin oder bei demselben Therapeuten keine Psychotherapeutische Sprechstunde mit insgesamt mindestens 50 Minuten nach § 11 Absatz 7 durchgeführt wurde. Die Regelungen zur gemeinsamen Durchführung der Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen und Therapeuten gemäß § 21 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.~~

bb. Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden Sätze 54 und 65.

cc. In Satz 5 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 54“ ersetzt.

Zu I. 4. d) Probatorische Sitzungen im Krankenhaus (§ 12 Absatz 6 neu)

Die Sicherstellung einer psychotherapeutischen Anschlussversorgung für Patient*innen nach einer psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung ist ein essenzieller Bestandteil einer guten sektorenübergreifenden Versorgung. Der Gesetzgeber hat hierzu im Kontext der Reform der Psychotherapeutenausbildung einen wichtigen Impuls gesetzt. Der G-BA wurde in § 92 Absatz 6a SGB V beauftragt, in der Psychotherapie-Richtlinie (und in der neuen Richtlinie zur ambulanten Komplexbehandlung nach § 92 Absatz 6b SGB V) zu regeln, dass probatorische Sitzungen als Teil der ambulanten Behandlung bereits frühzeitig auch im Krankenhaus durchgeführt werden können. Die Durchführung der probatorischen Sitzungen noch während der Krankenhausbehandlung kann einen wichtigen Beitrag leisten, eine möglichst lückenlose Weiterbehandlung sicherzustellen bei Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen, die einer stationären Behandlung bedurften. Eine solche Regelung ist auch geeignet, die Vernetzung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Psychotherapeut*innen zu befördern und zwischen ihnen einen systematischen Austausch zur bisherigen Behandlung und der weiteren Behandlungsplanung zu unterstützen. Dies kann in Form der aufsuchenden Behandlung durch Psychotherapeut*innen realisiert werden, indem die Psychotherapeut*in die probatorischen Sitzungen mit der Patient*in in den Räumlichkeiten des Krankenhauses durchführt.

In vielen Fällen ist aber aus psychotherapeutischer Sicht auch sinnvoll, dass die probatorischen Sitzungen während der Krankenhausbehandlung nicht nur in den Räumen des Krankenhauses, sondern auch in den vertragspsychotherapeutischen Praxen durchgeführt werden können.

Im Rahmen psychiatrischer Krankenhausbehandlungen werden bereits heute regelhaft Belastungserprobungen durchgeführt, um Patient*innen auf eine geplante Entlassung vorzubereiten und ggf. auftretende Probleme therapeutisch bearbeiten zu können. In diesem Zusammenhang werden Patient*innen z. B. stundenweise oder über Nacht von der Krankenhausbehandlung beurlaubt und erproben in der Zeit z. B., wie gut sie mit den Belastungen im häuslichen Umfeld umgehen und ihre gelernten Bewältigungsstrategien anwenden können und welche Schwierigkeiten dabei ggf. auftreten. Auch arbeitsbezogene Belastungserprobungen werden zu diesem Zwecke außerhalb des Krankenhauses durchgeführt.

In diesem Sinne kann es für viele Patient*innen hilfreich sein, wenn sie für den Beginn einer ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung noch während der Krankenhausbehandlung die jeweilige psychotherapeutische Praxis für entsprechende probatorische Sitzungen aufsuchen können. Je nach individueller Belastbarkeit der Patient*in könnten diese Belastungserprobungen eigenständig oder in Begleitung durch Krankenhauspersonal oder ggf. auch eine ambulant tätige Soziotherapeut*in durchgeführt werden.

Patient*innen würden durch den positiven Verlauf dieser Belastungserprobung darin bestärkt, dass sie in der Lage sind, eigenständig oder ggf. mit soziotherapeutischer Unterstützung Termine in der psychotherapeutischen Praxis wahrzunehmen. Auch probatorische Sitzungen im Gruppensetting könnten dadurch ermöglicht werden, wenn probatorische Sitzungen während der Krankenhausbehandlung auch in den vertragspsychotherapeutischen Praxen durchgeführt werden können. Naturgemäß wäre dies in den Räumlichkeiten des Krankenhauses nicht zu realisieren. Die Patient*innen würden dadurch in die Lage versetzt, sich noch während der stationären Behandlung für ein entsprechendes ambulantes Weiterbehandlungsangebot zu entscheiden.

Aus der gesetzlichen Regelung in § 92 Absatz 6a Satz 2

*„Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig **auch** in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach dem Absatz 6b.“*

geht dabei mit dem Wort „auch“ hervor, dass während der Krankenhausbehandlung bei entsprechender Indikation für eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung

probatorische Sitzungen in den Räumen des Krankenhauses, aber auch in der vertragspsychotherapeutischen Praxis durchgeführt werden können sollen.

Der G-BA ist an dieser Stelle jedoch seinem Auftrag, das Nähere hierzu in seinen Richtlinien – in diesem Fall der Psychotherapie-Richtlinie – zu regeln, nicht nachgekommen, sondern hat lediglich die gesetzliche Formulierung wortwörtlich in einem eigenen Absatz in § 12 PT-RL zu den probatorischen Sitzungen wiederholt. Für Patient*innen und Psychotherapeut*innen sind an dieser Stelle jedoch eindeutige Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie erforderlich, die den Leistungsanspruch der Patient*innen hinreichend konkret normieren und die hierfür erforderlichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen präzise beschreiben. Hierzu schlägt die BPTK vor, in § 12 PT-RL folgenden Absatz 6 anzufügen:

(6) „Probatorische Sitzungen können auch während einer Krankenhausbehandlung durchgeführt werden, sowohl in den Räumen des Krankenhauses als auch in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten. Die probatorischen Sitzungen werden als Teil der vertragsärztlichen Versorgung erbracht. Die Durchführung von probatorischen Sitzungen während einer Krankenhausbehandlung setzt voraus, dass diese wegen einer psychischen Erkrankung aus dem Spektrum der Anwendungsbereiche der Psychotherapie gemäß § 27 durchgeführt wird und vom Krankenhaus die Indikation für eine ambulante psychotherapeutische Anschlussbehandlung gestellt worden ist.“

Zu I. 5. Gruppentherapie durch zwei Therapeut*innen (§ 21 Absatz 1 Nummer 2)

Die BPTK begrüßt, dass mit der Regelung in § 21 die Möglichkeit geschaffen wird, dass Gruppenpsychotherapien künftig auch gemeinsam durch zwei Psychotherapeut*innen durchgeführt werden können. Diese Regelung kann einen Beitrag leisten, dass sich Psychotherapeut*innen für den Ausbau und das bedarfsorientierte Angebot von Gruppenpsychotherapie zusammenschließen, sich stärker miteinander vernetzen und in enger Kooperation gemeinsam qualitativ besonders hochwertige gruppenpsychotherapeutische Behandlungen durchführen. Insbesondere werden Kooperationen zwischen Psychotherapeut*innen befördert, die es wahrscheinlicher machen, in einer für die Patientenversorgung angemessenen Zeit für bestimmte gruppenpsychotherapeutische Angebote hinreichend viele geeignete Patient*innen aus der jeweils eigenen Praxis einschließen zu können. Die Regelung erleichtert darüber hinaus auch die Möglichkeiten eines interkollegialen Austausches, der den Kompetenzerwerb im Bereich der Gruppenpsychotherapie für spezifische Patientengruppen für Psychotherapeut*innen befördert, die bereits über

gruppenpsychotherapeutische Qualifikation verfügen, diese jedoch für bestimmte Patientengruppen vertiefen wollen.

Unter fachlichen Gesichtspunkten ist dabei nicht nachvollziehbar, weshalb die gemeinsame Durchführung von Gruppenpsychotherapie durch zwei Psychotherapeut*innen erst ab einer Gruppengröße von sechs Patient*innen und mindestens drei Patient*innen pro Psychotherapeut*in zulässig sein sollte. Im Regelfall werden die beteiligten Psychotherapeut*innen von sich aus bestrebt sein, eine entsprechende Gruppengröße zu erreichen, um dem zusätzlichen Aufwand, der mit der gemeinsamen Durchführung der Gruppenpsychotherapie verbunden ist, Rechnung zu tragen. Vermieden werden sollte jedoch eine solche Regelung, bei der die kurzfristige Absage eines oder mehrerer Patient*innen zur Folge hat, dass eine Gruppensitzung nicht durchgeführt werden kann, weil diese formalen Anforderungen – Anzahl der Bezugspatient*innen pro Psychotherapeut*in oder Gruppengröße von sechs Patient*innen – plötzlich nicht mehr erfüllt werden. Für mögliche Qualitätseinbußen bei der Durchführung der Gruppenpsychotherapie durch eine geringere Gruppengröße oder weniger Bezugspatient*innen pro Psychotherapeut*in gibt es nach unserer Kenntnis weder einen empirisch-wissenschaftlichen Hinweis noch einen fachlichen Konsens unter den in der psychotherapeutischen Versorgung tätigen Gruppenpsychotherapeut*innen. Sollte lediglich unter Abrechnungsgesichtspunkten eine Mindestgruppengröße je Psychotherapeut*in angestrebt werden, so könnten hierfür im Bundesmantelvertrag bzw. im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geeignete Regelungen getroffen werden, die gegebenenfalls ökonomische Anreize liefern, mindestens drei Bezugspatient*innen je Psychotherapeut*in anzustreben. Ausschlüsse auf der Ebene der Psychotherapie-Richtlinie wären hier jedoch nicht sachgerecht.

Im Gegensatz dazu sieht der Beschlussentwurf im Falle der gemeinsamen Durchführung der Gruppenpsychotherapie durch zwei Psychotherapeut*innen eine Erhöhung der maximal zulässigen Gruppengröße auf 14 Patient*innen (bei maximal neun Patient*innen pro Psychotherapeut*in) vor, die vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Literatur zur Gruppenpsychotherapie unter fachlichen Gesichtspunkten durchaus kritisch bewertet werden kann. Wenngleich einige der aktuellen Metaanalysen zur gruppenpsychotherapeutischen Behandlung bei den verschiedenen psychischen Erkrankungen nicht im Detail die konkreten Gruppengrößen zu den einzelnen in die Analyse eingeschlossenen randomisiert-kontrollierten Studien auflisten, so liegt doch der berichtete Median der Gruppengröße über alle eingeschlossenen Studien hinweg regelhaft unter zehn. In einer Metaanalyse zu Panikstörungen, die eine differenzierte Darstellung der Gruppengröße beinhaltete, lag die Gruppengröße in 14 von 15 eingeschlossenen Studien durchgängig unter

zehn Patient*innen (Schwartz et al., 2017). Lediglich in einer Studie (Erickson, 2007) variierte die Gruppengröße zwischen 9 und 13 Patient*innen. Auch in einer Metaanalyse zur Gruppenpsychotherapie bei sozialer Phobie lag die Gruppengröße mit Ausnahme von einer der eingeschlossenen Studien unter 10 Patient*innen (Barkowski et al., 2016; Huang & Liu, 2011). Für substanzbezogene Störungen wird in einer aktuellen Metaanalyse ein Median von 8 Patient*innen berichtet (Lo Coco et al., 2019). Für Gruppenpsychotherapie bei Patient*innen mit PTBS lag die mittlere Gruppengröße sogar bei 6 (Schwartz et al., 2019). Hier zeigte sich bei insgesamt geringer Spannweite kein moderierender Effekt der Gruppengröße (bis zu 6 vs. > 6) auf den Therapieerfolg. Auch nach einer Übersichtsarbeit von Strauß et al., 2016, lag der Median der Gruppengröße in den eingeschlossenen Studien für die verschiedenen Indikationen bei unter 9. In diesem engen Korridor durchgeführte Analysen zum Einfluss der Gruppengröße auf das Behandlungsergebnis erbrachten dabei in der Regel keine signifikanten Unterschiede. Eine bedeutsame Ausnahme findet sich jedoch bei den Studien zur Gruppenpsychotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen (McLaughlin et al., 2019). Hier zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Gruppengröße und dem Behandlungsergebnis in Bezug auf die allgemeine Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie der suizidalen/parasuizidalen Symptome zuungunsten von größeren Gruppen.

In der gruppenpsychotherapeutischen Fachliteratur wird darüber hinaus beschrieben, dass bereits ab einer Gruppengröße von sieben Mitgliedern die Tendenz zur Subgruppen- und Hierarchiebildung steigt und sich die Redeanteile der einzelnen Gruppenmitglieder stärker voneinander zu unterscheiden beginnen (König, 2017). Dies hat wiederum Auswirkungen auf die Gruppenkohäsion als einer der diskutierten Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie, für den in einer Metaanalyse ein moderater Zusammenhang zum Therapieergebnis gezeigt werden konnte (Burlingame et al., 2018). Gruppen von bis zu 12 Mitgliedern werden dabei noch als Kleingruppen definiert, in denen verfahrensübergreifend der größte Teil gruppenpsychotherapeutischer Arbeitsweisen stattfindet (siehe wiederum König, 2017). Dies ist auch international der Fall und resultiert nicht nur aus den spezifischen Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie in Deutschland. Vor diesem Hintergrund spricht sich die BPTK dafür aus, die maximale zulässige Gruppengröße bei gemeinsam von zwei Psychotherapeut*innen durchgeführten Gruppenpsychotherapien auf 12 Patient*innen zu begrenzen. Der mögliche Einfluss der Gruppengröße auf den Therapieprozess und das Behandlungsergebnis sollte dabei Gegenstand der Evaluation der Richtlinienänderungen gemäß § 42 und § 43 sein, um die Regelungen künftig möglichst evidenzbasiert weiterentwickeln zu können.

Die BPTK schlägt daher vor, dass in § 21 Absatz 1 Nummer 2 nach Satz 1 folgende Sätze angefügt werden:

„Die gemeinsame Durchführung der Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patientinnen oder Patienten (Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten) ist ~~ab 6 Patientinnen oder Patienten~~ zulässig. Bei gemeinsamer Durchführung der Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten ist eine Gruppengröße bis höchstens ~~12~~ 14 Patientinnen oder Patienten zulässig. Eine Therapeutin oder ein Therapeut hat ~~mindestens drei und~~ maximal neun Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten in hauptverantwortlicher Behandlung; ~~aus den Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten je Therapeutin oder Therapeut ergibt sich die Gruppengröße gemäß Absatz 1 Nr. 2 Satz 1.~~“

Zu I. 6./8. 11. Vereinfachung Gutachterverfahren bei Gruppenpsychotherapie (§ 22 Absatz 3; § 29 Nummer 4; § 35)

Die BPTK begrüßt, dass mit den Regelungen in § 22 Absatz 3, § 29 und § 35 die Maßnahmen zur Vereinfachung des Gutachterverfahrens auf Erleichterungen bei der Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie als Langzeittherapie abzielen. Dies stellt eine sinnvolle Ergänzung der gesetzlichen Regelung in § 92 Absatz 6a Satz 5 zweiter Halbsatz dar, nach der ab dem 23. November 2019 für Gruppentherapie kein Gutachterverfahren mehr stattfindet. Erfahrungen mit selektivvertraglichen Regelungen, in denen auf die Durchführung eines Antrags- und Gutachterverfahrens verzichtet wird, weisen darauf hin, dass hierdurch der Anteil gruppenpsychotherapeutischer Behandlungen – auch in Kombination mit Einzelpsychotherapie – in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung substanziell erhöht werden kann. Aus Sicht der BPTK wäre es jedoch sinnvoll, diese Erleichterung nicht auf die Kombinationsbehandlung zu beschränken, bei der überwiegend Gruppenpsychotherapie durchgeführt wird, sondern dies einheitlich für Kombinationsbehandlungen nach § 22 zu regeln. Hieraus würde im Sinne der Versorgung eine weitere Entlastung für Psychotherapeut*innen resultieren, die Patient*innen behandeln, die über den Gesamtbehandlungsverlauf überwiegend einer einzelpsychotherapeutischen Behandlung bedürfen, jedoch durch eine ergänzende gruppenpsychotherapeutische Behandlung zusätzlich profitieren. Behandlungsressourcen, die gegenwärtig noch durch das aufwändige Gutachterverfahren gebunden wären, könnten so stärker für den Ausbau des gruppenpsychotherapeutischen Behandlungsangebots genutzt werden.

Die BpTK schlägt zur Umsetzung folgende Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie vor:

6. § 22 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bei Veränderung des bewilligten Behandlungssettings während einer laufenden Psychotherapie ist der Krankenkasse diese Änderung anzuzeigen, sofern das bewilligte Stundenkontingent im Rahmen der Änderung nicht überschritten wird. Abweichend von Satz 1 ist bei Änderung des Settings in der Langzeittherapie in Einzeltherapie ~~oder in eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie~~ ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag zu stellen.“

8. In § 29 Nummer 4 werden nach den Wörtern „zugleich muss“ die Wörter „~~bei Umwandlungsanträgen auf Einzeltherapie oder auf eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie~~“ eingefügt.

11. § 35 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird durch folgende Sätze 1 und 2 ersetzt:

„Bei Psychotherapie gemäß § 15 sind Anträge auf Langzeittherapie nach § 21 (1) Nr. 1 (Einzeltherapie) ~~und nach § 22 (Kombinationsbehandlung), wenn die Kombinationsbehandlung überwiegend als Einzeltherapie erfolgt,~~ im Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter zu begründen. Auf Anforderung der Krankenkasse gilt dies im Einzelfall auch für die übrigen Anwendungsformen nach § 21 und § 22 sowie für Kurzzeittherapie.“

b) Die bisherigen Sätze 2 bis 6 werden Sätze 3 bis 7.

c) In Satz 3 werden die Wörter „zuletzt geändert am 1. April 2019 und in Kraft getreten am 15. April 2019“ durch die Wörter „zuletzt geändert am 27. Februar 2020; in Krafttreten am 1. Juli 2020“ ersetzt.

d) In Satz 3 werden nach dem Wort „Langzeittherapie“ die Wörter „~~als Einzeltherapie oder als eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie~~“ eingefügt.

Zu I. 7. Behandlungsumfang und -begrenzungen (§ 28 Absatz 7 neu)

Mit dem neuen Absatz 7 wird übergreifend für alle Psychotherapieverfahren und Methoden geregelt, dass die Gruppenpsychotherapie auch in Einheiten von 50 Minuten bei entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl erbracht werden kann. Dies stellt eine

sinnvolle Flexibilisierung der Vorgaben zur Ausgestaltung der gruppenpsychotherapeutischen Behandlungen dar, die es den Psychotherapeut*innen für alle Psychotherapieverfahren ermöglicht, je nach Notwendigkeit für den therapeutischen Prozess die Dauer der gruppenpsychotherapeutischen Sitzungen anzupassen und mögliche Überforderungen, aber auch zeitliche Restriktionen der Gruppenmitglieder zu berücksichtigen. Es ist dabei sachgerecht, dass die 100-minütige Gruppentherapiesitzung weiterhin als Standard für die Definition von Therapieeinheiten herangezogen wird.

Literatur

- Barkowski, Schwartz, Strauß, Burlingame, Barth & Rosendahl (2016). Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 39: 44–64.
- Burlingame, McClendon & Yang (2018). Cohesion in group therapy: a meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4): 384–398.
- Erickson, Janeck & Tallman (2007). A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric Services*, 58, 1205–1211.
- Huang & Liu (2011). Effects of group interpersonal psychotherapy and group cognitive behavioral therapy on social anxiety in college students. *Chinese Mental Health Journal*, 25(5): 324–327.
- König (2017). Gruppendynamische Grundlagen. In: Strauß & Mattke (Hrsg.) *Gruppenpsychotherapie – Lehrbuch für die Praxis*, 2. Auflage. Springer, Berlin, S21-36.
- Lo Coco, Melchion, Oieni, Infurna, Strauß, Schwartz, Rosendahl & Gullo (2019). Group treatment for substance use disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99: 104-116.
- McLaughlin, Barkowski, Burlingame, Strauß & Rosendahl (2019). Group Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis of Randomized-Controlled Trials. *Psychotherapy*, 56 (2): 260-273.
- Schwartz, Barkowski, Strauß, Barth, Burlingame & Rosendahl (2017). Efficacy of Group Psychotherapy for Panic Disorder: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *Group Dynamics, Theory, Research and Practice*, 21 (2): 77-93.
- Schwartz, Barkowski, Knaevelsrud, Strauß & Rosendahl (2019). Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research* 29(4): 415–431.
- Strauß, Barkowski, Schwartz, & Rosendahl (2016). Aktueller Stand der Gruppenpsychotherapieforschung. *Befunde der Ergebnis- und Prozessforschung. Psychotherapeut*, 61: 364-375.
- Strauß, Burlingame & Rosendahl (2020). Neue Entwicklungen in der Gruppenpsychotherapieforschung – ein Update. *Psychotherapeut*, 65: 225-235.
- Whittingham, M. (2015). Focused brief group therapy. In: *SAGE encyclopedia of theory in counseling and psychotherapy*. SAGE, BeverlyHills.

6.5 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und Bundesärztekammer (BÄK) haben fristgerecht ihre Stellungnahmen am 25.08.2020 abgegeben.

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
1	BPtK	<p>§ 1 Abs. 9</p> <p>„Die BPtK begrüßt die Aufnahme von digitalen Gesundheitsanwendungen in die Psychotherapie-Richtlinie, da mit ihrem Einsatz Chancen für eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung verbunden sind. Um digitale Gesundheitsanwendungen einzusetzen, ohne die Patientensicherheit zu gefährden, ist es von zentraler Bedeutung, dass sie im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung eingesetzt werden. Diese Anforderung wird durch die vorliegende Regelung in § 1 Absatz 9 PT-RL, die auf eine die psychotherapeutische Behandlung unterstützende Anwendung der digitalen Gesundheitsanwendungen abzielt, angemessen abgebildet.“ (S. 4)</p>	Keine Würdigung erforderlich	keine Änderung erforderlich
2	BÄK	<p>Änderung § 1 Abs. 9</p> <p>Die Bundesärztekammer empfiehlt, „die Trennung von Behandlung und Versicherung in der PT-RL zu verankern, indem festgelegt wird, dass DiGAs ausschließlich auf Verordnung durch die behandelnden Ärzte oder nicht-ärztlichen Psychotherapeuten unterstützend eingesetzt werden können. Zusätzlich sollte eine Aufnahme nur jener DiGAs in die PT-RL erfolgen, deren Evidenz belegt und für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte transparent dargestellt wird.“ (S. 3)</p>	Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmerin wird nicht gefolgt. Eine solche Regelung würde der gesetzlichen Regelung in §§ 33 a Absatz 1 Nr. 2 SGB V widersprechen und kann daher nicht in der Psychotherapie-Richtlinie geregelt werden.	keine Änderung

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<u>Begründung:</u> In dem DiGA-Verzeichnis befinden sich auch „Anwendungen...“, die noch keine positiven Versorgungsaspekte nachweisen konnten und die zwölfmonatige Frist des Fast-Track-Verfahrens zum Nachreichen von Evidenz nutzen. Dies fällt umso stärker ins Gewicht, als dass noch nicht geregelt ist, welche Informationen die behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu einzelnen digitalen Anwendungen über das DiGA-Verzeichnis erhalten, und ob aus den Informationen die Studienlage zur digitalen Anwendung erkennbar ist...Im Interesse der Patientensicherheit müssen DiGAs ausschließlich auf ärztliche Verordnung oder einer Verordnung von befugten nicht-ärztlichen Psychotherapeuten im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung Anwendung finden.“ (S. 3)		
3	BÄK	§ 11a Psychotherapeutische Informationsgruppe Die Einführung einer Psychotherapeutischen Informationsgruppe gemäß § 11a begrüßt die Bundesärztekammer als sinnvolle niedrighschwellige Ergänzung der psychotherapeutischen Gruppenangebote. (S. 3)	Keine Würdigung erforderlich	keine Änderung erforderlich
4	BPtK	§ 11a Überschrift Änderung der Bezeichnung „Psychotherapeutische Informationsgruppe“ in „Psychotherapeutische Basisgruppe“ <u>Begründung:</u>	Kenntnisnahme. Der grundsätzlichen Anregung der Stellungnehmerin zur Änderung der Bezeichnung wird gefolgt; zur besseren Verdeutlichung dieses gruppenpsychotherapeutischen Angebots wird die Bezeichnung	Änderung der Bezeichnung „Psychotherapeutische Informationsgruppe“ in „Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>„Für die Patient*innen sollten dabei die besonderen gruppenpsychotherapeutischen Therapieelemente und die spezifische Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie in der Behandlung ihrer psychischen Erkrankung und der Bearbeitung der individuellen psychischen und interaktionellen Problemen unmittelbar erfahrbar werden. In diesem Sinne sollte in Absatz 1 die Anwendung der Therapieelemente der Gruppenpsychotherapie gegenüber der reinen Informationsvermittlung über das Vorgehen bei der gruppenpsychotherapeutischen Behandlung psychischer Erkrankungen noch stärker betont werden. Dies sollte auch bereits in der Bezeichnung des Gruppenangebots für Patient*innen und Zuweiser*innen deutlich werden. Die BPTK schlägt daher vor, dieses Gruppenangebot als Psychotherapeutische Basisgruppe zu bezeichnen. Hierdurch wird für den angesprochenen Personenkreis besser deutlich, dass in dieser Gruppe bereits eine fokussierte, zeitlich begrenzte psychotherapeutische Behandlung stattfindet.“ (S. 5)</p>	<p>„Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“ gewählt.</p>	
5	BPTK	<p>Änderung und Ergänzung § 11a Absatz 1 Die Psychotherapeutische InformationsBasisgruppe ist ein psychotherapeutisches Angebot in der Gruppe für Patientinnen oder Patienten, bei denen in der Psychotherapeutischen Sprechstunde eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie nach § 27 festgestellt wurde. In der Psychotherapeutische InformationsBasisgruppe werden Informationen über die für die Gruppenmitglieder relevanten psychischen Störungen, über deren Entstehungsmöglichkeitenbedingungen und</p>	<p>Die Ausführungen der Stellungnehmerin gehen weit über die Intention einer niederschweligen Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung hinaus. Der Stellungnehmerin wird dahingehend zugestimmt, dass Therapieelemente einer Gruppenbehandlung in diesem</p>	<p>Änderung in § 11a Absatz 1: Die Psychotherapeutische Informationsgruppe Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung ist ein psychotherapeutisches Angebot in der Gruppe für Patientinnen oder Patienten, bei denen in der pPsychotherapeutischen Sprechstunde eine Indikation zur</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Einflussfaktoren sowie über den Umgang mit entsprechenden Symptomen und psychischen Belastungen unter Nutzung der Therapieelemente der Gruppenpsychotherapie vermittelt und mögliche Fragen der Patientinnen und Patienten zu psychischen Erkrankungen und ihrer Behandlung insbesondere durch Gruppenpsychotherapie bearbeitet; hierbei soll insbesondere auf Therapieelemente einer Gruppenpsychotherapie eingegangen werden., ein individuelles Krankheitsverständnis erarbeitet und psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung und Bewältigung der psychischen Erkrankung und psychischen Belastungen durchgeführt. Die Psychotherapeutische Basisgruppe hat einen an den psychischen Erkrankungen und Problemen der Gruppenmitglieder ausgerichteten thematischen Fokus, der in strukturierter Form und unter Nutzung des interaktionellen Austauschs innerhalb der Gruppe bearbeitet wird. Hierbei werden auch die individuellen Erfordernisse auf Seiten der Patientinnen und Patienten zur vertieften Information und zur Förderung der Motivation, insbesondere für die gruppenpsychotherapeutische Behandlung, berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p><i>„Dies macht deutlich, dass für dieses Gruppenangebot in der Regel eine thematische Fokussierung erforderlich ist und eine zu starke Heterogenität der Gruppenzusammensetzung hinsichtlich der</i></p>	<p>neuen Therapieangebot erfahrbar sein sollten. Um diesen Aspekt deutlicher hervorzuheben, wurden Umstellungen und sprachliche Veränderungen in § 11a Absatz 1 und 2 vorgenommen.</p> <p>vergleiche auch lfd. Nr. 4</p>	<p>Anwendung von Psychotherapie nach § 27 festgestellt wurde. Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung dient der strukturierten Vermittlung und weiteren Vertiefung von grundlegenden Inhalten der ambulanten Psychotherapie auch mit dem Ziel, individuelle Hemmschwellen und Vorbehalte, insbesondere gegenüber Psychotherapie in Gruppen, abzubauen und die Motivation zur Teilnahme an einer Gruppentherapie aufzubauen und zu stärken. In der Psychotherapeutische Informationsgruppe werden Informationen über die für die Gruppenmitglieder relevanten psychischen Störungen und, über deren Entstehungsmöglichkeiten sowie über den Umgang mit entsprechenden Symptomen, und psychischen Belastungen vermittelt und mögliche Fragen der Patientinnen und Patienten zu psychischen Erkrankungen und ihrer Behandlung insbesondere durch Gruppenpsychotherapie bearbeitet; hierbei soll</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p><i>vorliegenden Erkrankungen und individuellen Problemstellungen zu vermeiden ist. Diese Fokussierung ist erforderlich, um die relevanten Inhalte unter Nutzung von gruppenpsychotherapeutischen Methoden und Therapieelementen effektiv zu vermitteln und entsprechende psychotherapeutische Interventionen zur Verbesserung des Krankheitsverständnisses, zur Stärkung der Bewältigungsressourcen und zur Reduktion psychischer Belastungen durchzuführen...</i></p> <p><i>In diesem Sinne sollte in Absatz 1 die Anwendung der Therapieelemente der Gruppenpsychotherapie gegenüber der reinen Informationsvermittlung über das Vorgehen bei der gruppenpsychotherapeutischen Behandlung psychischer Erkrankungen noch stärker betont werden“ (S. 5)</i></p>		<p>insbesondere auf Therapieelemente einer Gruppenpsychotherapie eingegangen werden.</p>
6	BPTK	<p>Änderung § 11a Absatz 2</p> <p>Die Psychotherapeutische InformationsBasisgruppe dient der strukturierten Vermittlung und weiteren Vertiefung von grundlegenden Informationen über ambulante Psychotherapie auch mit dem Ziel, die relevanten psychischen Erkrankungen der Gruppenmitglieder sowie der fokussierten Behandlung der psychischen Erkrankungen und Belastungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen. Hiermit wird auch das Ziel verfolgt, individuelle Hemmschwellen und Vorbehalte, insbesondere gegenüber Psychotherapie in Gruppen, abzubauen, die Motivation zur Teilnahme an einer Gruppentherapie zu stärken und positive</p>	vergleiche auch lfd. Nr. 5	<p>Änderung in § 11a Absatz 2: Die Psychotherapeutische Informationsgruppe dient der Vermittlung und weiteren Vertiefung von grundlegenden Informationen über der ambulante Psychotherapie auch mit dem Ziel, individuelle Hemmschwellen und Vorbehalte, insbesondere gegenüber Psychotherapie in Gruppen, abzubauen und die Motivation zur Teilnahme an einer Gruppentherapie zu stärken. In</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Behandlungserfahrungen zu vermitteln. Dies setzt ein strukturierendes therapeutisches Vorgehen bei der Informationsvermittlung, der Durchführung der therapeutischen Interventionen sowie in Bezug auf die Gestaltung der Gruppeninteraktionen voraus, mit der Möglichkeit eines durch die der interaktiven Austauschs innerhalb der Gruppe gefördert werden soll. Eine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung ist nicht vorgesehen. Die Psychotherapeutische InformationsBasisgruppe dient auch der Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15 im Gruppensetting; die Entscheidung der Patientin oder des Patienten für ein Setting wird nicht vorweggenommen.</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p><i>„Demgegenüber bleibt die gegenwärtige Zweckbeschreibung in Absatz 2 für dieses Gruppenangebot hinter einem solchen komplexeren, zielgerichteteren Anspruch noch deutlich zurück. Die grundlegende Information über ambulante Psychotherapie in den verschiedenen Settings ist bereits Gegenstand der Leistung der psychotherapeutischen Sprechstunde. Eine weitere Vertiefung dieser Informationen sollte in diesem Gruppenangebot anwendungsbezogen und unter Berücksichtigung der individuellen Informationsbedarfe, der motivationalen Ausgangslagen und insbesondere der spezifischen psychischen Erkrankungen und Belastungen erfolgen...“ (S. 6)</i></p>		<p>der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung werden Informationen über die für die Gruppenmitglieder relevanten psychischen Störungen und deren Entstehungsbedingungen und Einflussfaktoren vermittelt, ein individuelles Krankheitsverständnis und der individuelle Umgang mit entsprechenden Symptomen, Funktionsbeeinträchtigungen und psychischen Belastungen erarbeitet und mögliche Fragen der Patientinnen und Patienten zu psychischen Erkrankungen und ihrer Behandlung bearbeitet; hierbei soll insbesondere auf Therapieelemente einer Gruppentherapie eingegangen werden. Dies setzt ein strukturierendes therapeutisches Vorgehen bei der Informationsvermittlung sowie in Bezug auf die Gestaltung des interaktionellen Austausches in der Gruppe Gruppeninteraktionen voraus, mit der Möglichkeit eines interaktiven Austauschs innerhalb der Gruppe im</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
				<p>Hinblick auf die individuellen Erfordernisse der Patientinnen und Patienten genutzt werden soll. Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung dient der Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15 im Gruppensetting; die Entscheidung der Patientin oder des Patienten für ein Setting wird nicht vorweggenommen.</p>
7	BPTK	<p>Änderung § 11a Absatz 3</p> <p>Die Psychotherapeutische InformationsBasisgruppe kann bei Erwachsenen bis zu achtmal viermal im Krankheitsfall mit jeweils 100 Minuten Dauer (insgesamt bis zu 800 400 Minuten), auch in Einheiten von 50 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl, erbracht werden; bei Kindern und Jugendlichen bis zu zehnmal mit jeweils 100 Minuten Dauer je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 1.000 Minuten), gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9. Bei Kindern und Jugendlichen kann dies gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9 und zusätzlich mit bis zu 100 Minuten im Krankheitsfall mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden. Satz 3 Der 2. Halbsatz gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.</p>	<p>Kenntnisnahme. Das Versorgungsangebot soll einen ersten, schnellen und unbürokratischen Zugang zu psychotherapeutischen Maßnahmen ermöglichen. Für eine weiterführende Behandlung stehen darüber hinaus die Kontingente der Richtlinientherapie zur Verfügung; der Anregung der Stellungnehmerin wird daher nicht gefolgt.</p> <p>vergleiche auch lfd. Nr. 4</p>	<p>Änderung in § 11a Absatz 3:</p> <p>Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung Psychotherapeutische Informationsgruppe kann viermal im Krankheitsfall mit jeweils 100 Minuten Dauer (insgesamt bis zu 400 Minuten), auch in Einheiten von 50 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl, erbracht werden. Bei Kindern und Jugendlichen kann dies gegebenenfalls unter Für den Fall der Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9 bei Kindern und Jugendlichen und kann die Gruppenpsychotherapeutische</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p><u>Begründung:</u></p> <p>„Da die Psychotherapeutische Basisgruppe mit ihrer thematischen Fokussierung und Strukturierung bereits auf eine psychotherapeutische Behandlung der psychischen Erkrankung und Probleme und eine Verbesserung der Bewältigung der Erkrankung abzielt, kann sie je nach individuellem Behandlungsverlauf als Anwendungsform auch für sich stehen und ggf. bereits eine deutliche Besserung erreichen. Der Umfang dieser Leistung ist dabei entsprechend der stärkeren Ausrichtung auf eine Behandlung der psychischen Erkrankungen und deren Folgen auf bis zu acht Sitzungen zu erweitern. Bei Kindern und Jugendlichen sollte in diesem Zusammenhang die Möglichkeit einer intensiven Einbeziehung von Bezugspersonen im Gruppensetting vorgesehen werden.“... (S. 6)</p>		<p>Grundversorgung zusätzlich mit bis zu 100 Minuten im je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 500 Minuten) erbracht werden; die Einbeziehung der mit relevanten Bezugspersonen kann auch ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden. Satz 23 gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.</p>
8	BPtK	<p>Änderung § 11a Absatz 4</p> <p>„Die Psychotherapeutische InformationsBasisgruppe ist keine Richtlinien-therapie und wird nicht auf die Therapiekontingente gemäß § 29 und § 30 angerechnet. Sie ist anzeige-, antrags- und genehmigungsfrei anzeigepflichtig gemäß § 33.“</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>...“ Anzeigepflicht, die mit Blick auf den Umfang der Leistung und den Ausschuss einer parallelen</p>	<p>Kenntnisnahme. Im Hinblick auf eine möglichst unbürokratische und niederschwellige Organisation dieses neuen Versorgungsangebots soll auf eine Anzeige verzichtet werden; der Anregung der Stellungnehmerin wird daher nicht gefolgt. Die Verpflichtung zu wirtschaftlicher Leistungserbringung durch die Therapeutinnen und Therapeuten gilt ohnehin.</p>	<p>Änderung in § 11a Absatz 4:</p> <p>Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung Psychotherapeutische Informationsgruppe ist keine Richtlinien-therapie und wird nicht auf die Therapiekontingente gemäß § 29 und § 30 angerechnet.</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p><i>gruppenpsychotherapeutischen Behandlung geboten erscheint...“ (S. 9)</i></p> <p>Siehe auch Folgeänderung in § 33, vergleiche lfd. Nr. 20</p>	vergleiche auch lfd. Nr. 4	
9	BPtK	<p>Ergänzung § 11a Absatz 5</p> <p>„Die Psychotherapeutische InformationsBasisgruppe kann aufgrund ihrer von den probatorischen Sitzungen abweichenden inhaltlichen Zielsetzung diese nicht ersetzen. Sofern nach der Psychotherapeutischen Basisgruppe das Erfordernis für eine Richtlinienpsychotherapie besteht, sind zuvor mindestens zwei probatorische Sitzungen gemäß § 12 zu erbringen.“</p> <p><u>Begründung:</u> -</p>	<p>Zustimmende Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmerin wird gefolgt. Die Regelung wird entsprechend angepasst.</p> <p>vergleiche auch lfd. Nr. 4</p>	<p>Änderung in § 11a Absatz 5:</p> <p>Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung Psychotherapeutische Informationsgruppe kann aufgrund ihrer von den probatorischen Sitzungen abweichenden inhaltlichen Zielsetzung diese nicht ersetzen. Vor dem Beginn einer sich anschließenden Richtlinienpsychotherapie nach § 15 sind mindestens zwei probatorische Sitzungen gemäß § 12 zu erbringen.</p>
10	BPtK	<p>Folgeänderung § 11a Absatz 6</p> <p>„Der Konsiliarbericht oder eine unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung sind nicht obligatorisch zur Inanspruchnahme der Psychotherapeutischen InformationsBasisgruppe.“</p>	vergleiche lfd. Nr. 4	<p>Änderung in § 11a Absatz 6:</p> <p>Der Konsiliarbericht oder eine unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung sind nicht obligatorisch zur Inanspruchnahme der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung Psychotherapeutische Informationsgruppe.</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
11	BPtK	<p>Ergänzung § 11a Abs. 7</p> <p>„Die Gruppengröße umfasst mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen und Patienten. Die Regelungen zur gemeinsamen Durchführung der Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen und Therapeuten gemäß § 21 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.“</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>„Darüber hinaus ist es zielführend, die Regelungen der gemeinsamen Durchführung der Gruppenpsychotherapie durch zwei Therapeut*innen in § 21 Absatz 1 Nummer 2 auch auf die Psychotherapeutische Basisgruppe anzuwenden. Hierdurch werden Kooperationen zwischen Psychotherapeut*innen für das Angebot dieser neuen Gruppenleistung zusätzlich unterstützt. Im Falle der Fortführung der gruppenpsychotherapeutischen Behandlung nach der Psychotherapeutischen Basisgruppe kann weiterhin die Behandlungs-kontinuität besser sichergestellt werden. In Abhängigkeit davon wie viele Bezugspatient*innen je Psychotherapeut*in nach der Psychotherapeutischen Basisgruppe noch einer Richtlinienpsychotherapie im Gruppensetting bedürfen und bereit sind, dieses Behandlungsangebot zu nutzen, kann die nachfolgende Gruppe dann von einer oder beiden Gruppenpsychotherapeut*innen fortgeführt werden.“ (S. 7)</p>	<p>Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmerin wird nicht gefolgt. Die neue Regelung zur Durchführung durch zwei Therapeuten bezieht sich auf die Gruppentherapie, während es sich bei der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung um ein niederschwelliges Angebot handelt.</p> <p>vergleiche lfd. Nr. 5</p>	<p>Änderung in § 11a Abs.7</p> <p>Die Gruppengröße umfasst mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen und Patienten; die Regelungen in § 21 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis 5 gelten für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung nicht.</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
12	BÄK	<p>Ergänzung § 11 Abs. 7</p> <p>Sofern ein Therapeutenwechsel nach der Sprechstunde oder im Rahmen einer laufenden Therapie stattgefunden hat oder eine Patientin 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 § 27 entlassen wurde, können erforderliche psychotherapeutische Informationsgruppen nach § 11a, probatorische Sitzungen nach § 12 und Akutbehandlung nach § 13 ohne Sprechstunde beginnen.“</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>„Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte jedoch die Zuweisung zur psychotherapeutischen Informationsgruppe auch nach stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder rehabilitativer Behandlung nach § 40 Abs. 1 oder 2 SGB V zulässig sein. Grundsätzlich sollte nicht nur die Adhärenz zu indizierten ambulanten Psychotherapieverfahren als nachhaltige Komplettierung einer stationär eingeleiteten psychotherapeutischen Behandlung gefördert werden, sondern insbesondere auch die zeitnahe Aufnahme einer solchen Behandlung nach der Entlassung.“ (S. 3)</p>	Zustimmende Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmerin wird gefolgt. Die Regelungen werden entsprechend angepasst.	<p>Änderung in § 11 Abs. 7:</p> <p>Sofern ein Therapeutenwechsel nach der Sprechstunde oder im Rahmen einer laufenden Therapie stattgefunden hat oder eine Patientin 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 § 27 entlassen wurde, können die erforderliche Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung nach § 11a, probatorische Sitzungen nach § 12 und die Akutbehandlung nach § 13 ohne Sprechstunde beginnen.</p>
13	BPtK	<p>Ergänzung § 12 Absatz 3 nach Satz 2 folgenden Satz 3 (neu)</p> <p>¹Vor einer Richtlinien-therapie finden mindestens zwei und bis zu vier probatorische Sitzungen statt. ²Die probatorische Sitzung umfasst im Einzelsetting 50 Minuten und im Gruppensetting 100 Minuten. ³Bei</p>	Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmerin wird nicht gefolgt, denn es erscheint nicht plausibel, warum ein höheres Kontingent für die vertiefte Diagnostik und	Keine Änderung im Hinblick auf den Vorschlag der BPtK

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Indikation für eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie und Durchführung von probatorischen Sitzungen auch im Gruppensetting können insgesamt bis zu sechs probatorische Sitzungen durchgeführt werden.</p> <p>⁴Probatorische Sitzungen als Gruppenbehandlung können auch in Einheiten von 50 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden. ⁵Bei Kindern und Jugendlichen können darüber hinaus zwei weitere probatorische Sitzungen durchgeführt werden. ⁶Satz 43* gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.</p> <p>* Kommentar GS: Hier müsste es richtig „Satz 5“ heißen.</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p><i>„Aus Sicht der BPTK sollte die Regelung zur Durchführbarkeit von probatorischen Sitzungen im Gruppensetting jedoch dahingehend ergänzt werden, dass die Anzahl der maximal durchführbaren probatorischen Sitzungen nicht auf vier Sitzungen begrenzt bleibt, wenn vor dem Hintergrund einer Indikation für eine Gruppenpsychotherapie und insbesondere auch für eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie probatorische Sitzungen auch im Gruppensetting durchgeführt werden... Nicht zuletzt auch für den Fall, dass die Einzel- und Gruppenpsychotherapie bei zwei verschiedenen Psychotherapeut*innen durchgeführt wird, ist es</i></p>	<p>Indikationsstellung im Rahmen der probatorischen Sitzungen erforderlich sein sollte. Der gewählte Leistungsumfang wird der spezifischen Zielsetzung der probatorischen Sitzungen einer vertieften Prüfung der Passung zwischen Patientin bzw. Patient und Therapeutin bzw. Therapeut, auch in verschiedenen Anwendungsformen und vor dem Hintergrund anderer diagnostischer Möglichkeiten in der Psychotherapeutischen Sprechstunde, hinreichend gerecht.</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>zielführend, wenn für Patient*in und Psychotherapeut*in bei Bedarf genügend Therapieeinheiten in der Probatorik zur Verfügung stehen, um auch in komplexeren Fällen eine möglichst tragfähige und umfassend reflektierte Entscheidung über die einzuleitende Behandlung treffen zu können. So kann es ggf. unzureichend sein, wenn jeweils nur zwei probatorische Sitzungen im Einzel- und im Gruppensetting durchgeführt werden können.“ (S. 10)</p>		
14	BPtK	<p>Änderung § 12 Absatz 4</p> <p>„Probatorische Sitzungen finden im Einzelsetting statt, wenn sich eine Einzeltherapie anschließen soll. Sofern sich eine Gruppentherapie oder eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie gemäß § 21 anschließen soll, können probatorische Sitzungen auch im Gruppensetting stattfinden. Mindestens eine probatorische Sitzung muss im Einzelsetting stattfinden. Abweichend von Satz 3 müssen mindestens zwei probatorische Sitzungen im Einzelsetting durchgeführt werden, wenn bei derselben Therapeutin oder bei demselben Therapeuten keine Psychotherapeutische Sprechstunde mit insgesamt mindestens 50 Minuten nach § 11 Absatz 7 durchgeführt wurde. Die Regelungen zur gemeinsamen Durchführung der Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen und Therapeuten gemäß § 21 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 und 3 gelten entsprechend. Bei Kindern und Jugendlichen ist auch eine Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen nach § 9 möglich. Satz 45 gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.“</p>	<p>Kenntnisnahme. Der Streichung wird nicht gefolgt, da nach § 12 Abs. 1 insbesondere die Passung zwischen Psychotherapeut und Patient eingeschätzt werden soll und hierfür Kontakte im Gruppensetting alleine als nicht ausreichend erscheinen.</p> <p>Der Einfügung der Stellungnehmerin wird nicht gefolgt, da es an dieser Stelle keiner weiteren Regelung bedarf.</p> <p>vergleiche lfd. Nr.17</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p><u>Begründung:</u></p> <p>„Die in Satz 3 und 4 formulierten Mindestvorgaben zu den im Einzelsetting vor einer Richtlinienpsychotherapie durchzuführenden probatorischen Sitzungen sind allerdings zu restriktiv und überregulierend. Sie konterkarieren zudem den eigentlichen Zweck, die Gruppenpsychotherapie durch entsprechende Anpassungen der Psychotherapie-Richtlinie weiter zu fördern. So besteht keine Notwendigkeit, Psychotherapeut*innen und Patient*innen im Detail vorzuschreiben, wie viele probatorische Sitzungen unter welchen Vorbedingungen mindestens im Einzelsetting durchgeführt werden müssen.“ (S. 12)</p> <p>„Für die ambulante gruppenpsychotherapeutische Versorgung würde eine solche Regelung bedeuten, dass es insbesondere bei ambulanten Gruppenpsychotherapien als Kurzzeittherapie zu einer vermeidbaren Einschränkung des Behandlungsangebots kommen würde.... Diese Regelung stünde auch in einem Missverhältnis zu der aktuellen Regelung, welche die Durchführung von mindestens zwei probatorischen Sitzungen im Einzelsetting vor Beginn einer Gruppenpsychotherapie vorsieht... Die Bundespsychotherapeutenkammer spricht sich daher dafür aus, die weiteren Vorgaben zu den im Einzelsetting durchzuführenden probatorischen Sitzungen ersatzlos zu streichen. Um jedoch Patient*innen einen vergleichbaren Zugang zu den verschiedenen psychotherapeutischen Anwendungsformen gemäß § 21 Absatz 1 zu ermöglichen, sollte auch die Durchführung von</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p><i>probatorischen Sitzungen im Gruppensetting bei gemeinsam von zwei Psychotherapeut*innen durchgeführten Gruppentherapien explizit geregelt werden. Hierzu ist eine Ergänzung der Regelung in § 12 Absatz 4 erforderlich.“ (S. 13)</i></p>		
15	BPtK	<p>Ergänzung § 12 Absatz 6 neu</p> <p>(6) Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden.</p> <p>(6) „Probatorische Sitzungen können auch während einer Krankenhausbehandlung durchgeführt werden, sowohl in den Räumen des Krankenhauses als auch in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten. Die probatorischen Sitzungen werden als Teil der vertragsärztlichen Versorgung erbracht. Die Durchführung von probatorischen Sitzungen während einer Krankenhausbehandlung setzt voraus, dass diese wegen einer psychischen Erkrankung aus dem Spektrum der Anwendungsbereiche der Psychotherapie gemäß § 27 durchgeführt wird und vom Krankenhaus die Indikation für eine ambulante psychotherapeutische Anschlussbehandlung gestellt worden ist.“</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p><i>„In vielen Fällen ist aber aus psychotherapeutischer Sicht auch sinnvoll, dass die probatorischen Sitzungen während der Krankenhausbehandlung nicht nur in den Räumen des Krankenhauses, sondern auch in den</i></p>	<p>Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmerin wird nicht gefolgt. Eine entsprechende Regelung ist in der Psychotherapie-Richtlinie nicht möglich, da durch die gesetzliche Vorgabe kein Spielraum für eine Erweiterung auf andere Fallkonstellationen als die der Durchführung von probatorischen Sitzungen in den Räumen des Krankenhauses vorhanden ist.</p>	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>vertragspsychotherapeutischen Praxen durchgeführt werden können.“ (S. 14)</p> <p>„Der G-BA ist an dieser Stelle...seinem Auftrag, das Nähere hierzu in seinen Richtlinien – in diesem Fall der Psychotherapie-Richtlinie – zu regeln, nicht nachgekommen, sondern hat lediglich die gesetzliche Formulierung wortwörtlich in einem eigenen Absatz in § 12 PT-RL zu den probatorischen Sitzungen wiederholt. Für Patient*innen und Psychotherapeut*innen sind an dieser Stelle jedoch eindeutige Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie erforderlich, die den Leistungsanspruch der Patient*innen hinreichend konkret normieren und die hierfür erforderlichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen präzise beschreiben.“ (S. 16)</p>		
16	BPtK	<p>Änderung § 21 Absatz 1 Nummer 2</p> <p>„Gruppentherapie mit mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen und Patienten, sofern die Interaktion zwischen mehreren Patientinnen und Patienten therapeutisch förderlich ist und die gruppendynamischen Prozesse entsprechend genutzt werden sollen. Die gemeinsame Durchführung der Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patientinnen oder Patienten (Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten) ist ab 6 Patientinnen oder Patienten zulässig. Bei gemeinsamer Durchführung der Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten ist eine Gruppengröße bis höchstens 12 Patientinnen oder Patienten zulässig. Eine Therapeutin oder ein Therapeut hat mindestens drei und maximal neun Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten in</p>	<p>Auf den Vorschlag der Stellungnehmerin zur Anpassung der Mindestgröße wird insoweit eingegangen, als dass für eine bessere Verständlichkeit sprachliche Anpassungen vorgenommen wurden. Es bedarf an dieser Stelle jedoch keiner weiteren Regelung.</p> <p>Dem Vorschlag der Stellungnehmerin die Höchstgrenze auf 12 zu beschränken wird nicht gefolgt. Da die Regelung der gemeinsamen Durchführung der</p>	<p>Änderung in § 21 Abs. 1 Nr. 2: Gruppentherapie mit mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen und Patienten, sofern die Interaktion zwischen mehreren Patientinnen und Patienten therapeutisch förderlich ist und die gruppendynamischen Prozesse entsprechend genutzt werden sollen. Die gemeinsame Durchführung der Gruppentherapie kann ab 6 Patientinnen oder Patienten gemeinsam durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patientinnen oder</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>hauptverantwortlicher Behandlung; aus den Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten je Therapeutin oder Therapeut ergibt sich die Gruppengröße gemäß Absatz 1 Nr. 2 Satz 1.</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>„Vermieden werden sollte jedoch eine solche Regelung, bei der die kurzfristige Absage eines oder mehrerer Patient*innen zur Folge hat, dass eine Gruppensitzung nicht durchgeführt werden kann, weil diese formalen Anforderungen – Anzahl der Bezugspatient*innen pro Psychotherapeut*in oder Gruppengröße von sechs Patient*innen – plötzlich nicht mehr erfüllt werden.“ (S. 17)</p> <p>„...Gruppengröße auf 14 Patient*innen... vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Literatur zur Gruppenpsychotherapie unter fachlichen Gesichtspunkten durchaus kritisch bewertet... Wenngleich einige der aktuellen Metaanalysen zur gruppenpsychotherapeutischen Behandlung bei den verschiedenen psychischen Erkrankungen nicht im Detail die konkreten Gruppengrößen zu den einzelnen in die Analyse eingeschlossenen randomisiert-kontrollierten Studien auflisten, so liegt doch der berichtete Median der Gruppengröße über alle</p>	<p>Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten mit dem Ziel der Förderung der Gruppentherapie geschaffen wurde, erschien eine maximale Teilnehmerzahl von 14 Personen geeignet, um eine gewisse Flexibilität im Hinblick auf die Organisation und Durchführung der Gruppentherapie durch zwei Therapeuten zu gewährleisten.</p>	<p>Patienten (Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten) ist ab 6 Patientinnen oder Patienten durchgeführt werden. zulässig. Bei gemeinsamer Durchführung der Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten ist eine Gruppengröße bis höchstens 14 Patientinnen oder Patienten zulässig. Eine Therapeutin oder ein Therapeut hat mindestens drei und maximal neun Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten in hauptverantwortlicher Behandlung; aus den Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten je Therapeutin oder Therapeut ergibt sich die Gruppengröße gemäß Absatz 1 Nummer 2 Satz 1.</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>eingeschlossenen Studien hinweg regelhaft unter zehn. (S. 17)</p> <p>„Vor diesem Hintergrund spricht sich die BPtK dafür aus, die maximale zulässige Gruppengröße bei gemeinsam von zwei Psychotherapeut*innen durchgeführten Gruppenpsychotherapien auf 12 Patient*innen zu begrenzen. Der mögliche Einfluss der Gruppengröße auf den Therapieprozess und das Behandlungsergebnis sollte dabei Gegenstand der Evaluation der Richtlinienänderungen gemäß § 42 und § 43 sein, um die Regelungen künftig möglichst evidenzbasiert weiterentwickeln zu können.“ (S. 18)</p>		
17	BÄK	<p>Änderung § 21 Absatz 1 Nummer 2</p> <p>Aufnahme konkreter Definitionen der Begrifflichkeiten „Bezugspatientinnen“ und „Bezugspatienten“ in den Richtlinienentwurf</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>Die Begriffe der „Bezugspatientinnen“ und „Bezugspatienten“ sind nicht klar definiert. „Aus dem Richtlinienentwurf des Beschlussentwurfes erschließt sich nicht, wie die Festlegung konkret ausgestaltet werden soll und welche Konsequenzen sich hieraus ergeben.“ (S. 4)</p>	<p>Dem Vorschlag der Stellungnehmerin einer Konkretisierung wird gefolgt. Unter Bezugspatientinnen und Bezugspatienten werden diejenigen fest zugeordneten Patientinnen und Patienten verstanden, die sich in der hauptverantwortlichen Behandlung jeweils einer Therapeutin/eines Therapeuten befinden. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen werden in der Ergänzung von § 21 Abs. 1 Nr. 2 verdeutlicht.</p>	<p>Die hauptverantwortliche Behandlung umfasst neben der Gruppenbehandlung insbesondere die Tätigkeit als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner in allen Fragen zur Behandlung, die Durchführung der probatorischen Sitzungen, die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung und der Beantragung der Behandlung sowie die schriftliche Dokumentation.</p>
18	BPtK	<p>Änderung § 22 Absatz 3</p> <p>„Bei Veränderung des bewilligten Behandlungssettings während einer laufenden Psychotherapie ist der Krankenkasse diese Änderung anzuzeigen, sofern das</p>	<p>Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmerin wird nicht gefolgt. Dem gesetzlichen Auftrag folgend ist eine</p>	<p>Keine Änderung im Hinblick auf den Vorschlag der BPtK</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmer	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>bewilligte Stundenkontingent im Rahmen der Änderung nicht überschritten wird. Abweichend von Satz 1 ist bei Änderung des Settings in der Langzeittherapie in Einzeltherapie oder in eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag zu stellen.“</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>„Aus Sicht der BPTK wäre es jedoch sinnvoll, diese Erleichterung nicht auf die Kombinationsbehandlung zu beschränken, bei der überwiegend Gruppenpsychotherapie durchgeführt wird, sondern dies einheitlich für Kombinationsbehandlungen nach § 22 zu regeln. Hieraus würde im Sinne der Versorgung eine weitere Entlastung für Psychotherapeut*innen resultieren, die Patient*innen behandeln, die über den Gesamtbehandlungsverlauf überwiegend einer einzelnpsychotherapeutischen Behandlung bedürfen, jedoch durch eine ergänzende gruppenpsychotherapeutische Behandlung zusätzlich profitieren. Behandlungsressourcen, die gegenwärtig noch durch das aufwändige Gutachterverfahren gebunden wären, könnten so stärker für den Ausbau des gruppenpsychotherapeutischen Behandlungsangebots genutzt werden.“ (S. 19)</p> <p>Siehe auch Folgeänderungen mit gleicher Begründung in § 29 Nr. 4 (lfd. Nr. 19) und § 35 Satz 1 (lfd. Nr. 21,22).</p>	<p>Förderung der Gruppentherapie durch eine Vereinfachung des Gutachtenverfahrens intendiert. Eine Kombinationsbehandlung mit überwiegend durchgeführt Einzeltherapie wurde seitens des Gesetzgebers darüberhinausgehend nicht explizit als förderungswürdig erachtet und würde zu einer Ungleichbehandlung der nach wie vor gutachterpflichtigen Einzeltherapie führen.</p>	

19	BPtK	<p>§ 28 Absatz 7 neu</p> <p>„Mit dem neuen Absatz 7 wird übergreifend für alle Psychotherapieverfahren und Methoden geregelt, dass die Gruppenpsychotherapie auch in Einheiten von 50 Minuten bei entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl erbracht werden kann. Dies stellt eine sinnvolle Flexibilisierung der Vorgaben zur Ausgestaltung der gruppenpsychotherapeutischen Behandlungen dar, die es den Psychotherapeut*innen für alle Psychotherapieverfahren ermöglicht, je nach Notwendigkeit für den therapeutischen Prozess die Dauer der gruppenpsychotherapeutischen Sitzungen anzupassen und mögliche Überforderungen, aber auch zeitliche Restriktionen der Gruppenmitglieder zu berücksichtigen. Es ist dabei sachgerecht, dass die 100-minütige Gruppentherapiesitzung weiterhin als Standard für die Definition von Therapieeinheiten herangezogen wird.“ (S. 20 – 21)</p>	Keine Würdigung erforderlich	keine Änderung erforderlich
20	BPtK	<p>Folgeänderung § 29 Nummer 4</p> <p>„4. Die Umwandlung einer Kurzzeittherapie in die Langzeittherapie muss bis zur zwanzigsten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt werden; zugleich muss bei Umwandlungsanträgen auf Einzeltherapie oder auf eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie das Gutachterverfahren eingeleitet werden. Grundsätzlich ist der Antrag so rechtzeitig zu stellen, dass eine unmittelbare Weiterbehandlung möglich ist.</p>	Folgeänderung § 22 Absatz 3, vergleiche lfd. Nr. 18	zu Keine Änderung
21	BPtK	<p>Folgeänderung § 33 Anzeigeverfahren</p> <p>„Eine Leistung gemäß § 11a und § 13 bedarf einer Anzeige gegenüber der Krankenkasse. Hierzu teilt die Therapeutin oder der Therapeut der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung die Diagnose und das Datum</p>	Folgeänderung § 11 a (4), vergleiche lfd. Nr. 8	zu Keine Änderung

		<p>des Behandlungsbeginns der Psychotherapeutischen Basisgruppe bzw. der Akutbehandlung mit. Das Nähere zum Anzeigeverfahren wird in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt.“</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>„Als Folgeänderung aus der vorgeschlagenen Anzeigepflicht, die mit Blick auf den Umfang der Leistung und den Ausschuss einer parallelen gruppenpsychotherapeutischen Behandlung geboten erscheint, ergibt sich darüber hinaus in § 33.“ (S. 9)</p>			
22	BPtK	<p>Folgeänderung § 35 Satz 1</p> <p>„Bei Psychotherapie gemäß § 15 sind Anträge auf Langzeittherapie nach § 21 (1) Nr. 1 (Einzeltherapie) und nach § 22 (Kombinationsbehandlung), wenn die Kombinationsbehandlung überwiegend als Einzeltherapie erfolgt, im Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter zu begründen.“</p>	<p>Folgeänderung § 22 Absatz 3, vergleiche lfd. Nr. 18</p>	zu	Keine Änderung
23	BPtK	<p>Folgeänderung § 35 Satz 4</p> <p>⁴Die Krankenkasse kann Anträge auf Fortführung einer Langzeittherapie als Einzeltherapie oder als eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie durch eine Gutachterin oder einen Gutachter prüfen lassen.</p>	<p>Folgeänderung § 22 Absatz 3, vergleiche lfd. Nr. 18</p>	zu	Keine Änderung

Wortprotokoll



einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie- Richtlinie: Umsetzung § 92 Absatz 6a SGB V (insbesondere Förderung der Gruppenpsychotherapie und Vereinfachungen im Gutachterverfahren)

Vom 29. September 2020

Vorsitzende:	Frau Dr. Lelgemann
Beginn:	10:59 Uhr
Ende:	11:37 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK):

Herr Harfst

Beginn der Anhörung: 10:59 Uhr

(Der angemeldete Teilnehmer ist der Videokonferenz beigetreten.)

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ich begrüße Sie ganz herzlich zur 12. Sitzung des Unterausschusses Psychotherapie. Heute wieder als Videokonferenz. Wir haben als Haupt- und wesentlichen Tagesordnungspunkt die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie hinsichtlich der Vorgaben zu der Umsetzung zu § 92 Abs. 6a SGB V.

Ich begrüße zur mündlichen Anhörung Herrn Harfst, stellvertretender Geschäftsführer der Bundespsychotherapeutenkammer. – Herr Harfst, ich habe Sie schon gesehen. Herzlich willkommen! Ich hoffe, Sie können uns auch gut hören.

Ich mache Sie wie immer darauf aufmerksam, dass wir von dieser mündlichen Anhörung eine Aufzeichnung, also ein Wortprotokoll erstellen. Ich gehe davon aus, Herr Harfst, dass Sie damit einverstanden sind. Ansonsten habe ich diesmal keine Vorreden. Sie sind auch ein erfahrener Teilnehmer, was die mündlichen Anhörungen im G-BA anbelangt, sodass ich jetzt vorschlage, Sie haben das Wort. – Herr Harfst, bitte.

Herr Harfst (BPtK): Herzlichen Dank! Guten Morgen in die Runde! Ich hoffe, ich bin gut zu hören. Vielen Dank für die Gelegenheit, noch einmal in der mündlichen Anhörung unsere wesentlichen Punkte der Stellungnahme vorzutragen und vielleicht auch ein wenig an der einen oder anderen Stelle auszuführen.

Ich würde mich an der Stelle jetzt auf vier Punkte beschränken: Drei, die sich auf den gesetzlichen Auftrag beziehen, die Gruppenpsychotherapie zu fördern und ein Punkt zum Aspekt der Probatorik während der Krankenhausbehandlung. Das sind aus unserer Sicht die ganz zentralen Punkte.

Der Gesetzgeber hat schon zum zweiten Mal den Auftrag erteilt, in den Richtlinien Regelungen zu treffen, die geeignet sind, die Gruppenpsychotherapie zu fördern. Es sind entsprechende Erfahrungen damit gemacht worden, wo vor allem in dem Gesamtprozess die Schwierigkeiten liegen.

Einer der Aspekte, der nun auch aufgegriffen worden ist, der von uns auch schon einmal vorgetragen wurde, ist die probatorische Sitzung im Gruppensetting. Das ist aus unserer Sicht ein sehr geeigneter Schritt, um hier die Gruppenpsychotherapie in der Versorgung zu fördern. Es eröffnet die Möglichkeit, gerade für Psychotherapeuten, die vermehrt Gruppenpsychotherapie anbieten wollen, die Gruppen mit entsprechenden Patienten bestücken wollen und müssen, dass sie hinreichend Behandlungskapazitäten für die Durchführung der Gruppen selbst zur Verfügung haben. Auch können Gruppen kurzfristiger neu gestartet werden, weil sie nicht mehr gezwungen sind, gerade in den Situationen, wo das nicht erforderlich ist, diese Patienten auch noch zweimal im Einzelsetting zu sehen. Insofern ist das sicherlich ein erster Schritt, der hier vollzogen wird.

Leider ist es aus unserer Sicht zugleich mit einer erneuten Überregulierung versehen, weil es letztendlich in der aktuellen Konzeption auch den entscheidenden Vorteil übersieht, dass das, was in der Probatorik eigentlich zu leisten ist, gerade für Patienten, bei denen eine alleinige Gruppenpsychotherapie indiziert und vorgesehen ist, in solchen probatorischen Sitzungen und Gruppensettings am idealsten realisiert werden kann.

Insofern ist es für uns nicht nachvollziehbar, dass hier jetzt noch einmal die Vorgabe enthalten ist, dass mindestens eine probatorische Sitzung im Einzelsetting durchgeführt werden muss. Sogar in der Situation, wenn ein Patient beispielsweise aus dem Krankenhaus entlassen wird, bei dem nach umfangreicher Diagnostik und Behandlung im Krankenhaus selbst schon die Indikation für eine Gruppenpsychotherapie im Anschluss an die stationäre Behandlung getroffen worden ist, müssen dann in diesen Fall wiederum mindestens zwei Sitzungen im Einzelsetting durchgeführt werden. Die Begründungen, die sich in den Tragenden Gründen des G-BA finden, weshalb hier insbesondere eine Probatorik im Einzelsetting durchzuführen ist, sind an der Stelle nicht wirklich gut nachvollziehbar. Wenn man sich das anschaut, wird die möglichst umfassende diagnostische Klärung der psychischen Symptomatik angeführt.

Wir müssen uns vorstellen, wenn der Patient aus dem Krankenhaus kommt, dann ist das entsprechend schon sehr umfangreich geschehen, die Motivation, Kooperation zur Beziehungsfähigkeit und die Eignung des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren im Setting zu prüfen. Auch hier muss man sagen, dass das idealerweise im Gruppensetting am besten zu beurteilen ist. Sofern im Einzelfall weiterer Klärungsbedarf besteht, ist immer die Möglichkeit vorhanden und wird von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechend realisiert, dass zusätzlich auch in dem erforderlichen Umfang probatorische Sitzungen im Einzelsetting durchgeführt werden.

Durch solche Vorgaben, wie sie hier jetzt formuliert sind, würde das heißen: Ich biete eine Gruppenpsychotherapie gerade für Patienten an, die frisch aus dem Krankenhaus kommen, die eine Weiterbehandlung benötigen, dann werde ich erneute Ressourcen bündeln für Behandlungsangebote im Einzelsetting, um entsprechend die Probatorik im Einzelsetting durchzuführen, die ich dann nicht in dem Maße für Gruppenpsychotherapie selbst nutzen kann. Das wird auch dazu führen, dass Gruppenpsychotherapien erst später beginnen können.

Insofern noch einmal unser Plädoyer an der Stelle, das entsprechend zu flexibilisieren und nicht die Luft für einen Brückenauftrag des Gesetzgebers zu lassen, hier weitere Maßnahmen zur Förderung der Gruppenpsychotherapie auf den Weg zu bringen.

Ein weiterer Punkt ist: Wir finden es sehr sinnvoll, dass die Gruppe künftig auch von zwei Psychotherapeuten durchgeführt werden kann. In den Konstellationen, die man in der Versorgung kennt, wo das durchgeführt und als Konzept gehandhabt wird, zielt das insbesondere darauf ab, die Qualität der Behandlung zu verbessern.

Insofern ist es im Kern nicht eine Frage, dadurch mehr Patienten behandeln zu können. Sondern eher, dass vielleicht gerade in schwierigen Konstellationen oder um sich auch intensiver austauschen zu können, um grundsätzlich eine bessere Qualität der Gruppenpsychotherapie zu realisieren, zwei Psychotherapeuten diese Behandlungen durchführen. Weniger im Fokus ist, dadurch mehr Patienten zu behandeln. Insofern sehen wir die Regelung, die damit verbunden ist, die Zahl der Patienten, die versorgt werden können, auf vierzehn zu erhöhen, eher kritisch. Wir haben in der Stellungnahme angeführt, dass es zumindest aus der Forschungsliteratur auch Hinweise dazu gibt, dass es eher ungewöhnlicher wäre. Viele der angeführten Metaanalysen weisen nicht im Detail aus, wie groß die Gruppengrößen im Einzelnen waren, aber die Medianangaben, die wir dort teilweise finden, liegen schon erkennbar niedriger. Eine Studie von Strauß weist aus, dass die Gruppengröße teilweise im Median bei fünf, sechs, sieben und in einzelnen Fällen bei acht lag. In den wenigen

Metaanalysen, in denen wir das detailliert sehen, kann man erkennen – das gilt beispielsweise für Panikstörung –, dass dort die Gruppengrößen regelhaft unter zehn liegen.

Insofern gibt es nicht wirklich gute Gründe, das an der Stelle jetzt grundsätzlich zu öffnen. Unser Vorschlag ist ein bisschen eine Kompromisslösung, indem wir an der Stelle sagen, die Gruppengröße zunächst einmal auf zwölf zu begrenzen und dann in der Umsetzung in der Versorgung zu schauen, wie sich das schließlich darstellt; ob das geeignet ist; ob es irgendwelche Probleme dabei gibt, also den Evaluationsauftrag auch entsprechend dafür mit zu nutzen.

Schwierig erscheint uns ein Punkt, den wir damals schon bei der Regelung der Gruppenpsychotherapie hatten, als die Mindestgröße der Gruppengröße von zwei auf drei angehoben wurde. Das würden wir hier wieder aufs Neue bekommen. Die Schwierigkeit, die entsteht, wenn man Vorgaben macht, wie viele Patienten pro Psychotherapeut mindestens als primärer Bezugstherapeut oder Bezugspatient, wie Sie es hier in dem Fall in der Richtlinie genannt haben, versorgt werden, führt nachher in der Umsetzung sicherlich dazu, dass häufiger Gruppentermine nicht so stattfinden können, wie sie geplant sind.

Es gibt auch keinen fachlichen Anhaltspunkt dafür, weshalb es erforderlich wäre, mindestens drei Patienten pro Psychotherapeut vorzusehen; weshalb es schwierig ist, wenn es nur zwei oder nur einer wären. Da scheinen mehr Abrechnungsfragen im Vordergrund zu stehen und nicht so sehr die eigentlichen fachlichen Fragen, was eigentlich erforderlich ist, um eine gute Psychotherapie in der Gruppe durch zwei Psychotherapeuten umzusetzen.

Insofern ist unser Änderungsvorschlag an der Stelle, diese Vorgaben zu streichen, um zu verhindern, dass, wenn kurzfristige Absagen kommen, Gruppenpsychotherapien nicht stattfinden können. So haben wir das heute schon teilweise, wenn es bei Gruppen, die eigentlich mit vier oder fünf Patienten laufen, ein, zwei Absagen gibt, die dann dazu führen, dass die Gruppengröße doch nur auf zwei sinkt, sodass auch kein anderer Weg mehr möglich ist, als zu sagen: Einer muss länger warten. Also: Wenn beispielsweise ein dringender Behandlungsbedarf ist, sollte man zumindest eine Einzeltherapiestunde machen können.

In der Konstellation, die wir jetzt hier vorliegen haben, würde es dazu führen, dass wahrscheinlich Gruppenstunden einfach ausfallen müssten. Man hätte auch weniger Flexibilität in der Durchführung von Gruppen, sollte einer der Psychotherapeuten nicht zugegen sein, weil er in Urlaub oder krank ist. Das scheint uns eine ungünstige Regelung an der Stelle zu sein.

Der dritte Punkt ist sozusagen der größte oder, wenn man so will, der die umfänglichste Innovation in dem Beschlussentwurf darstellt. Sie haben im § 11a die Psychotherapeutische Informationsgruppe eingeführt, die nach der Begründung insbesondere auch auf Patienten abzielt, die noch der Gruppenpsychotherapie skeptisch gegenüberstehen, bei denen aber gegebenenfalls eine entsprechende Indikation vorliegt.

Der Normtext selbst ist noch mit einer aus unserer Sicht etwas zu starken Betonung auf die Information über Gruppe und weniger auf Gruppenbehandlung. Das sollte aus unserer Sicht auf jeden Fall gestärkt werden. Für uns war in unserem erweiterten Vorschlag die Überlegung dahinter, wenn man Gruppenpsychotherapie in der Versorgung tatsächlich fördern möchte und Patienten ein entsprechendes Angebot unterbreiten möchte, was sie gegebenenfalls auch wahrnehmen, dann ist es von zentraler Bedeutung, dass die Patienten sich etwas darunter vorstellen können, was sie erwartet; dass sie erkennen können, das hat mit ihrer Erkrankung

zu tun, dass Behandlung dort auch tatsächlich stattfindet. Aus unserer Sicht wäre es gerade niederschwelliger an der Stelle, wenn Patienten erkennen können: Okay, das ist ein umgrenztes gruppenpsychotherapeutisches Angebot, aber das ist etwas, was tatsächlich mit meiner Problematik verbunden ist.

Dafür ist natürlich entscheidend, dass es einmal als Behandlungsgruppe ausgewiesen wird und man aber auch die Möglichkeit nutzt, das zusätzlich noch einmal thematisch zu bezeichnen. Das macht es dann auch leichter für Zuweiser, den Patienten zu erläutern, was für ein Angebot eigentlich vorliegt, also, dass man fokussiert im Team ist, dort ein spezifisch fokussiertes Gruppenangebot hat, was für den Patienten geeignet ist, was sie ausprobieren können, ohne dass sie sich unmittelbar auf eine langjährige gruppenpsychotherapeutische Behandlung einlassen müssen. Sondern sie sehen einfach, dass das ein umgrenztes, für sie relevantes Behandlungsangebot ist, wo sie entsprechend positive Behandlungserfahrungen sammeln können. Das wird in manchen Fällen auch dazu führen, dass sich schon eine hinreichende Wirksamkeit ergibt und womöglich keine Weiterbehandlung erforderlich ist oder sich entsprechend weiter anschließen kann.

In so einer Konzeption mit einem thematischen Fokus, hat man eher die Chance bzw. besteht eher die Wahrscheinlichkeit, dass eine solche Gruppe sich dann auch fortsetzen kann, im Vergleich zu einer Gruppe, wo vorrangig die Gruppenskeptiker unterschiedlicher Krankheitsbilder zusammengeführt werden. Dort wird man viel seltener diese Situation vorfinden, dass diese Gruppe im Anschluss weitergeführt wird.

Aus unserer Sicht wäre es zielführend, wenn man beispielsweise eine Depressionsgruppe oder eine Behandlungsgruppe für ältere Menschen oder Patienten, bei denen es um die Bedingtheit durch die berufliche Belastungssituation in ihrer psychischen Erkrankung geht, spezifische Gruppenangebote zu entwickeln. Das sollte auch transparent im System verankert sein, um gegebenenfalls auch darauf hinzuwirken, dass künftig über die Terminservicestellen solche Angebote vermittelt werden können. Jedenfalls sollte Transparenz darüber hergestellt werden, was konkret an Angeboten vorhanden ist, um das dann gezielt auch über Zuweisende ansteuern zu können. Das wäre unser Anliegen, das noch einmal stärker in so eine Richtung auszuformen.

In dem Kontext ist es natürlich schon so, auch wenn man sich die bestehenden gruppenpsychotherapeutischen Angebote anschaut, dass es wahrscheinlich schwer sein wird, das mit vier Gruppenstunden hinzubekommen. Damit das gelingen kann, halten wird es für erforderlich, ein solches Behandlungsangebot in einem größeren Umfang von mindestens acht Stunden als Basisgruppe vorzusehen, mit der eine Gruppenpsychotherapie entsprechend starten kann.

Dadurch, dass es stärker als Behandlungsgruppe konzipiert ist, kann man sich auch entsprechend überlegen, das auch – wie wir es beschrieben haben – als anzeigepflichtige Leistung in der Richtlinie zu definieren.

Zu unserem letzten Punkt hinsichtlich des gesetzlichen Auftrags, dass die probatorischen Sitzungen auch während der Krankenhausbehandlung stattfinden können: Da sehen wir – das haben wir auch geschrieben –, dass der Auftrag, so wie es in der Psychotherapie-Richtlinie mit dem Beschlussentwurf vorgesehen ist, aktuell nicht umgesetzt ist.

Die gesetzliche Regelung ermöglicht die sinnvolle Erweiterung, dass nicht nur probatorische Sitzungen in den Räumlichkeiten des Krankenhauses durchgeführt werden können, sondern

bei entsprechender Indikation und der entsprechenden räumlichen Möglichkeit, das umzusetzen, auch in den vertragspsychotherapeutischen Praxen. Das kann gerade für Patienten, die in der Phase kurz vor der Entlassung sind, besonders sinnvoll sein, schon in den Räumlichkeiten der Praxis die probatorischen Sitzungen durchzuführen. Die Patienten wissen, wo sie weiter versorgt werden, wenn sich das entsprechend konstellierte, dass dort eine Behandlung nach den probatorischen Sitzungen fortgeführt werden kann.

Denken Sie noch einmal an den Eingangspunkt „Förderung Gruppenpsychotherapie“. Darüber hinaus, wenn beispielsweise die Indikation besteht, dass sich eine Gruppenpsychotherapie einer stationären Behandlung anschließen soll, ist auch klar, das kann ich in der Versorgung in der Konstellation nur realisieren, wenn ich es ermöge, dass der Patient während der Krankenhausbehandlung die vertragspsychotherapeutische Praxis aufsucht, um dort an einer Gruppe teilzunehmen. Das kann ich nicht im Krankenhaus selbst realisieren; ich kann nicht die ganze Gruppe mitbringen, um eine entsprechende Sitzung durchzuführen.

Diesbezüglich ist unser Petition, noch einmal den gesetzlichen Auftrag auch von seinem Geiste her in der Richtlinie umzusetzen und diese Möglichkeit entsprechend vorzusehen. Das haben wir im konkreten Regelungsvorschlag für den § 12 gemacht. – Soweit zunächst einmal von unserer Seite. Ich stehe dann für Fragen zur Verfügung.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Harfst! Vielen Dank auch für die präzise Darstellung und Sortierung. – Wer hat Fragen? Wer möchte beginnen? Sie können sich gerne über den Chat melden, weil ich nicht ganz sicher bin, dass ich alle von Ihnen sehe. – Herr M. [PatV], bitte.

PatV: Ich finde den Vortrag zu dem Konzept sehr nachvollziehbar. Ich hatte das auch schon bei anderer Gelegenheit gesagt. Ich finde das Konzept, wie es bisher hier verhandelt worden ist, sehr inkonsistent, auch völlig widersprüchlich hinsichtlich der Informationsfrage und das andere ist das Behandlungserleben.

Ich würde sagen, für die Information brauche ich nicht mehr als eine Sitzung. Ehrlich gesagt, würde ich mir als Patient wünschen, dass das gar nicht in einer Gruppe passiert, sondern dass der Therapeut das mit mir in der Sprechstunde beispielsweise klärt und mir da schon ein Krankheitsverständnis ermöglicht oder sein Krankheitsverständnis mit meinem abgleicht.

Auf der anderen Seite sind vier Sitzungen für die tatsächliche Behandlung, wie Herr Harfst das eben korrekterweise genannt hat, natürlich ein bisschen wenig. Vielleicht ist das in der Tat eine Rettung des bisher überhaupt nicht nachvollziehbaren Konzepts, dass man eine Kurztherapie Richtung acht Stunden daraus macht.

Es ist ja irgendwie eine neue Leistung, die hier jetzt eingeführt werden sollen, die es weltweit noch nicht gibt. Es gibt keine Literatur dazu. Es gibt dazu keine Erfahrungen aus der Praxis. Wir hatten leider auch nicht die Möglichkeit, hier im Rahmen des Prozesses Praktiker oder Fachleute zur Gruppentherapie dazu zu hören. Von daher finde ich es einen sehr guten Vorschlag, in dieser Richtung weiter zu denken.

Ich möchte gerne noch eine Frage an Herrn Harfst anschließen: So wie das Konzept bisher dasteht, was können Sie sich vorstellen, wie viele und welche Therapeuten das überhaupt zur Anwendung bringen? Ich kann mir das ehrlich gesagt gar nicht vorstellen. Auch die Therapeuten, die Gruppentherapeuten, mit denen ich gesprochen habe, haben mit den Schultern gezuckt und mit dem Kopf geschüttelt.

Der schlimmste Fall, den man sich als Patientenvertreter vorstellen kann, ist ja der, dass jetzt doch ein paar Therapeuten das machen, was ich nicht für besonders sinnvoll halte, da diese Kapazitäten dann für richtige Gruppentherapie – wie ich das jetzt mal nenne – sogar noch verloren gehen. Also: Was ist Ihre Prognose, Ihr Gefühl? Sie können es nicht wissen; sie haben auf Evaluation verwiesen. Aber man muss ja schon irgendwie ein positives Gefühl haben, sonst macht es keinen Sinn, das in Gang zu setzen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Herr Harfst, Sie haben das Wort.

Herr Harfst (BPtK): Vielen Dank für die Frage, Herr M [PatV]. – Sie haben es richtig angesprochen, dass es für diese aktuelle Konzeption kein konkretes Vorbild gibt. Im Vergleich dazu ist der Vorschlag, den wir unterbreitet haben, der gerade auch im Kontext der stationären Behandlung in verschiedenen Formen Anwendung findet, gut evaluiert. Dafür gibt es sicherlich entsprechend Belege, dass eine solche themenfokussierte Gruppenpsychotherapie tatsächlich mit einem patientenrelevanten Nutzen verbunden ist. Dafür gibt es unterschiedliche Konzeptionen auch in Manualen und in anderer Weise, auf die man zurückgreifen könnte.

Wenn man die aktuelle Konzeption mit den bis zur vier Sitzungen stärker in Richtung Primärbehandlung ausgestaltet, wäre wahrscheinlich am ehesten ein Anreiz einer solchen gruppenpsychotherapeutischen Behandlung, wo man im Grunde, wenn man das so machen möchte, schon im Vorfeld dem Patienten in Aussicht stellen müsste, dass das dann unmittelbar in eine gruppenpsychotherapeutische Kurzzeittherapie überführt wird. Also das muss mit der Aussicht unmittelbar verbunden sein muss, damit das ganze funktionieren kann.

Ich würde jetzt auch denken, dass unsere Kolleginnen und Kollegen in der Versorgung das am ehesten in diesem Sinne ausgestalten würden, dass sie versuchen, das trotzdem auch mit dem thematischen Fokus zu versehen. Sie würden auch versuchen, die Gruppenzusammensetzung auch schon dahingehend zu bilden, dass dann eine Gruppe zusammenkommt, die auch weiter sinnvoll in dieser Konstellation arbeiten kann und man weniger dieser Idee nachkommt, vor allem Gruppenskeptiker in einer solchen Gruppe zusammenzuführen, um sie durch mehr Information und ein bisschen exemplarisches Darstellen von dem, wie Gruppenpsychotherapie funktioniert, für eine Gruppenpsychotherapie zu gewinnen. Sondern – das ist unsere Überzeugung –, dass es eher in eine solche Umsetzung gehen würde, die unserem Vorschlag näherkäme, aber eben mit den Limitationen verbunden ist, dass das eigentlich nur sinnvoll funktionieren kann, wenn sich eine Kurzzeittherapie für die Patientengruppe unmittelbar anschließt. Insofern ist dann fraglich, wie intensiv so etwas tatsächlich in der Form genutzt würde oder ob dann nicht diese Psychotherapeuten von vornherein eher so ein Kurzzeitgruppenpsychotherapieangebot machen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Harfst! – Ist Ihre Frage beantwortet, Herr M. [PatV]?

(Herr M. [PatV] nickt.)

Gut. – Gibt es weitere Fragen zu diesem Punkt? Sonst hätte ich natürlich, wie Sie sich denken können, noch Fragen dazu.

Herr Harfst, der Unterausschuss weiß das schon, dass ich gegenüber diesem Konzept sehr, sehr skeptisch bin. Ich bin es auch gegenüber der Fassung, die jetzt vorliegt.

Nun ist mir versichert worden, dass einer der Gründe sei, warum man hier keine, ich nenne es vielleicht einmal noch nicht diagnosespezifische, aber thematische Fokussierung vorsehen will, weil man gerade das Gruppensetting fördern will. Also man möchte unbedingt dem gesetzlichen Auftrag nachkommen, wahrscheinlich auch tatsächlich, Frau T. [BMG], aus Angst davor, dass der nächste zur Förderung der Gruppenpsychotherapie kommt. Aber das ist jetzt nur eine Vermutung.

Die Frage stellt sich ja, Herr Harfst, wie ist das denn bei Ihrem Konzept? Ist das dann eine Förderung der Gruppentherapie? Weil die Hürden der Gruppentherapie, sind nämlich: Finde ich genug Menschen mit einer vergleichbaren Diagnose? All diese organisatorischen Hürden, die auch immer aufgeführt werden, wären die bei Ihrem Konzept auch überwunden? – Das wäre einfach noch einmal meine Frage.

Herr Harfst (BPtK): Ein wesentlicher Vorteil bei dieser Konzeption wäre ja tatsächlich, dass diese Patienten unmittelbar nach einer Sprechstunde in ein solches Behandlungsangebot überwiesen oder verwiesen werden könnten. Die Thematik mit der Probatorik, was wir gerade eben länger besprochen hatten, die dann womöglich immer noch einmal im Umfang von zwei Einzeltherapiesitzungen durchgeführt werden muss, fällt dann weg.

Es setzt natürlich auch einen Impuls für die Versorgung, genau solche spezifischen Angebote, also themenfokussierte Angebote tatsächlich zu entwickeln, auf die dann Zuweiser ganz spezifisch zuweisen können. Wir haben genügend hausärztliche Kollegen, die liebend gerne Patienten auf ein solches Angebot – beispielsweise für Depressionspatienten oder für Angstpatienten – zuweisen würden, wenn es ein solches Angebot gäbe.

Durch eine solche Regelung würde eben ein Impuls gesetzt werden, dass in der Versorgungslandschaft über die Psychotherapeuten noch einmal ein neues Gruppenangebot entwickelt wird mit einer klaren Fokussierung, einem umgrenzten Behandlungsangebot, das dann auch in der Versorgung transparent gemacht werden kann. Man kann dann schauen, dass man Vermittlungsmöglichkeiten dafür entsprechend auch nutzt. Dadurch kann tatsächlich dem eigentlichen gesetzlichen Auftrag auch nachgekommen werden, Gruppenpsychotherapie zu fördern, viel stärker noch in die Versorgung zu bringen, und auch Patientengruppen zu erschließen, die aktuell diesen Zugang zur Gruppenpsychotherapie nicht finden.

Auch wenn ich beispielsweise an Patienten aus der älteren Generation denke, die in der hausärztlichen Versorgung sind: Wenn diese Patienten so ein spezifisches Angebot beispielsweise für Depression im Alter vorfinden, dann könnte so etwas tatsächlich Bewegung in die Versorgungsangebote bringen. Ich glaube, es würde auch von den zuweisenden Hausärzten als ein echter Gewinn erlebt, dass künftig ein solches Versorgungsangebot vorgehalten wird, auf das sie spezifisch vermitteln können, was sie den Patienten auch transparent erläutern können, worum es dabei geht und in welcher Konstellation das ganze stattfindet.

Wie gesagt: Ein umgrenztes Angebot ist sicherlich für viele Patienten zunächst einmal niederschwelliger, weil sie sich nicht von vornherein auf einen längerfristigen Behandlungsprozess einlassen müssen. Auch die Behandlungserfahrungen, die wir mit Gruppenpsychotherapie im stationären Setting haben, zeigen ganz oft, dass allein diese umgrenzte Gruppenpsychotherapieerfahrung, die Patienten im Krankenhaus oder in der medizinischen Reha machen, an vielen Stellen Schwellen abbaut. Diese Patienten werden dann eher dazu befähigt oder können sich das eher vorstellen, ein solches Angebot auch anschließend in der ambulanten Versorgung in Anspruch zu nehmen, so, wie wir es beispielsweise auch mit den Psy-RENA-Gruppen im Bereich der medizinischen Reha haben.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Okay. – Dann habe ich noch eine weitere Frage. Sie schreiben ja in Ihrer Stellungnahme, dass das dann auch anzeigepflichtig ist; so ist Ihr

Vorschlag. Müsste es dann nicht konsequenterweise auch auf die Kontingente angerechnet werden, weil wir dann ja Therapie machen.

Herr Harfst (BPtK): Ja, das ist schon korrekt. Das kann man sich an der Stelle dann auch überlegen. Sie werden verstehen, dass wir das jetzt nicht unmittelbar komplett durchgetextet haben, wie man das machen könnte.

Man kann sich auch überlegen, ob das dann anteilig angerechnet wird, ob man dort noch einmal einen Anreiz setzen möchte, dass im Anschluss trotzdem noch mehr Behandlungskapazität zur Verfügung steht. Aber das hat sicherlich seine innere Logik, dass das zumindest zum Teil dann auch auf die Behandlungskontingente mit angerechnet wird.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank! – Ich habe noch eine Frage nur zur Klarstellung und zum Verständnis. Sie sagen, dass auch für diese Therapien durch zwei Psychotherapeuten, dieselben Regeln gelten sollen, wie wir das ansonsten jetzt für Gruppen mit Anzahl Therapeuten geregelt haben.

Herr Harfst (BPtK): Genau, das ist ja unser Petitum, dass auch für diese Konstellation, wenn beispielsweise zwei oder mehrere Praxen miteinander kooperieren und schauen, welche gruppenpsychotherapeutische Angebote sie vielleicht gemeinsam vorhalten wollen, dann kann das auch etwas sein, was den Übergang von dieser psychotherapeutischen Basisgruppe in eine sich daran anschließenden Gruppenpsychotherapie erleichtert, wo man dann auch ein bisschen noch schauen kann: Wie ist die konkrete Gruppenzusammensetzung? Welche Patienten kommen über welchen Psychotherapeuten? Womöglich ist dadurch ein Einstieg über zwei Psychotherapeuten auch für die Patienten hilfreich, um dieses Angebot wahrzunehmen und das dann womöglich nach einer solchen psychotherapeutischen Basisgruppe fortzusetzen, wenn es in die Richtlinienpsychotherapie überführt wird.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Herzlichen Dank! Das wären meine Fragen zu diesem Punkt. – Aber jetzt gerne wieder an die anderen Mitglieder des Unterausschusses: Gibt es weitere Fragen, auch zu anderen Themenkomplexen, die Herr Harfst angesprochen hat?

Dann hätte ich noch eine Frage und zwar zu dem Auftrag, dass im Rahmen des Entlassmanagements auch schon Sitzungen in den Räumen des Krankenhauses stattfinden können. Sie haben in Ihrer Stellungnahme sehr darauf abgehoben, dass auch gewährleistet sein muss, dass Patienten, die noch stationär behandelt werden, an ambulant stattfindenden Gruppensitzungen teilnehmen können.

Ich stelle jetzt einmal eine ehrliche Frage. – Ich meine, letztlich muss das ja auch umgekehrt für nicht-gruppentherapeutische Sitzungen gelten. – Halten Sie es für vorstellbar, dass der Psychotherapeut so eine Art Hausbesuche im Krankenhaus macht? Oder ist das eine Regelung, die immer ins Leere laufen wird, weil es einfach zu zeitaufwendig für die Psychotherapeuten ist?

Herr Harfst (BPtK): Jetzt würde ich ein bisschen in der Tradition von Herrn Hecken auf familiäre Evidenz zurückgreifen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Das ist schwierig, aber gern.

– Das ist sozusagen eine Einzelevidenz. – Das wird sich sicher in der Versorgung realisieren, wenn Praxen im Umfeld von Krankenhäusern liegen oder womöglich auch noch enger mit dem

Krankenhaus selbst verbunden sind, beispielsweise, wenn sie ein MVZ haben, was in der Nähe eines Krankenhauses ist. In diesen Konstellationen wird das ganz sicher vorkommen.

Ich kann Ihnen nur sagen – deswegen familiäre Evidenz –, meine Frau, die in einem MVZ arbeitet, macht das genau so, dass der Kontakt genutzt wird – probatorische Sitzungen kann sie dort im Moment nicht durchführen. Aber es wäre überhaupt keine Frage, dass das so geschehen würde. Aktuell ist es eher die Situation, dass frühzeitig ein Kontakt hergestellt wird, um sich zumindest kennenzulernen.

Aber in den Konstellationen wird es sich dann garantiert auch in der Versorgung zeigen. Das heißt, wenn die Wege ins Krankenhaus machbar sind, werden Psychotherapeuten das auch durchführen. Ich gehe auch davon aus, dass die Krankenhäuser in dem Interesse, eine Anschlussbehandlung sicherzustellen, dann entsprechend auch die Räumlichkeiten zur Verfügung stellen, damit das immer an den Stellen realisiert werden kann, wo das erforderlich ist und wenn der andere Weg, dass sie selber in die Praxis kommen, nicht genauso gut funktionieren würde.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Das heißt, Sie sagen, das wird von den lokalen Gegebenheiten abhängen, ob sich das verwirklicht lässt oder nicht. Das ist ja auch einleuchtend.

Herr Harfst (BPtK): Ja.

– Vielen Dank für diese Einschätzung.

Gibt es weitere Fragen an Herrn Harfst? – Herr Harfst, das scheint erkennbar nicht der Fall zu sein, sodass mir nur bleibt, mich ganz herzlich bei Ihnen zu bedanken für Ihre Stellungnahme und auch für die Tatsache, dass Sie von der Möglichkeit der mündlichen Anhörung Gebrauch gemacht haben. – Ganz herzlichen Dank!

Herr Harfst (BPtK): Herzlichen Dank auch von meiner Seite für die Anhörung. Ich wünsche weiter gute Beratungen im Unterausschuss. Von unserer Seite noch einmal herzlichen Dank, dass Sie so zeitnah den gesetzlichen Auftrag aufgegriffen haben und gute Vorschläge gemacht haben. Wir hoffen, dass das in eine kluge Beschlussfassung mündet. – Vielen Dank!

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen, vielen Dank, Herr Harfst!

Schluss der Anhörung: 11:37 Uhr