



Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren

Beratungsverfahren gemäß § 135 Absatz 1 SGB V (vertragsärztliche Versorgung)

Stand: 22. November 2019

Unterausschuss Methodenbewertung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

- D-2.3 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens
Beschlussentwurf zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie
Tragende Gründe zum Beschlussentwurf zur Änderung der PT-RL
Synopse der Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie
Grafische Darstellung Bewilligungsschritte bzw. Behandlungsumfang
- D-2.6 Eingegangene schriftliche Stellungnahmen
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)
Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (DFT)
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie e.V. (D3G)
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)
Bundesärztekammer (BÄK)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) und Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V. (DGSF) und Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V. (Systemische Gesellschaft, SG)
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP)
- D-2.7.2 Wortprotokoll zur Anhörung

Beschlussentwurf



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 (BAnz. S. 1399) wie folgt zu ändern:

- I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert
 1. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 und 3 werden jeweils nach dem Wort „Psychotherapie-Vereinbarung“ die Wörter „in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 1. April 2019 und in Kraft getreten am 15. April 2019,“ eingefügt.
 - b) In Absatz 5 wird nach dem Wort „Erziehungsberatung“ ein Komma und die Wörter „Paar- und Familienberatung“ eingefügt.
 2. In § 2 Absatz 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „körperliche“ werden die Wörter „oder soziale“ eingefügt.
 3. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach dem Wort „Therapieverfahrens“ werden die Wörter „und der Anwendungsform (Setting)“ eingefügt.
 - bb) Die Wörter „im Einzel- wie im Gruppensetting“ werden gestrichen.
 - b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Psychotherapie nach dieser Richtlinie kann bei allen Indikationen nach § 27 als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie sowie bei der Systemischen Therapie als Behandlung der Patientin oder des Patienten zusammen mit relevanten Bezugspersonen aus Familie oder sozialem Umfeld (Mehrpersonensetting) auch in Kombination mit Einzel- oder Gruppentherapie Anwendung finden.“
 - bb) Die Nummern 1 bis 4 des Absatz 4 Satz 1 werden zu den Nummern 1 bis 4 des Absatzes 4 Satz 3. Satz 2 wird gestrichen.
 - cc) In Nummer 1 Satz 4 und in Nummer 2 Satz 2 wird jeweils das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und jeweils nach dem Wort „Verhaltensanalyse“ die Wörter „oder System- und Ressourcenanalyse“ eingefügt.
 - dd) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„Mehrpersonensetting im Rahmen der Systemischen Therapie: Ziel von Systemischer Therapie im Mehrpersonensetting ist die Veränderung von bedeutsamen Beziehungen und Interaktionen (zwischen Patientin oder Patient und Lebenspartnerin oder -partner, der Kernfamilie oder erweiterter Familie, sowie zwischen Patientin oder Patient und den Mitgliedern anderer interpersoneller Systeme), sofern diese für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung der psychischen Störung von Krankheitswert von Bedeutung sind.“

- ff) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.
 - gg) In der neuen Nummer 4 wird Satz 2 gestrichen.
4. In § 5 Absatz 2 und § 6 Absatz 2 wird jeweils die Angabe „§ 19“ durch die Angabe „§ 20“ ersetzt.
 5. § 9 wird wie folgt gefasst:

„Im Rahmen einer Psychotherapie kann es notwendig werden, zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges für die Behandlung der psychischen Störung relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einzubeziehen.“
 6. § 11 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 7 und Absatz 9 wird jeweils die Angabe „§ 26“ durch die Angabe „§ 27“ ersetzt.
 - b) Der Absatz 16 wird zu § 42 [KBV, PatV] / § 43 [GKV-SV] Absatz 1.
 7. § 12 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 26“ durch die Angabe „§ 27“ ersetzt.
 - b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„In der Systemischen Therapie können auch probatorische Sitzungen im Mehrpersonensetting stattfinden.“
 8. § 13 wird wie folgt geändert:
 - a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Anwendung des Mehrpersonensettings gemäß § 4 Absatz 4 Nummer 3 beträgt die Mindestdauer 50 Minuten mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl.“
 - b) In Absatz 3 wird die Angabe „§ 23“ durch die Angabe „§ 33“ [KBV, PatV] / „§ 34“ [GKV-SV] ersetzt.
 - c) In Absatz 4 wird die Angabe „§ 28“ durch die Angabe „§ 29“ [KBV, PatV] / „§ 29 und § 31“ [GKV-SV] ersetzt.
 9. In § 14 wird der Absatz 6 zu § 42 [KBV, PatV] / § 43 [GKV-SV] Absatz 2.
 10. In § 15 wird in Nummer 2 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 3 angefügt:

„Systemische Therapie.“

GKV-SV

- | |
|--|
| 11. § 16 wird folgender Absatz angefügt: |
|--|

„Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie können als Krankenbehandlung nach dieser Richtlinie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen.“

12. § 17 wird folgender Absatz angefügt:

„Verhaltenstherapie kann als Krankenbehandlung nach dieser Richtlinie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen.“

13. Nach § 17 wird folgender § 18 eingefügt:

„§ 18 Systemische Therapie

(1) Die Systemische Therapie fokussiert den sozialen Kontext psychischer Störungen und misst dem interpersonellen Kontext eine besondere ätiologische Relevanz bei. Symptome werden als kontraproduktiver Lösungsversuch psychosozialer und psychischer Probleme verstanden, die wechselseitig durch intrapsychische (kognitiv-emotive), biologisch-somatische sowie interpersonelle Prozesse beeinflusst sind. Theoretische Grundlage sind insbesondere die Kommunikations- und Systemtheorien, konstruktivistische und narrative Ansätze und das biopsychosoziale Systemmodell. Grundlage für Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Sinne dieser Richtlinie ist die Analyse der Elemente der jeweiligen relevanten Systeme und ihrer wechselseitigen Beziehungen, sowohl unter struktureller als auch generationaler Perspektive und eine daraus abgeleitete Behandlungsstrategie. Der Behandlungsfokus liegt in der Veränderung von symptomfördernden, insbesondere familiären und sozialen Interaktionen, narrativen und intrapsychischen Mustern hin zu einer funktionaleren Selbst-Organisation der Patientin oder des Patienten und des für die Behandlung relevanten sozialen Systems, wobei die Eigenkompetenz der Betroffenen genutzt wird.

(2) Schwerpunkte der systemischen Behandlungsmethoden sind insbesondere

- Methoden der systemischen Gesprächsführung und systemische Fragetechniken
- Narrative Methoden
- Lösungs- und ressourcenorientierte Methoden
- Strukturell-strategische Methoden
- Aktionsmethoden
- Methoden für die Arbeit am inneren System
- Methoden zur Affekt- und Aufmerksamkeitsregulation
- Symbolisch- metaphorische und expressive Methoden.“

GKV-SV

(3) Systemische Therapie kann nach dieser Richtlinie als Krankenbehandlung bei Erwachsenen zur Anwendung kommen.“

14. Die bisherigen § 18 bis 38 werden die § 19 bis 39. [KBV, PatV] /
Die bisherigen § 18 bis 29 werden die § 19 bis 30. [GKV-SV]

15. Der neue § 19 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 19 Kombination von Psychotherapieverfahren“

b) Das Wort „und“ wird durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Verhaltenstherapie“ die Wörter „und Systemische Therapie“ eingefügt.

16. Im neuen § 20 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 wird jeweils die Angabe „§ 26“ durch die Angabe „§ 27“ ersetzt.

17. Im neuen § 21 wird Satz 2 zu § 42 [KBV, PatV] / § 43 [GKV-SV] Absatz 3.

18. Der neue § 21 wird wie folgt gefasst:

„(1) Psychotherapie gemäß § 15 dieser Richtlinie kann in folgenden Formen Anwendung finden:

1. Einzeltherapie mit einer einzelnen Patientin oder einem einzelnen Patienten.
2. Gruppentherapie mit mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen und Patienten, sofern die Interaktion zwischen mehreren Patientinnen und Patienten therapeutisch förderlich ist und die gruppenspezifischen Prozesse entsprechend genutzt werden sollen.
3. Systemische Therapie kann auch im Mehrpersonensetting Anwendung finden. Das Mehrpersonensetting kann in der Einzeltherapie nach Nummer 1 oder in der Gruppentherapie nach Nummer 2 durchgeführt werden.

(2) Die Anwendung von Einzel- und Gruppentherapie und des Mehrpersonensettings erfolgt unter Berücksichtigung der alters- und entwicklungsspezifischen Bedingungen, gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9.“

19. Der neue § 22 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Psychotherapie nach § 15 kann als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden, bei der Systemischen Therapie auch im Mehrpersonensetting.“

b) Der Absatz 4 wird zu § 41 [KBV, PatV] / § 42 [GKV-SV].

20. Im neuen § 23 wird Absatz 1 wie folgt gefasst:

„Psychotherapie nach § 15 ist auf maximal drei Behandlungsstunden in der Woche zu begrenzen, um eine ausreichende Therapiedauer im Rahmen der Kontingentierung zu gewährleisten.“

21. Im neuen § 25 Absatz 2 wird die Angabe „§ 24“ durch die Angabe „§ 25“ ersetzt.

GKV-SV
22. Im neuen § 26 Satz 3 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „analytischen“ werden die Wörter „oder Systemischen Psychotherapie“ eingefügt.

23. Im neuen § 27 Absatz 3 Nummer 3 werden nach dem Wort „Sexualberatung“ die Wörter „sowie der Paar- und Familienberatung“ eingefügt.

24. Der neue § 28 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 wird die Angabe „§§ 28 bis 30“ durch die Angabe „§§ 29 bis 31“ [KBV, PatV] / „§§ 29 bis 32“ [GKV-SV] ersetzt.
- b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „Minuten“ ein Komma und die Wörter „eine Doppelstunde mindestens 100 Minuten“ eingefügt.
- c) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Das Wort „und“ wird durch ein Komma ersetzt.
- bb) Dem Wort „Verhaltenstherapie“ wird das Wort „der“ vorangestellt.
- cc) Nach dem Wort „Verhaltenstherapie“ werden die Wörter „und der Systemischen Therapie“ eingefügt.
- a) In Absatz 6 wird das Wort „kann“ ersetzt durch die Wörter „und Systemische Therapie können“.
- b) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz eingefügt:
 „Systemische Therapie kann im Mehrpersonensetting erbracht werden. In diesem Fall ist dies in Einheiten von mindestens 50 Minuten und in doppelstündigen Sitzungen mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl durchzuführen.“
- c) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 8.

25. Der neue § 29 wird wie folgt geändert:

GKV-SV
a) Der Überschrift wird die Angabe „Nr. 1 und 2 (Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie)“ angefügt.
b) Die Wörter „Folgende Therapieansätze sind möglich“ werden durch die Wörter „In den Verfahren nach § 15 [KBV, PatV] / § 15 Nummer 1 und 2 [GKV-SV] sind folgende Therapieansätze möglich“ ersetzt.
c) In den Nummern 1 und 2 werden jeweils die Wörter „der Verfahren nach § 15“ gestrichen und jeweils die Angabe „§ 33“ durch die Angabe „§ 34“ [KBV/PatV] / „§ 35“ [GKV-SV] ersetzt.
d) In Nummer 3 wird die Angabe „§ 29“ durch die Angabe „§ 30“ ersetzt

26. Der neue § 30 wird wie folgt geändert:

GKV-SV
a) Der Überschrift wird die Angabe „Nr. 1 und 2 (Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie)“ angefügt.
KBV/PatV
b) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt: „4. Systemische Therapie bei Erwachsenen - Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden - Höchstgrenze: 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden“
c) Die bisherigen Nummern 4 bis 7 werden die Nummern 5 bis 8.

GKV-SV
27. Nach dem neuen § 30 wird folgender § 31 eingefügt: „§ 31 Behandlungsumfang im Verfahren gemäß § 15 Nr. 3 (Systemische Therapie) bei Erwachsenen

GKV-SV

Folgende Antragsschritte sind bei Systemischer Therapie bei Erwachsenen möglich:

1. Bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie oder bis zu 12 Doppelstunden als Gruppentherapie des Verfahrens nach § 18 (KZT 1). Die KZT 1 ist gemäß § 35 antragspflichtig. Erbrachte Stunden im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach § 13 werden mit dem Stundenkontingent der KZT 1 verrechnet.
2. Bis zu 12 Stunden in einem weiteren Schritt als Einzeltherapie oder bis zu 12 Doppelstunden als Gruppentherapie des Verfahrens nach § 18 (KZT 2). Die KZT 2 ist gemäß § 35 antragspflichtig.
3. Eine Überschreitung des mit den jeweiligen Antragsschritten festgelegten Therapieumfangs ist für die Systemische Therapie nur zulässig, wenn mit der Beendigung des Antragsschrittes das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungsziels bei Fortführung der Therapie besteht.“

28. Die bisherigen § 30 bis 38 werden die § 32 bis 40.

29. Im neuen § 31 [KBV, PatV] / 32 [GKV-SV] Buchstabe a, b und c wird jeweils die Angabe „§ 25“ durch die Angabe „§ 26“ ersetzt.

30. Der neue § 34 [KBV, PatV] / 35 [GKV-SV] wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1a wird jeweils die Angabe „§ 26“ durch die Angabe „§ 27“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 wird die Angabe „§ 29“ durch die Angabe „§ 30“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 wird die Angabe „§ 28“ durch die Angabe „§ 29“ ersetzt.
- d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach den Wörtern „Antragsverfahren ist“ wird das Wort „geregelt“ eingefügt.
 - bb) Die Wörter „15. Januar 2015 geregelt“ werden durch die Wörter „2. Februar 2017, zuletzt geändert am 1. April 2019 und in Kraft getreten am 15. April 2019“ ersetzt.

GKV-SV

31. Im neuen § 36 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 15“ die Angabe „Nr. 1 und 2“ eingefügt.

32. Im neuen § 35 [KBV, PatV] / 36 [GKV-SV] Satz 2 wird der 2. Halbsatz wie folgt gefasst:

„die oder der bestellt ist nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 1. April 2019 und in Kraft getreten am 15. April 2019“

33. Der neue § 36 [KBV, PatV] / 37 [GKV-SV] wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 werden nach den Wörtern „Fachkundenachweis analytische Psychotherapie“ ein Komma und die Wörter „im Bereich der Systemischen Therapie ist eine abgeschlossene Weiterbildung oder der Fachkundenachweis in Systemischer Therapie“ eingefügt sowie in Satz 2 das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „17“ die Angabe „und 18“ eingefügt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Erwachsenen müssen“ die Wörter „– vorbehaltlich abweichender Übergangsregelungen in § 40 [KBV, PatV] / § 41 [GKV-SV] –“ eingefügt.
 - bb) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Psychotherapie-Vereinbarung“ die Wörter „in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 1. April 2019 und in Kraft getreten am 15. April 2019,“ eingefügt.
 - cc) In Nummer 3 und Nummer 4 werden jeweils nach dem Wort „Verhaltenstherapie“ die Wörter „oder nach § 18 für eine Bewerbung als Gutachterin oder Gutachter für Systemische Therapie“ eingefügt.
- c) In Absatz 6 wird die Angabe „§ 35“ durch die Angabe „§ 36“ [KBV, PatV] / „§37“ [GKV-SV] ersetzt.
34. Im neuen § 38 [KBV, PatV] / 39 [GKV-SV] wird die Angabe „Absatz 15“ durch die Angabe „Absatz 14“ ersetzt.
35. Der bisherige § 39 wird aufgehoben.
36. Dem Abschnitt I. wird folgender neuer § 40 [KBV, PatV] / 41 [GKV-SV] angefügt:
- „§ 40 [KBV, PatV] / § 41 [GKV-SV] Übergangsregelung für die Qualifikationskriterien der Gutachterinnen und Gutachter im Bereich Systemische Therapie
- Für Begutachtungen von Anträgen zur Behandlung von Erwachsenen im Bereich der Systemischen Therapie müssen bis einschließlich 31. Dezember 2027 abweichend von § 36 folgende Voraussetzungen gegeben sein:
1. abweichend von Absatz 3 Nummer 3: der Nachweis von mindestens dreijähriger Tätigkeit nach dem Abschluss einer Weiter- oder Ausbildung in Systemischer Therapie ganz oder überwiegend auf dem Gebiet der Systemischen Therapie in einer Praxis oder Klinik, Poliklinik oder Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie,
 2. abweichend von Absatz 3 Nummer 4: der Nachweis über eine mindestens dreijährige Tätigkeit als Dozentin oder Dozent und als Supervisorin oder Supervisor an einer Ausbildungsstätte, die zum Zeitpunkt der Bewerbung nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes anerkannt ist, oder an einem zur Weiterbildung in den in § 36 [KBV, PatV] / 37 [GKV-SV] Absatz 3 Nummer 1 genannten Gebieten befugten Weiterbildungsverbund (Ärztinnen und Ärzte mit Befugnis zur gemeinsamen Weiterbildung) oder an einer weiterbildungsbefugten Klinik, Poliklinik oder Fachklinik mit einer Grundorientierung in Systemischer Therapie,
 3. abweichend von Absatz 3 Nummer 6: der Nachweis einer mindestens dreijährigen und grundsätzlich aktuell andauernden Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet eines der in § 15 genannten Psychotherapieverfahrens sowie
 4. abweichend von Absatz 5: der Nachweis der Erfüllung der in Nummer 1 bis 3 und § 36 [KBV, PatV] / 37 [GKV-SV] Absatz 3 Nummer 5 genannten Kriterien für eines der in § 15 genannten Psychotherapieverfahren als Gruppentherapie.“
37. Die Abschnittsüberschrift „J. Evaluation“ wird dem neuen § 41 [KBV, PatV] / 42 [GKV-SV] vorangestellt.
38. § 41 [KBV, PatV] / 42 [GKV-SV] wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
 - „Evaluation gemäß Beschluss vom 16. Juli 2015“
 - b) Nach dem Wort „Regelung“ wird die Angabe „in § 22“ eingefügt.

39. § 42 [KBV, PatV] / 43 [GKV-SV] wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Evaluation gemäß Beschluss vom 16. Juni 2016“

b) In Absatz 3 wird nach dem Wort „Regelung“ die Angabe „in § 21 Absatz 2“ und nach den Wörtern „eine Evaluation“ die Wörter „bei psychoanalytisch begründeten Verfahren und bei Verhaltenstherapie“ eingefügt.

40. Die Anlage wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe „§ 19“ wird durch die Angabe „§ 20“ ersetzt.

b) In Nummer 3 wird die Angabe „§ 36“ durch die Angabe „§ 37 [KBV, PatV] / § 38 [GKV-SV]“ ersetzt.

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach 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



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Systemische Therapie bei Erwachsenen

Vom Beschlussdatum

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Redaktionelle und klarstellende Anpassungen	2
2.2	Zusammenführen von Regelungen zur Evaluation	3
2.3	Begründung der vorgenommenen Änderungen.....	3
3.	Würdigung der Stellungnahmen.....	11
4.	Bürokratiekostenermittlung	11
5.	Verfahrensablauf	11
6.	Fazit	13

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.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der G-BA überprüft u. a. gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Absatz 1 SGB V für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue Methoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Methode vertragsärztlich zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden darf. Zu den vertragsärztlichen Leistungen gehören nach § 92 Absatz 6a i.V.m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V auch psychotherapeutische Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Der Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Absatz 1 SGB V wurde am 11. Februar 2013 gestellt. Die sektorübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Systemischen Therapie

GKV-SV
bei Erwachsenen

berücksichtigte die Ergebnisse des Abschlussberichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 24. Mai 2017, die Auswertung der beim G-BA anlässlich der Veröffentlichung des Beratungsthemas eingegangenen Stellungnahmen einschließlich der dort benannten Literatur sowie die Stellungnahmen der einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer.

Mit Beschluss des G-BA vom 22. November 2018 wurde der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren

GKV-SV
bei Erwachsenen

als hinreichend belegt angesehen und der Unterausschuss Psychotherapie (UA PT) mit der Durchführung der Beratungen zur sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext, zur Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 19 Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) sowie zur Anpassung der PT-RL beauftragt.

2.1 Redaktionelle und klarstellende Anpassungen

Durch die Einführung des neuen § 18 „Systemische Therapie“ wurden die entsprechenden Verweise in der PT-RL angepasst.

Mit Aufnahme der Systemischen Therapie

GKV-SV
bei Erwachsenen

in die PT-RL wurde der § 19 (neu) zur Kombination der Psychotherapieverfahren sowie die Regelungen in § 22 (neu) Absatz 1 und § 23 (neu) Absatz 1 PT-RL redaktionell angepasst. Die Streichung von Satz 2 in § 22 (neu) Absatz 1 begründet sich auf die bereits in § 16a Absatz 3 Nummer 4 PT-RL enthaltene Regelung. Die Möglichkeit der Kombination, die in § 22 Absatz 1 Satz 2 PT-RL geregelt ist, gilt für alle Verfahren einschließlich ihrer Sonderformen, d. h. auch für die in § 16a Absatz 3 Nummer 4 PT-RL genannten niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung.

In § 1 Absatz 2 und 3, § 34 (neu) Absatz 4, § 35 (neu) sowie § 36 (neu) Absatz 2 Nummer 2 erfolgen redaktionelle Anpassungen in Bezug auf die aktuell gültige Fassung der Psychotherapie-Vereinbarung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 1. April 2019 und in Kraft getreten am 15. April 2019.

2.2 Zusammenführen von Regelungen zur Evaluation

Mit dieser Richtlinienänderung wurden, zur besseren Strukturierung der Richtlinie, die Regelungen gemäß Beschluss des G-BA vom 16. Juni 2016 zur Evaluation zur Psychotherapeutischen Sprechstunde, Rezidivprophylaxe und zur Gruppengröße sowie gemäß Beschluss des G-BA vom 16. Juli 2015 zur Evaluation der Regelung der Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie in einem neuen Abschnitt J „Evaluation“ in den §§ 41 und 42 PT-RL zusammengeführt.

2.3 Begründung der vorgenommenen Änderungen

Zu § 1 Absatz 5

In § 1 Absatz 5 wurde „Paar- und Familienberatung“ ergänzt, weil diese ebenso wie die bereits aufgeführte Erziehungs- und Sexualberatung nicht dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Sie ist somit allein keine Leistung der GKV und kein Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Beratung zu Fragen oder Problemen im Bereich Erziehung oder Sexualität sowie im Zusammenhang mit Paarbeziehungen oder Beziehungen innerhalb von Familien fällt in die Zuständigkeit entsprechender Beratungsstellen. Die Regelung wurde aufgenommen, um eine Abgrenzung zum in der Systemischen Therapie im Rahmen der Krankenbehandlung möglichen Mehrpersonensettings vorzunehmen.

Zu § 2 Absatz 2

Es wird davon ausgegangen, dass auch soziale Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen mit Krankheitswert einen wesentlichen Anteil haben. Durch die Aufnahme der Systemischen Therapie als Verfahren der Krankenbehandlung in die Psychotherapie-Richtlinie wurde dieser insbesondere für die Systemische Therapie sehr wichtige Einflussfaktor in der Aufzählung ergänzt.

Zu § 4 Absatz 3

Die Ergänzung in § 4 Absatz 3 stellt klar, dass die Beachtung und Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung bei allen Anwendungsformen von Psychotherapie nach PT-RL von zentraler Bedeutung ist.

Zu § 4 Absatz 4

In § 4 Absatz 4 sind die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie möglichen Anwendungsformen festgelegt. Als spezifische Anwendungsform der Systemischen Therapie wurde das „Mehrpersonensetting“ neu aufgenommen. In dieser Anwendungsform werden zusammen mit der Patientin oder dem Patienten gleichzeitig relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld in die Behandlung einbezogen (vgl. Nummer 3). Dem Konzept der Systemischen Therapie entsprechend können in dieser Anwendungsform die für das psychische Krankheitsbild relevanten Prozesse durch die Einbeziehung beteiligter Personen besonders effizient verändert oder aufgelöst werden. Das Mehrpersonensetting kann ebenfalls unter Berücksichtigung des individuellen Störungsbildes und nach Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit Einzel- und Gruppentherapie kombiniert werden, wenn dies erforderlich ist, um den Behandlungsverlauf zu fördern.

Zudem wurde die System- und Ressourcenanalyse in Nummer 1 und Nummer 2 aufgenommen, die in der Systemischen Therapie als therapeutisches Instrument angewandt werden kann, um den Behandlungs- und Heilungsprozess der Patientin oder des Patienten zu fördern.

Zu § 9

Die Regelungen, mit denen relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen werden können, werden vereinheitlicht, unabhängig davon, ob es sich um Erwachsene, Kinder bzw. Jugendliche oder Menschen mit geistiger Behinderung handelt. In diesem Zusammenhang wird klargestellt, dass die einbezogenen Bezugspersonen für die Behandlung der jeweiligen Störung relevant sein müssen.

Insbesondere bei der Systemischen Therapie kann es wichtig sein, nicht nur Bezugspersonen aus dem nahen Umfeld des Patienten in die Behandlung einzubeziehen, vielmehr kann es erforderlich sein, Personen mit regelmäßigen Kontakt aus dem weiteren Umfeld einzubeziehen, die eine wesentliche Rolle bei der Aufrechterhaltung der Störung haben. Hierbei kann es sich z. B. um Personen aus dem Arbeitsumfeld oder sonstigen privaten Umfeld handeln.

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung muss dieser Personenkreis beispielsweise nicht nur auf Familienmitglieder bzw. auf die Partnerin oder den Partner beschränkt sein.

Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld können insbesondere Erzieher und Lehrer oder sonstige Personen sein, die unmittelbar und regelmäßig mit der Krankheit des Patienten konfrontiert sind – so zum Beispiel bei Kindern und Jugendlichen, die in einem Heim leben. Ist eine Relevanz für die psychotherapeutische Behandlung gegeben, können auch bei Erwachsenen, beispielsweise im betreuten Wohnen, Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen werden.

Zu § 12 Absatz 5

Der in § 12 neu eingefügte Absatz 5 legt fest, dass probatorische Sitzungen zur Einleitung einer Systemischen Therapie auch im Mehrpersonensetting erfolgen können. Diese Regelung ist darin begründet, dass in den probatorischen Sitzungen neben der diagnostischen Klärung

auch die Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für das Psychotherapieverfahren erfolgt. Im Fall der Systemischen Therapie werden besonders häufig weitere Personen in den Therapieprozess eingebunden (vgl. § 4 Absatz 4 und § 18), die entsprechend bereits in den klärenden Gesprächen beteiligt sein können.

Zu § 13 Absatz 2

Die Nennung des Mehrpersonensettings in § 13 Absatz 2 bezieht sich auf Interventionen der Systemischen Therapie innerhalb der Akutbehandlung. Dem Konzept der Systemischen Therapie entsprechend nutzt diese auch in akuten psychischen Krisen und Ausnahmezuständen das soziale Bezugssystem der Patientin oder des Patienten, um eine rasche Reduktion der Symptomatik und generelle Besserung zu erreichen. Da die Akutbehandlung mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen aus den Verfahren gem. § 15 durchgeführt wird, kann das Mehrpersonensetting auch in der Akutsituation indiziert sein, wenn die Akutbehandlung im systemischen Ansatz durchgeführt wird. Um eine ausreichende Wirksamkeit sicherzustellen, ist im Mehrpersonensetting auch die Akutbehandlung in Einheiten von mindestens 50 Minuten durchzuführen.

Zu § 15 PT-RL

Als neue Behandlungsform wurde die Systemische Therapie als anerkanntes Psychotherapieverfahren im Sinne der PT-RL in Nummer 3 ergänzt.

Zu § 16 Absatz 3

GKV-SV

Bisher war der Personenkreis, bei dem psychoanalytisch begründete Verfahren als Krankenbehandlung gemäß Psychotherapie-Richtlinie angewendet werden können, lediglich den Festlegungen in § 30 (neu) zu den jeweiligen Bewilligungsschritten zu entnehmen. In dem neuen Absatz 3 wird nun des Personenkreises explizit aufgeführt.

Zu § 17 Absatz 4

GKV-SV

Der Personenkreis, bei dem Verhaltenstherapie als Krankenbehandlung gemäß Psychotherapie-Richtlinie angewendet werden kann, war bisher nur aus den Festlegungen in § 30 (neu) zu den jeweiligen Bewilligungsschritten ersichtlich. In dem neuen Absatz 4 wird nun dieser Personenkreis konkret benannt.

Zu § 18 (neu)

In dem neu eingefügten § 18 wird die Systemische Therapie, als Behandlungsform der PT-RL definiert

GKV-SV

und festgelegt, dass Systemische Therapie als Krankenbehandlung gemäß Psychotherapie-Richtlinie bei Erwachsenen zur Anwendung kommen kann. Der Antrag auf Bewertung des Verfahrens gemäß § 135 Abs. 1 SGB V vom 11. Februar 2013 sah eine Prüfung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen vor; der Nutzen der Systemischen Therapie bei Erwachsenen wurde im Rahmen der Methodenbewertung bestätigt. Entsprechend wird zukünftig der Einsatz der Systemischen Therapie bei Erwachsenen möglich sein.

Zu § 21 (neu)

In den Anwendungsformen der PT-RL wurde das Mehrpersonensetting als neue Anwendungsform für die Systemische Therapie hinzugefügt. Zudem wurde der Paragraph redaktionell überarbeitet. Wird Systemische Therapie im Mehrpersonensetting in der Gruppentherapie durchgeführt, dann werden die Bezugspersonen nicht in die maximale Anzahl von neun Patientinnen und Patienten hineingezählt. Die in der PT-RL vorgegebene Begrenzung bezieht sich nur auf Patientinnen und Patienten und nicht auf Bezugspersonen. Dadurch kann die Gesamtzahl auf über neun Personen ansteigen.

Zu § 22 (neu)

Dieser Paragraph zur Kombination von Anwendungsformen wurde um das Mehrpersonensetting bei Systemischer Therapie ergänzt und redaktionell angepasst.

GKV-SV

Zu § 26 (neu)

In Absatz 1 wurde im letzten Satz die Systemische Therapie ergänzt, um auch für dieses neue psychotherapeutische Verfahren zu gewährleisten, dass die methodenbezogene Eigengesetzlichkeit des therapeutischen systemischen Prozesses nicht durch den Einsatz von übenden und suggestiven Verfahren verfremdet wird.

Zu § 28 (neu)

In Absatz 3 wurde zur Klarstellung ergänzt, dass eine doppelstündige Sitzung mindestens 100 Minuten umfasst.

In Absatz 4 und Absatz 6 wurde die Systemische Therapie ergänzt. Bei Einzeltherapie gilt nun, dass therapeutische Sitzungen in Einheiten von 25 Minuten, 50 Minuten ebenso wie doppelstündige Sitzungen möglich sind. Wird von dieser Regelung Gebrauch gemacht, so vermehrt bzw. vermindert sich die Zahl der Gesamtsitzungen entsprechend.

Der neu eingefügte Absatz 7 regelt den Behandlungsumfang bei Systemischer Therapie im Mehrpersonensetting im Rahmen der Einzeltherapie bzw. Sitzungen mit einem Patienten. Hierfür ist festgelegt, dass die Einheit einer therapeutischen Sitzung im Mehrpersonensetting mindestens 50 Minuten umfasst (1 Therapieeinheit in der „Einzeltherapie“ entspricht 50 Minuten). Es können auch doppelstündige Sitzungen stattfinden, wobei sich die Gesamtsitzungszahl entsprechend vermindert. Kürzere Einheiten werden bei Systemischer Therapie im Mehrpersonensetting nicht als sinnvoll erachtet und sind daher nicht vorgesehen. Ein Mehrpersonensetting kann nicht nur in der Einzeltherapie, d. h. bei der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten, sondern kann auch im Rahmen einer Gruppentherapie, d.h. Behandlung von mindestens drei Patientinnen und/oder Patienten oder im Rahmen einer Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie Anwendung finden. Wird das Mehrpersonensetting in einer Gruppensitzung durchgeführt, wird die Sitzungsdauer der Gruppentherapie (1 Therapieeinheit in der „Gruppentherapie“ entspricht 100 Minuten) in der Anrechnung der maximal möglichen Anzahl der Therapieeinheiten verwendet.

Zu § 29 (neu)

GKV-SV
Die Bezeichnung des § 29 wird geändert. Da in § 15 alle Verfahren, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden können, aufgelistet werden, ist hier eine Spezifizierung auf die psychodynamischen Verfahren und die Verhaltenstherapie erforderlich. Die Antragsschritte für die Systemische Therapie werden in einem neuen Paragraphen – nämlich § 31 – ausgeführt.

Zu § 30 (neu)

KBV	GKV-SV
Die neu eingefügte Nummer 4 regelt die Bewilligungsschritte für Systemische Therapie in der Langzeittherapie. Es wird festgelegt, dass im ersten Bewilligungsschritt bis zu 60 Stunden beantragt werden können, bzw. 60 Doppelstunden für die Gruppentherapie. Als Höchstgrenze sind 80 Stunden festgelegt. Die Systemische Therapie nimmt für sich in Anspruch, mit vergleichsweise geringen Kontingenten Therapieeffekte zu erzielen. Gleichzeitig liegen noch keine Erkenntnisse zur tatsächlichen Therapiedauer in der vertragsärztlichen Versorgung vor. Das alleinige Rekurrenieren auf die Behandlungsdauer in den nutzenbegründenden Studien zur Festlegung der Kontingente erscheint nicht zielführend. In Studien wird die Behandlungsdauer in der Regel a priori unter pragmatischen Gesichtspunkten bezüglich der Feststellung eines Behandlungseffekts festgelegt; eine systematische Untersuchung der optimalen Behandlungsdauer erfolgt gerade nicht. So ist auch zu berücksichtigen, dass in der realen Versorgung häufiger psychische Komorbiditäten oder chronische Erkrankungen vorliegen, die einen Einfluss auf die Therapiedauer haben können – in klinischen Studien werden entsprechend komplexe Fälle häufig nicht eingeschlossen oder nur spezifische Indikationen untersucht. Die Erfahrungen mit den in der Versorgung etablierten Richtlinienverfahren zeigen, dass in der Versorgungsrealität eine längere Therapiedauer erforderlich ist, um einen nachhaltigen Behandlungseffekt zu erzielen, als in klinischen Studien. Die Psychotherapie-Richtlinie sieht in § 28 (neu) Abs. 2 vor, dass die	Analog zu § 29 wird auch beim § 30 die Bezeichnung geändert und auf die bereits in der vertragsärztlichen Versorgung befindlichen Psychotherapieverfahren abgestellt.

KBV	GKV-SV
<p>Kontingente einen Behandlungsumfang darstellen sollen, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Zudem wird Psychotherapie in § 14 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie als eine besonders nachhaltige Behandlung beschrieben, die aufgrund ihrer Konzepte und Techniken grundsätzlich eine Rezidivprophylaxe als integralen Bestandteil der Abschlussphase einer solchen Therapie beinhaltet. Die hier festgelegten Kontingente tragen diesen Vorgaben Rechnung und erlauben ein therapeutisches Vorgehen in der Langzeittherapie, das dem individuellen Behandlungsbedarf angepasst werden kann, ohne neue Hürden aufzubauen. Die in § 30 (neu) festgelegten Grenzen müssen daher auch die Möglichkeit von Kombinationsbehandlungen oder einem Wechsel der Anwendungsform während des Behandlungsverlaufs berücksichtigen. Flexibilität in der erforderlichen Behandlungsdauer und den erforderlichen therapeutischen Angeboten (Einzeltherapie, Gruppentherapie, Kombinationsbehandlung, Mehrpersonensetting, Rezidivprophylaxe, Einbezug von Bezugspersonen) sind gerade für die Systemische Therapie besonders geboten.</p> <p>Speziell im Mehrpersonensetting der Systemischen Therapie finden therapeutische Sitzungen häufig unter Nutzung mehrerer Therapieeinheiten statt. Da sich das Kontingent auf Therapieeinheiten bezieht und für eine Doppelstunde im Mehrpersonensetting mit einem Patienten entsprechend zwei Therapieeinheiten benötigt werden, würde ein Kontingent von 60 Therapieeinheiten 30 doppelstündigen Sitzungen im Mehrpersonensetting mit einem Patienten entsprechen; das Kontingent wird daher für die – für die therapeutische Wirksamkeit notwendige – Zeit zur Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung und die ausreichende Einbeziehung von Bezugspersonen auch im Mehrpersonensetting als realistisch angesehen. Das Kontingent erlaubt darüber hinaus The-</p>	

KBV	GKV-SV
<p>rapieanträge mit wenig bürokratischem Aufwand, wie bereits in der PT-RL-Reform 2017 für die drei bestehenden Verfahren geregelt wurde und wie es dem gesetzlichen Auftrag entspricht. Das Kontingent berücksichtigt daher einerseits die spezifischen Besonderheiten der Systemischen Therapie, insbesondere vor dem Hintergrund des Einbezugs des sozialen Umfelds, und andererseits die therapeutischen Erfahrungen und stellt einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann.</p> <p>Unabhängig von der Höhe der Kontingente müssen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß § 1 Abs. 3 Psychotherapie-Vereinbarung die Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlung beachten – auch in Bezug auf die Dauer bzw. den Umfang der Behandlung. Die Einleitung einer Langzeittherapie bzw. die Umwandlung einer Kurzzeit- in eine Langzeittherapie wird von der Krankenkasse einer Gutachterin oder einem Gutachter vorgelegt und die beantragten Stunden werden im Einzelfall von der Krankenkasse bewilligt, womit dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung getragen ist. Die für die Behandlung gewählte Stundenanzahl in der Langzeittherapie, die auch unterhalb der in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Grenzen beantragt werden kann, ist daher ohnehin in Zusammenhang mit dem individuellen Behandlungsplan zu begründen und wird bei Erst- und Umwandlungsanträgen gutachterlich beurteilt, bevor die Krankenkasse eine Entscheidung zu ihrer Leistungspflicht gegenüber der Patientin oder dem Patienten äußert. Die Krankenkasse kann grundsätzlich jeden Antrag einer Gutachterin oder einem Gutachter zur Prüfung vorlegen, wenn sie dies für erforderlich hält. Zudem ist zu erwarten, dass die hier festgelegten Stundenkontingente auch in Systemischen Therapien selten voll ausgenutzt werden, wie Analysen von Abrechnungsdaten der Kas-</p>	

KBV	GKV-SV
<p>senärztlichen Vereinigungen für die drei bestehenden psychotherapeutischen Verfahren zeigen¹. Aus den Daten geht hervor, dass sowohl bei Kurzzeit- als auch bei Langzeit-Therapien viele der Patientinnen und Patienten bei Therapieabschluss unterhalb des bewilligten Sitzungskontingents bleiben. Dies ist ebenfalls für Systemische Therapien zu erwarten.</p>	

Zu § 31 (neu)

GKV-SV
<p>Der neu eingefügte § 31 regelt die Bewilligungsschritte für Systemische Therapie bei Erwachsenen. Die Festlegung der Antrags- und Bewilligungsschritte folgt zum einen dem Selbstverständnis der Systemischen Therapie als Kurzzeittherapieverfahren, welches für sich in Anspruch nimmt, im Vergleich zu den bisherigen Richtlinienverfahren mit einer geringeren Anzahl von Behandlungsstunden Therapieeffekte zu erzielen. Zum anderen basiert die Festlegung auf den Ergebnissen der Studien, die vom IQWiG als Belege für die Wirksamkeit von Systemischer Therapie bei Erwachsenen herangezogen worden waren. Aus den, dem IQWiG-Bericht zu entnehmenden Angaben zu 11 Studien, die die systemische Therapie bei Erwachsenen in einem ambulanten Einzel-, Familien- und/oder Paarsetting untersucht haben, ergibt sich eine durchschnittliche Sitzungszahl von 12,6 bzw. 13,45². Das Minimum lag bei sechs Sitzungen (in drei Studien), maximal wurden 34 Sitzungen (in lediglich einer Studie zur Gruppentherapie bei verschiedenen psychischen Störungen: Lau 2007) durchgeführt. In drei Studien waren 10 Sitzungen ausreichend, in zwei Studien 12 Sitzungen, wobei bei einer dieser Studien lediglich 4 Sitzungen persönlich durchgeführt worden waren und 8 Sitzungen telefonisch (Castellnuovo, 2011) und in jeweils einer Studie erfolgten 17-26 und 16 Sitzungen. Die durchschnittliche Sitzungsdauer betrug 64,1 Minuten bzw. bei den 4 Studien, in denen eine Range angegeben wurde bis 78,8 Minuten. Diese Ergebnisse bestätigen, dass der Schwerpunkt der Systemischen Therapie bei Erwachsenen im kurzzeittherapeutischen Bereich liegt. Auf dieser Basis erscheint für das Einzel-, Gruppen- und/oder Mehrpersonensetting eine Sitzungszahl von 12 (entsprechend KZT 1), mit der Möglichkeit einer Verlängerung in begründeten Fällen (z.B. bei schweren und chronischen Erkrankungen), um weitere 12 Sitzungen (entsprechend KZT 2) ausreichend. Zusätzlich stehen auch dem neuen Verfahren Systemische Therapie bei Erwachsenen bis zu 6 Einheiten von mindestens 25 Minuten Dauer als Sprechstunde und bis zu vier probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer zur Verfügung.</p>

Zu § 36 (neu) [KBV, PatV] / § 37 (neu)

In Absatz 2 wurden die Anforderungen an die Weiterbildung für Gutachterinnen und Gutachter für Systemische Therapie entsprechend ergänzt.

¹ <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=156403>

² Bei Cao 2007 war eine Sitzungszahl von 17-26 angegeben worden. Es wurden daher zwei Durchschnittswerte berechnet. Der erste berücksichtigt die Sitzungszahl 17, der zweite wurde auf der Basis von 26 Sitzungen berechnet.

In Absatz 3 wurde ein Hinweis auf die Übergangsregelungen für Gutachterinnen und Gutachter für Systemische Therapie in § 40 hinzugefügt.

Zur Aufhebung des bisherigen § 39 (Übergangsregelung)

Da es sich um eine befristete Übergangsregelung zum Beschluss des G-BA vom 16. Juni 2016 handelte, wird diese aufgehoben.

Zu § 40 (Übergangsregelung) [KBV, PatV] / § 41 (Übergangsregelung)

In einem neuen § 40 wurden für Gutachterinnen und Gutachter in Systemischer Therapie bei Erwachsenen Übergangsregelungen geschaffen. Für diese gelten grundsätzlich die gleichen Anforderungen wie für die Gutachterinnen und Gutachter der anderen Richtlinienverfahren. Da die Systemische Therapie bisher nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden konnte und nur wenige, staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute in Systemischer Therapie bei Erwachsenen existieren, war jedoch zu berücksichtigen, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme des neuen Verfahrens in die Psychotherapie-Richtlinie nicht alle Bedingungen gleichermaßen von potenziellen Gutachterinnen und Gutachtern für Systemische Therapie bei Erwachsenen erfüllt werden können. Es war daher erforderlich, Übergangsregelungen für die Anforderungen in § 36 (neu) Absatz 3, Nr. 3, Nr. 4, Nr. 5 und Nr. 6 zu schaffen. Diese sind bis zum 31. Dezember 2027 befristet. Der Gemeinsame Bundesausschuss geht davon aus, dass zu diesem Zeitpunkt die strukturellen Gegebenheiten eine Erfüllung aller Bedingungen des § 36 (neu) der Psychotherapie-Richtlinie auch potenziellen Gutachterinnen und Gutachtern für Systemische Therapie möglich machen.

3. Würdigung der Stellungnahmen

[...]

4. Bürokratiekostenermittlung

[...]

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
11.02.2013		Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Absatz 1 SGB V durch ein Unparteiisches Mitglied des G-BA
18.04.2013	G-BA	Annahme des Antrags und Einleitung des Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 der VerfO sowie Beauftragung des Unterausschusses Methodenbewertung mit der Durchführung der Nutzenbewertung
27.06.2013	UA MB	Einrichtung einer AG Systemische Therapie

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
28.11.2013	UA MB	Ankündigung des Bewertungsverfahrens gemäß 2. Kapitel § 6 Absatz 1 VerfO
12.12.2013		Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger
21.08.2014	G-BA	Beauftragung des IQWiG mit der Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens „Systemische Therapie bei Erwachsenen“
24.05.2017	IQWiG	Übermittlung des Abschlussberichtes an die Geschäftsstelle des G-BA
09.08.2018	UA MB	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
24.09.2018	AG	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
27.09.2018	UA MB	Anhörung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen
08.11.2018	UA MB	Würdigung der mündlichen Stellungnahmen und abschließende Beratung zur Vorbereitung der Beschlussfassung durch das Plenum
22.11.2018	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss <ul style="list-style-type: none"> zur Feststellung, dass der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren hinreichend belegt sind, Einleitung der Beratungen zur sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext, zur Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 19 Psychotherapie-Richtlinie sowie über eine Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie sowie Beauftragung des Unterausschusses Psychotherapie mit der Durchführung der Beratungen.
30.07.2019	UA PT	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
TT.MM.JJJJ	UA PT	Anhörung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	UA PT	Würdigung der mündlichen Stellungnahmen und abschließende Beratung zur Vorbereitung der Beschlussfassung durch das Plenum
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Systemische Therapie bei Erwachsenen
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

6. Fazit

[...]

Berlin, den Beschlussdatum

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

(Psychotherapie-Richtlinie)

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

zuletzt geändert am TT. Monat 2019
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT TT.MM.JJJJ BX)
in Kraft getreten am TT. Monat 2019

Stand: 30.07.2019

Bestehende Textierung der PT-RL

~~Gestrichener bestehender RL-Text~~

Redaktionelle Anpassungen bzw. Verschiebungen

Einvernehmliche Änderungsvorschläge zur ST sind in Rot dargestellt

Inhalt

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

D. Anwendungsbereiche.....	23
§ 26 27 Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie	23
E. Leistungsumfang.....	25
§ 27 28 Behandlungsumfang und -begrenzung.....	25
§ 28 29 Therapieansätze in den Verfahren nach § 15 [KBV, PatV] / Therapieansätze in den Verfahren nach § 15 Nr. 1 und 2 (Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie) [GKV-SV].....	25
§ 29 30 Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15 [KBV, PatV] / Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15 Nr. 1 und 2 (Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie) [GKV-SV]	26
§ 31 Behandlungsumfang im Verfahren gemäß § 15 Nr. 3 (Systemische Therapie) bei Erwachsenen [GKV-SV].....	27
§ 30 31 [KBV, PatV] /32 [GKV-SV] Behandlungsumfang bei übenden und suggestiven Interventionen	28
F. Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren	29
§ 34 32 [KBV, PatV] /33 [GKV-SV] Konsiliarverfahren und Qualifikation der den Konsiliarbericht abgebenden Ärztinnen und Ärzte	29
§ 32 33 [KBV, PatV] /34 [GKV-SV] Anzeigeverfahren.....	30
§ 33 34 [KBV, PatV] /35 [GKV-SV] Antragsverfahren	30
§ 34 35 [KBV, PatV] /36 [GKV-SV] Gutachterverfahren.....	31
§ 35 36 [KBV, PatV] /37 [GKV-SV] Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter	31
G. Qualifikation und Dokumentation.....	34
§ 36 37 [KBV, PatV] /38 [GKV-SV] Qualifikation der Leistungserbringer.....	34
§ 37 38 [KBV, PatV] /39 [GKV-SV] Schriftliche Dokumentation	34
H. Psychotherapie-Vereinbarung.....	35
§ 38 39 [KBV, PatV] /40 [GKV-SV] Regelungsbereich der Psychotherapie-Vereinbarung	35
I. Übergangsregelung.....	36
§ 39 Übergangsregelung	36
§ 40 [KBV, PatV] / 41 [GKV-SV] Übergangsregelung für die Qualifikationskriterien der Gutachterinnen und Gutachter im Bereich Systemische Therapie.....	36
J. Evaluation	37
§ 41 [KBV, PatV] / 42 [GKV-SV] Evaluation gemäß Beschluss vom 16. Juli 2015	37

§ 42 [KBV, PatV] / 43 [GKV-SV] Evaluation gemäß Beschluss vom 16. Juni 2016.....37

Anlage**38**

ENTWURF

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

A. Allgemeines

§ 1 Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(1) Gegenstand dieser Richtlinie sind psychotherapeutische Leistungen, die zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden können. Psychotherapeutische Leistungen können von Therapeutinnen und Therapeuten nach Absatz 2 im Rahmen dieser Richtlinie erbracht werden, soweit und solange eine seelische Krankheit (siehe § 2) vorliegt. Als Richtlinientherapie im engeren Sinne gelten die Psychotherapieverfahren nach § 15. Psychotherapeutische Sprechstunden nach § 11, Probatorische Sitzungen nach § 12, Psychotherapeutische Akutbehandlung nach § 13 und die Psychosomatische Grundversorgung nach Abschnitt C werden nicht der Richtlinientherapie zugerechnet.

(2) Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne dieser Richtlinie sind entsprechend der jeweiligen fachlichen Befähigung die ärztliche Psychotherapeutin oder der ärztliche Psychotherapeut, die ärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeutin oder der ärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeut, die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung **in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 1. April 2019 und in Kraft getreten am 15. April 2019**, über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung verfügen.

(3) Leistungen dieser Richtlinie mit Ausnahme der psychosomatischen Grundversorgung nach Abschnitt C können nur von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werden, die über eine Genehmigung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung **in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 1. April 2019 und in Kraft getreten am 15. April 2019**, zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung verfügen.

(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenentherapie. In diesen Fällen gelten die Regelungen für Erwachsene. Im Sinne dieser Richtlinie umfasst die Bezeichnung „Menschen mit einer geistigen Behinderung“ Personen, bei denen eine Diagnose entsprechend des Abschnitts Intelligenzstörung (F70-F79) nach ICD-10 vorliegt.

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

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

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

(8) Eine telefonische persönliche Erreichbarkeit zur Terminkoordination ist von allen Therapeutinnen und Therapeuten unter Beachtung von berufs- und vertragsarztrechtlichen Vorgaben zu definierten und zu veröffentlichenden Zeiten zu gewährleisten; insgesamt ist bei einem vollen Versorgungsauftrag eine telefonische persönliche Erreichbarkeit durch die Therapeutin oder den Therapeuten oder das Praxispersonal von 200 Minuten pro Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten sicherzustellen. Entsprechend gelten 100 Minuten pro Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten bei einem hälftigen Versorgungsauftrag. Die Therapeutin oder der Therapeut teilt die Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patientinnen oder Patienten mit.

§ 2 Seelische Krankheit

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

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

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

(4) Auch Beziehungsstörungen können Ausdruck von Krankheit sein; sie sind für sich allein nicht schon Krankheit im Sinne dieser Richtlinie, sondern können nur dann als seelische Krankheit gelten, wenn ihre ursächliche Verknüpfung mit einer krankhaften Veränderung des seelischen oder körperlichen Zustandes eines Menschen nachgewiesen wurde.

§ 3 Ätiologische Orientierung der Psychotherapie

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

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

§ 4 Übergreifende Merkmale von Psychotherapie

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

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

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

(4) Psychotherapie nach dieser Richtlinie kann **bei allen Indikationen nach § 27** als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie **sowie bei der Systemischen Therapie als Behandlung der Patientin oder des Patienten zusammen mit relevanten Bezugspersonen aus Familie oder sozialem Umfeld (Mehrpersonensetting) auch in Kombination mit Einzel- oder Gruppentherapie** Anwendung finden. **Nach diagnostischer Abklärung des Störungsbildes ist die Eignung der Behandlung in den verschiedenen Settings individuell zu prüfen und bei der Behandlungsplanung die Auswahl des geeigneten Behandlungssettings individuell und in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten zu treffen.**

1. Im Einzelsetting wird eine individuelle Gesamtbehandlung in der spezifischen Beziehung zwischen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut gestaltet. Dieses ist gekennzeichnet durch die dyadische Interaktion zwischen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut. Dabei stehen individuelles Erleben und Verhalten sowie individuelle intrapsychische Prozesse der Patientin oder des Patienten im Fokus der Behandlung. Je nach Verfahren werden unterschiedliche psychotherapeutische Instrumente wie z. B. Übertragungs-, Gegenübertragungs-, Widerstands-, **oder** Verhaltensanalyse **oder System- und Ressourcenanalyse** von der Therapeutin oder dem Therapeuten angewandt, um den Behandlungs- und Heilungsprozess der Patientin oder des Patienten zu fördern.
2. In einem Gruppensetting können interpersonelle Probleme unmittelbar prozessual aktiviert und bearbeitet werden. Je nach Verfahren werden unterschiedliche

psychotherapeutische Instrumente, wie z. B. Übertragungs-, Gegenübertragungs-, Widerstands-, ~~oder~~ Verhaltensanalyse **oder System- und Ressourcenanalyse** von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten angewandt, um den Behandlungs- und Heilungsprozess der Patientin oder des Patienten zu fördern. Darauf aufbauend können Techniken eingesetzt werden, die bei den Teilnehmern wechselseitig Ressourcen aktivieren (z. B. Motivation, Verstärkung). Den Patientinnen und Patienten wird vermittelt, dass andere mit den gleichen oder ähnlichen Problemen konfrontiert sind. Darüber hinaus können neue Verhaltensweisen in einem weiteren sozialen Rahmen erprobt werden und es sind Rückmeldungen nicht nur von der Therapeutin oder dem Therapeuten, sondern von einer Reihe unterschiedlicher Interaktionspartner in der Gruppe möglich.

3. **Mehrpersonensetting im Rahmen der Systemischen Therapie: Ziel von Systemischer Therapie im Mehrpersonensetting ist die Veränderung von bedeutsamen Beziehungen und Interaktionen (zwischen Patientin oder Patient und Lebenspartnerin oder -partner, der Kernfamilie oder erweiterter Familie, sowie zwischen Patientin oder Patient und den Mitgliedern anderer interpersoneller Systeme), sofern diese für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung der psychischen Störung von Krankheitswert von Bedeutung sind.**
4. Durch die Möglichkeit zur Kombination in den Verfahren nach § 15 können Einzel- und Gruppentherapie personen- und störungsadäquat eingesetzt werden, um den Behandlungsverlauf zu fördern. **Die Kombination stellt eine geeignete Behandlungsmöglichkeit für diejenigen Patientinnen und Patienten dar, bei denen eine alleinige Gruppentherapie zu einer Überforderung führen würde, eine alleinige Einzeltherapie jedoch möglicherweise den Behandlungsverlauf nicht ausreichend fördern würde.**

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

§ 5 Definition Psychotherapieverfahren

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

(2) Ein Psychotherapieverfahren im Sinne dieser Richtlinie muss die Voraussetzungen nach § 19 20 Absatz 1 erfüllen.

§ 6 Definition Psychotherapiemethode

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

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

(2) Eine Psychotherapiemethode im Sinne dieser Richtlinie muss die Voraussetzungen nach § 19 20 Absatz 2 erfüllen.

§ 7 Definition psychotherapeutische Technik

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

§ 8 Feststellungen zu Verfahren und Methoden

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

§ 9 Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Im Rahmen einer Psychotherapie kann es notwendig werden, zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges für die Behandlung der psychischen Störung relevante Bezugspersonen aus dem engeren sozialen Umfeld (insbesondere Partnerin oder Partner, Familie) der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einzubeziehen. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es notwendig werden, für die Behandlung der Störung relevante Bezugspersonen auch aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen. Satz 2 gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.

§ 10 Verbindung von Diagnostik und Therapie

(1) Psychotherapie setzt eine ätiologisch orientierte Diagnostik voraus, welche die jeweiligen Krankheitserscheinungen erklärt und zuordnet. Dies gilt auch für die vorwiegend übenden und suggestiven Interventionen. Die angewandte Psychotherapie muss in einer angemessenen Relation zu Art und Umfang der diagnostizierten Erkrankung stehen. Dabei ist die Möglichkeit der Behandlung in Gruppentherapie in angemessener Weise zu berücksichtigen. Psychotherapieverfahren, -methoden und -techniken ohne Erfüllung der

genannten Erfordernisse sind als Psychotherapie im Sinne der Richtlinie nicht geeignet. Voraussetzung ist ferner, dass der Krankheitszustand in seiner Komplexität erfasst wird, auch dann, wenn nur die Therapie eines Teilzieles angestrebt werden kann.

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

ENTWURF

B. Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen

§ 11 Psychotherapeutische Sprechstunde

(1) Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf eine psychotherapeutische Sprechstunde (Sprechstunde) als zeitnahen niedrighschwelligem Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Die Sprechstunde dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind. Vor einer Behandlung gemäß den §§ 12, 13 und 15 haben Patientinnen und Patienten eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch zu nehmen; dies gilt nicht in den in Absatz 7 bestimmten Fällen. Übergangsweise werden die Regelungen in Satz 3 sowie in Absatz 7 bis zum 31. März 2018 ausgesetzt.

(2) Die Therapeutin oder der Therapeut teilen ihr Sprechstundenangebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patientinnen oder Patienten mit. Es gelten die nachfolgenden Anforderungen.

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

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

(5) Die Sprechstunde kann als Einzelbehandlung bei Erwachsenen in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens sechsmal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 150 Minuten) durchgeführt werden; bei Kindern und Jugendlichen als Einzelbehandlung in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens zehnmal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 250 Minuten). Der 2. Halbsatz gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Voraussetzung für eine weitergehende Behandlung nach den §§ 12, 13 und 15 ist eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer.

(6) Sprechstunden finden im persönlichen Kontakt der Patientin oder des Patienten mit den Therapeutinnen und Therapeuten statt. Bei Kindern und Jugendlichen kann die Sprechstunde bis zu 100 Minuten auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden. Satz 2 gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.

(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~~26~~ entlassen wurde, können erforderliche probatorische Sitzungen nach § 12 und Akutbehandlung nach § 13 ohne Sprechstunde beginnen.

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

- (9) Die Therapeutin oder der Therapeut nach Absatz 13 klärt im Rahmen der Sprechstunden auch, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung gemäß § 2726 vorliegt.
- (10) Sofern eine Behandlung nach § 15 indiziert ist, informiert die Therapeutin oder der Therapeut über die unterschiedlichen Verfahren und Anwendungsformen gemäß § 15 und den Ablauf einer Psychotherapie, um bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Falls keine Psychotherapie indiziert ist, wird bei Bedarf über Alternativen informiert.
- (11) Vor Beginn einer Richtlinien-therapie wird von der Therapeutin oder dem Therapeuten eine Abklärung einer somatischen Erkrankung eingeholt.
- (12) Im Falle einer sich anschließenden Behandlung nach den §§ 12, 13 und 15 ist es nicht erforderlich, dass die Sprechstunde oder die Sprechstunden von der Therapeutin oder dem Therapeuten erbracht wurden, die oder der die Therapie durchführt.
- (13) Therapeutinnen oder Therapeuten haben pro Woche bei einem vollen Versorgungsauftrag in der Regel mindestens 100 Minuten und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag in der Regel mindestens 50 Minuten für die Sprechstunde zur Verfügung zu stellen; Abweichungen von dieser Mindestvorgabe können die Kassenärztlichen Vereinigungen in Abhängigkeit von der Versorgungssituation regeln.
- (14) Die Patientin oder der Patient und, soweit erforderlich, die Sorgeberechtigten erhalten ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinien-therapie („Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte“) sowie eine schriftliche Rückmeldung in Form eines patientengerechten Befundberichts zum Ergebnis der Sprechstunde mit Empfehlungen zum weiteren Vorgehen („Individuelle Patienteninformation“). Das Nähere hierzu regelt die Psychotherapie-Vereinbarung.
- (15) Sprechstunden sind keine Richtlinien-therapie und werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.
- ~~(16) Die Sprechstunde wird innerhalb von fünf Jahren nach Beschlussfassung evaluiert.~~

§ 12 Probatorische Sitzungen

- (1) Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren unter Berücksichtigung der Ausschlüsse gemäß § 2726 Absatz 3 dienen. Dabei sind auch weitere differenzialdiagnostische Abgrenzungen des Krankheitsbildes und eine Einschätzung der Prognose vorzunehmen. In den probatorischen Sitzungen erfolgt auch eine Klärung der Motivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten. Darüber hinaus dienen sie einer Abschätzung der persönlichen Passung, d.h. einer tragfähigen Arbeitsbeziehung von Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut. Entscheidungen zu weiteren Behandlungen sollten nach entsprechender Information der Patientin oder des Patienten mit diesem gemeinsam getroffen werden.
- (2) Probatorische Sitzungen dienen der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15. Sie sind keine Richtlinien-therapie und werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.
- (3) Vor einer Richtlinien-therapie finden mindestens zwei und bis zu vier probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer statt. Bei Kindern und Jugendlichen können darüber

hinaus zwei weitere probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Satz 2 gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.

(4) Probatorische Sitzungen können nur als Einzelbehandlung durchgeführt werden. Bei Kindern und Jugendlichen ist auch eine Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen nach § 9 möglich. Satz 2 gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.

(5) In der Systemischen Therapie können auch probatorische Sitzungen im Mehrpersonensetting stattfinden.

§ 13 Psychotherapeutische Akutbehandlung

(1) Die Akutbehandlung ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik. Sie hat zum Ziel, Patientinnen oder Patienten von akuter Symptomatik mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln zu entlasten. Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik der Patientin oder des Patienten ausgerichtet. Sie strebt dabei keine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung an, sondern dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände. Die Patientinnen oder Patienten, für die die Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Behandlung nach § 15 vorbereitet sind oder dass ihnen andere ambulante (z. B. psychiatrische, psychosomatische, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Sozialpsychiatrischer Dienst, Jugendhilfe), teilstationäre oder stationäre Maßnahmen empfohlen werden können.

(2) Die Akutbehandlung ist als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24mal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 600 Minuten) durchzuführen; gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9. Bei Anwendung des Mehrpersonensettings gemäß § 4 Absatz 4 Nummer 3 beträgt die Mindestdauer 50 Minuten mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl.

(3) Die Akutbehandlung ist anzeigepflichtig gemäß § 33 [KBV, PatV] / 34 [GKV-SV] 23.

(4) Die erbrachten Stunden der Akutbehandlung sind Bestandteil des Therapiekontingents nach § 29 [KBV/PatV] / § 29 und § 31 [GKV-SV] 28.

(5) Sofern nach der Akutbehandlung das Erfordernis für eine Richtlinien-therapie besteht, sind zuvor mindestens zwei probatorische Sitzungen gemäß § 12 zu erbringen.

§ 14 Rezidivprophylaxe

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

(2) Nach Beendigung einer Langzeittherapie kann es dennoch bei einigen Patientinnen oder Patienten sinnvoll sein, zur Erhaltung der erreichten und mit der Patientin oder dem

Patienten erarbeiteten Ziele eine weitere Behandlung – im Sinne einer „ausschleichenden Behandlung“ – mit den innerhalb des bewilligten Kontingentschritts verbliebenen Stunden durchzuführen. Eine solche niederfrequente therapeutische Arbeit auf der Basis der vertrauensvollen therapeutischen Beziehung kann zur Stabilisierung der Patientin oder des Patienten beitragen, wieder auftretende entwicklungsbedingte Herausforderungen und Krisen abfangen und damit Neubeantragungen von Richtlinien-therapie verhindern.

(3) Bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden können maximal 8 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 16 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden. Bei Kindern und Jugendlichen können im Falle der Hinzuziehung von relevanten Bezugspersonen bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal 10 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden. Satz 2 gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Sie sind Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents. Die Beantragung einer alleinigen Rezidivprophylaxe ist nicht zulässig.

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

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

~~(6) Die Rezidivprophylaxe wird innerhalb von fünf Jahren nach Beschlussfassung evaluiert.~~

§ 15 Behandlungsformen

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

1. Psychoanalytisch begründete Verfahren,
2. Verhaltenstherapie,
3. **Systemische Therapie.**

§ 16 Psychoanalytisch begründete Verfahren

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

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

GKV-SV

(3) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie können als Krankenbehandlung nach dieser Richtlinie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen.

§ 16a Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

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

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

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

1. Kurztherapie,
2. Fokalthherapie,
3. Dynamische Psychotherapie,
4. Niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung.

§ 16b Analytische Psychotherapie

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

§ 17 Verhaltenstherapie

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

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

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

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

GKV-SV

(4) Verhaltenstherapie kann als Krankenbehandlung nach dieser Richtlinie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen.

§ 18 Systemische Therapie

(1) Die Systemische Therapie fokussiert den sozialen Kontext psychischer Störungen und misst dem interpersonellen Kontext eine besondere ätiologische Relevanz bei. Symptome werden als kontraproduktiver Lösungsversuch psychosozialer und psychischer Probleme verstanden, die wechselseitig durch intrapsychische (kognitiv-emotive), biologisch-somatische sowie interpersonelle Prozesse beeinflusst sind. Theoretische Grundlage sind insbesondere die Kommunikations- und Systemtheorien, konstruktivistische und narrative Ansätze und das biopsychosoziale Systemmodell. Grundlage für Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Sinne dieser Richtlinie ist die Analyse der Elemente der jeweiligen relevanten Systeme und ihrer wechselseitigen Beziehungen, sowohl unter struktureller als auch generationaler Perspektive und eine daraus abgeleitete Behandlungsstrategie. Der Behandlungsfokus liegt in der Veränderung von symptomfördernden, insbesondere familiären und sozialen Interaktionen, narrativen und intrapsychischen Mustern hin zu einer funktionaleren Selbst-Organisation der Patientin oder des Patienten und des für die Behandlung relevanten sozialen Systems, wobei die Eigenkompetenz der Betroffenen genutzt wird.

- (2) Schwerpunkte der systemischen Behandlungsmethoden sind insbesondere
- Methoden der systemischen Gesprächsführung und systemische Fragetechniken
 - Narrative Methoden
 - Lösungs- und ressourcenorientierte Methoden
 - Strukturell-strategische Methoden
 - Aktionsmethoden
 - Methoden für die Arbeit am inneren System
 - Methoden zur Affekt- und Aufmerksamkeitsregulation
 - Symbolisch- metaphorische und expressive Methoden.

GKV-SV

(3) Systemische Therapie kann nach dieser Richtlinie als Krankenbehandlung bei Erwachsenen zur Anwendung kommen.

§ 18 19 Keine Kombination von Psychotherapieverfahren psychoanalytisch begründeten Verfahren und Verhaltenstherapie

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

§ 19 20 Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren und -methoden

(1) Über die in § 15 genannten Verfahren hinaus können als Psychotherapie gemäß Abschnitt A der Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung andere Verfahren Anwendung finden, wenn nachgewiesen ist, dass sie die nachstehenden Voraussetzungen nach Nummer 1 bis 3 erfüllen:

1. Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 des Psychotherapeutengesetzes, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt für eine vertiefte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angesehen werden kann.
2. Für Verfahren der Psychotherapie bei Erwachsenen ist ein Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA für mindestens die Anwendungsbereiche § 2726 Absatz 1 Nummer 1, 2 und entweder
 - a) zusätzlich für mindestens einen der folgenden Anwendungsbereiche: § 2726 Absatz 1 Nummer 3, 8, Absatz 2 Nummer 1 oder
 - b) zusätzlich für mindestens zwei der folgenden Anwendungsbereiche: § 2726 Absatz 1 Nummer 4 bis 7, 9, Absatz 2 Nummer 2 bis 4

zu erbringen.

Anstelle eines Nutznachweises in einem der Anwendungsbereiche nach Satz 1 Buchstabe b kann je nach Studienlage im Einzelfall ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten psychischen Störungen anerkannt werden. Gemischte Störungen im Sinne des Satzes 2 werden von Studien erfasst, in denen überwiegend Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen und/oder diagnostisch gemischte Patientengruppen behandelt wurden; den psychischen Störungen der in den Studien behandelten Patientinnen und Patienten muss Krankheitswert zukommen. Ein Nutznachweis nach Satz 2 kann nur anerkannt werden, wenn eine Zuordnung der jeweiligen Studie zu einem der Anwendungsbereiche nach § 2726 Absatz 1 Nummer 1 bis 9 und Absatz 1 bis 4 nicht möglich ist und wenn der durch die Studie geführte Nutznachweis nicht überwiegend auf Behandlungseffekte bei Störungen aus solchen Anwendungsbereichen zurückzuführen ist, für die bereits ein indikationsspezifischer Nutznachweis erbracht worden ist. Eine Berücksichtigung nach Satz 2 bedarf einer umfassenden Abwägung im Einzelfall, inwieweit ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten Störungen in seiner

Bedeutung einem Nutznachweis in einem der Anwendungsbereiche nach Satz 1 Buchstabe b gleichkommt.

3. Für Verfahren der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist ein Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA mindestens für die Anwendungsbereiche § 2726 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 9 (nur Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens) zu erbringen. Soweit der Nachweis lediglich für zwei dieser Anwendungsbereiche erfolgt, ist zusätzlich ein Nachweis für mindestens zwei der Anwendungsbereiche § 2726 Absatz 1 Nummer 3 bis 9 (mit Ausnahme Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens), Absatz 2 Nummer 1 bis 4 zu erbringen. Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.

(2) Eine neue Methode kann nach vorangegangener Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 des Psychotherapeutengesetzes und Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA indikationsbezogen Anwendung finden.

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

§ 20 21 Anwendungsformen

(1) Psychotherapie gemäß § 15 dieser Richtlinie kann in folgenden Formen Anwendung finden:

1. Einzeltherapie mit einer einzelnen Patientin oder einem einzelnen Patienten.
2. Gruppentherapie mit mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen und Patienten, sofern die Interaktion zwischen mehreren Patientinnen und Patienten therapeutisch förderlich ist und die gruppenspezifischen Prozesse entsprechend genutzt werden sollen.
3. Systemische Therapie kann auch im Mehrpersonensetting Anwendung finden. Das Mehrpersonensetting kann in der Einzeltherapie nach Nummer 1 oder in der Gruppentherapie nach Nummer 2 durchgeführt werden.

(2) Die Anwendung von Einzel- und Gruppentherapie und des Mehrpersonensettings erfolgt unter Berücksichtigung der alters- und entwicklungsspezifischen Bedingungen, gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9.

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

~~1. Einzeltherapie bei Erwachsenen:~~

~~Anwendung der in den §§ 15 und 23 genannten Behandlungsformen bei der Behandlung einer einzelnen Patientin oder eines einzelnen Patienten.~~

~~2. Gruppentherapie von Erwachsenen:~~

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

3. Einzeltherapie bei Kindern und Jugendlichen:

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

4. Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen:

Anwendung der in § 15 genannten Verfahren unter Berücksichtigung der altersspezifischen Bedingungen und unter Nutzung gruppendynamischer Prozesse bei der Behandlung mehrerer Kinder oder mehrerer Jugendlicher, gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9.

5. Einzeltherapie bei Menschen mit einer geistigen Behinderung:

Anwendung der in den §§ 15 und 23 genannten Verfahren unter Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen, gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9.

6. Gruppentherapie bei Menschen mit einer geistigen Behinderung:

Anwendung der in § 15 genannten Verfahren unter Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen und unter Nutzung gruppendynamischer Prozesse, gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9.

7. Gruppengröße:

Bei der Behandlung von Patientinnen/Patienten in Gruppen umfasst die Größe der Gruppe bei psychoanalytisch begründeten Verfahren und bei Verhaltenstherapie mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen/Patienten.

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

§ 24 22 Kombination von Anwendungsformen

(1) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie können jeweils Psychotherapie nach § 15 kann als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden, bei der Systemischen Therapie auch im Mehrpersonensetting. Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination auch gemäß § 16a Absatz 3 Nummer 4 durchgeführt werden.

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

(3) Bei Veränderung des bewilligten Behandlungssettings während einer laufenden Kurzzeittherapie ist der Krankenkasse diese Änderung anzuzeigen, sofern das bewilligte Stundenkontingent im Rahmen der Änderung nicht überschritten wird. Bei Änderung des Settings in der Langzeittherapie ist ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag zu stellen, sofern nicht zu Beginn bereits eine Kombinationsbehandlung beantragt wurde.

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

§ 22 23 Behandlungsfrequenz

(1) ~~Die Behandlungsfrequenz ist in den psychoanalytisch begründeten Verfahren wie auch in der Verhaltenstherapie~~ Psychotherapie nach § 15 ist auf maximal drei Behandlungsstunden in der Woche zu begrenzen, um eine ausreichende Therapiedauer im Rahmen der Kontingentierung zu gewährleisten.

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

C. Psychosomatische Grundversorgung

§ 23 24 Allgemeines

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

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

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

§ 24 25 Verbale Interventionen

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

(2) Die verbalen Interventionen können nur in Einzelbehandlungen durchgeführt und nicht mit übenden oder suggestiven Interventionen in derselben Sitzung kombiniert werden; sie können in begrenztem Umfang sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum niederfrequent Anwendung finden, wenn eine ätiologisch orientierte Psychotherapie nach § 15 nicht indiziert ist. Die Durchführung von Maßnahmen nach § 25 24 ist neben der Anwendung psychotherapeutischer Verfahren nach § 15 ausgeschlossen.

§ 25 26 Übende und suggestive Interventionen

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

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

KBV/PatV	GKV-SV
Diese Interventionen dürfen während einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie grundsätzlich nicht angewendet werden.	Diese Interventionen dürfen während einer tiefenpsychologisch fundierten oder , analytischen oder Systemischen Psychotherapie grundsätzlich nicht angewendet werden.

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

D. Anwendungsbereiche

§ 26 27 Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E. Leistungsumfang

§ 27 28 Behandlungsumfang und -begrenzung

- (1) Für die Durchführung der Psychotherapie ist es sowohl unter therapeutischen als auch unter wirtschaftlichen Aspekten erforderlich, nach Klärung der Diagnose und der Indikationsstellung vor Beginn der Behandlung den Behandlungsumfang und die Behandlungsfrequenz festzulegen, damit sich die Patientin oder der Patient und die Therapeutin oder der Therapeut darauf einrichten können.
- (2) Die in den ~~§§ 28 bis 30~~ **§§ 29 bis 31 [KBV, PatV] / §§ 29 bis 32 [GKV-SV]** festgelegten Begrenzungen berücksichtigen die therapeutischen Erfahrungen in den unterschiedlichen Gebieten der Therapie und stellen einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann.
- (3) Die Therapiestunde im Rahmen der Richtlinien-therapie umfasst mindestens 50 Minuten, **eine Doppelstunde mindestens 100 Minuten**. Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie entsprechen die zur Verfügung gestellten Kontingente denen der überwiegend durchgeführten Anwendungsform. Dabei wird die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamttherapiekontingent von Einzeltherapie als Einzelstunde gezählt. Entsprechend wird die in der Einzeltherapie erbrachte Einzelstunde im Gesamttherapiekontingent von Gruppentherapie als Doppelstunde gezählt.
- (4) Im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, **und** der Verhaltenstherapie **und der Systemischen Therapie** können Behandlungen als Einzeltherapie der Indexpatientin oder des Indexpatienten auch in Doppelstunden bei intensiver Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen nach § 9 durchgeführt werden. Bei der Psychotherapie von Erwachsenen mit Ausnahme von Menschen mit einer geistigen Behinderung werden die entsprechenden Stunden auf das Gesamtkontingent angerechnet.
- (5) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Kurzzeittherapie sowie die in § 16a Absatz 3 Nummer 4 genannte Methode können als Einzeltherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl erbracht werden.
- (6) Verhaltenstherapie **und Systemische Therapie können** **kann** als Einzeltherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung und in doppelstündigen Sitzungen mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden.
- (7) **Systemische Therapie kann im Mehrpersonensetting erbracht werden. In diesem Fall ist dies in Einheiten von mindestens 50 Minuten und in doppelstündigen Sitzungen mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl durchzuführen.**
- (8) Bewilligte Kurzzeittherapiekontingente werden auf das Kontingent der Langzeittherapie angerechnet.

§ 28 29 Therapieansätze in den Verfahren nach § 15 [KBV, PatV] / Therapieansätze in den Verfahren nach § 15 Nr. 1 und 2 (Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie) [GKV-SV]

~~Folgende Therapieansätze sind möglich~~ In den Verfahren nach § 15 [KBV, PatV] / § 15 Nummer 1 und 2 [GKV-SV] sind folgende Therapieansätze möglich:

1. Im Rahmen der Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie oder bis zu 12 Doppelstunden als Gruppentherapie ~~der Verfahren nach § 15~~ durchgeführt werden. Die KZT 1 ist gemäß ~~§ 33~~ § 34 [KBV, PatV] / § 35 [GKV-SV] antragspflichtig. Erbrachte Stunden im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach § 13 werden mit dem Stundenkontingent der KZT 1 verrechnet.
2. Im Rahmen der Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie oder bis zu 12 Doppelstunden als Gruppentherapie ~~der Verfahren nach § 15~~ durchgeführt werden. Die KZT 2 ist gemäß ~~§ 33~~ § 34 [KBV, PatV] / § 35 [GKV-SV] antragspflichtig.
3. Langzeittherapie mit einer Stundenzahl, die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Therapieverfahren in der Antragsbegründung entsprechend § 30 ~~29~~ festzulegen ist (Antragsverfahren mit Begutachtung).
4. Die Umwandlung einer Kurzzeittherapie in die Langzeittherapie muss bis zur zwanzigsten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt werden; zugleich muss das Gutachterverfahren eingeleitet werden. Grundsätzlich ist der Antrag so rechtzeitig zu stellen, dass eine unmittelbare Weiterbehandlung möglich ist.

**§ 29 30 Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15 [KBV, PatV] /
Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15 Nr. 1 und 2 (Psychoanalytisch
begründete Verfahren und Verhaltenstherapie) [GKV-SV]**

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

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

KBV/PatV

4. Systemische Therapie bei Erwachsenen
 - Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden

KBV/PatV

- **Höchstgrenze: 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden**

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

GKV-SV

§ 31 Behandlungsumfang im Verfahren gemäß § 15 Nr. 3 (Systemische Therapie) bei Erwachsenen [GKV-SV]

Folgende Antragschritte sind bei Systemischer Therapie bei Erwachsenen möglich:

1. Bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie oder bis zu 12 Doppelstunden als Gruppentherapie des Verfahrens nach § 18 (KZT 1). Die KZT 1 ist gemäß § 35 antragspflichtig. Erbrachte Stunden im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach § 13 werden mit dem Stundenkontingent der KZT 1 verrechnet.
2. Bis zu 12 Stunden in einem weiteren Schritt als Einzeltherapie oder bis zu 12 Doppelstunden als Gruppentherapie des Verfahrens nach § 18 (KZT 2). Die KZT 2 ist gemäß § 35 antragspflichtig.
3. Eine Überschreitung des mit den jeweiligen Antragschritten festgelegten Therapieumfangs ist für die Systemische Therapie nur zulässig, wenn mit der Beendigung des Antragschrittes das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungsziels bei Fortführung der Therapie besteht.

§ 30 31 [KBV, PatV] /32 [GKV-SV] Behandlungsumfang bei übenden und suggestiven Interventionen

Für übende und suggestive Interventionen gelten folgende Begrenzungen:

- a) Autogenes Training (§ 26 25 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1) einzeln und in Gruppen bis 12 Sitzungen
- b) Jacobsonsche Relaxationstherapie (§ 26 25 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2) einzeln und in Gruppen bis 12 Sitzungen
- c) Hypnose (§ 26 25 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3) bis 12 Sitzungen (nur Einzelbehandlung)

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

ENTWURF

F. Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren

§ 34 32 [KBV, PatV] /33 [GKV-SV] Konsiliarverfahren und Qualifikation der den Konsiliarbericht abgebenden Ärztinnen und Ärzte

(1) Zur Einholung des Konsiliarberichts überweist die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut spätestens nach Beendigung der Probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Richtlinien-therapie gemäß § 15 die Patientin oder den Patienten an eine Konsiliarärztin oder einen Konsiliararzt. Auf der Überweisung ist der Konsiliarärztin oder dem Konsiliararzt eine kurze Information über die von ihr oder ihm erhobenen Befunde und die Indikation zur Durchführung einer Psychotherapie zu übermitteln.

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

(3) Der Konsiliarbericht enthält folgende Angaben:

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

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

(4) Zur Abgabe des Konsiliarberichtes sind alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit Ausnahme der folgenden Arztgruppen berechtigt: Laborärztinnen und Laborärzte, Mikrobiologinnen und Mikrobiologen und Infektionsepidemiologinnen und Infektionsepidemiologen sowie Ärztinnen und Ärzte für Nuklearmedizin, Pathologie,

Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Humangenetik. Abweichend hiervon sind für die Abgabe eines Konsiliarberichts vor einer psychotherapeutischen Behandlung von Kindern folgende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte berechtigt: Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, für innere Medizin und für Allgemeinmedizin sowie praktische Ärztinnen und Ärzte.

§ 32 33 [KBV, PatV] /34 [GKV-SV] Anzeigeverfahren

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

§ 33 34 [KBV, PatV] /35 [GKV-SV] Antragsverfahren

(1) Die Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie nach § 15 erfolgt durch die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten. Zu diesem Antrag teilen die Therapeutinnen und Therapeuten vor der Behandlung der Krankenkasse die Diagnose mit, begründen die Indikation und beschreiben Art und Umfang der geplanten Therapie. Wird ein gutachterpflichtiger Antrag auf Langzeittherapie gestellt oder soll eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie umgewandelt werden, so soll dieser Antrag neben den Angaben zu Diagnose, Indikation sowie Art, Umfang, Frequenz und Prognose der geplanten Therapie auch einen fallbezogenen Behandlungsplan enthalten (Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter). Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Kurzzeittherapie spätestens mit Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten, etwa weil der Antrag ergänzungs- oder klarstellungsbedürftig ist oder der Sachverhalt eine überdurchschnittliche Komplexität aufweist, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung hinreichender Gründe und Übermittlung eines angemessenen neuen Entscheidungstermins rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt bis zum Ablauf der Frist nach Satz 4 keine solche Mitteilung oder verstreicht der neue Entscheidungstermin nach Satz 5 fruchtlos, gilt die beantragte Leistung als zur Erbringung durch Therapeutinnen oder Therapeuten im Sinne dieser Richtlinie genehmigt; dies gilt nicht für solche Leistungen, die nicht nach dieser Richtlinie zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden können. Die Regelungen des § 13 Absatz 3a SGB V bleiben davon unberührt.

(1a) In den Fällen des § 27 26 Absatz 2 Nummer 1a Satz 2 und 3 entfällt jede weitere Leistungspflicht zur Fortführung der ambulanten Therapie, wenn die Gründe für die Annahme der voraussichtlichen Erreichbarkeit der Abstinenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit entfallen, die Abstinenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit tatsächlich nicht bis zum Ende von zehn Behandlungsstunden erreicht wird oder die geforderte Dokumentation nach § 27 26 Absatz 2 Nummer 1a Satz 2 und 3 nicht vorgelegt werden kann.

(2) Eine Verlängerung der Therapie gemäß § 30 29 Nummer 1 bis 8 bedarf eines Fortsetzungsantrags. Sofern ein Gutachter mit der Prüfung beauftragt wird, sind Verlauf und Ergebnis der bisherigen Therapie darzustellen und eine begründete Prognose in Bezug auf die beantragte Verlängerung abzugeben.

(3) Ist die Psychotherapie gemäß § 29 28 Nummer 2 und 3 mit den dort festgelegten Leistungen nicht erfolgreich abzuschließen und soll die Therapie deshalb fortgesetzt werden, bedarf es eines Antrags auf Feststellung der Leistungspflicht. Sofern ein Gutachter mit der Prüfung beauftragt wird, sind der Behandlungsverlauf, der erreichte Therapieerfolg und die ausführliche Begründung zur Fortsetzung der Behandlung einschließlich der prognostischen Einschätzung darzustellen.

(4) Das Nähere zum Antragsverfahren ist geregelt in § 11 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom ~~15. Januar 2015~~ 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 1. April 2019 und in Kraft getreten am 15. April 2019 geregelt.

§ 34 35 [KBV, PatV] /36 [GKV-SV] Gutachterverfahren

Bei Psychotherapie gemäß § 15 Nr. 1 und 2 [GKV-SV] sind Anträge auf Langzeittherapie im Bericht an den Gutachter zu begründen; auf Anforderung der Krankenkassen gilt dies im Einzelfall auch für Kurzzeittherapie. Diese sind durch eine Gutachterin oder einen Gutachter zu prüfen, die oder der bestellt ist nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 1. April 2019 und in Kraft getreten am 15. April 2019 bestellt ist. Die Krankenkasse kann Anträge auf Fortführung einer Langzeittherapie durch eine Gutachterin oder einen Gutachter prüfen lassen. Im Falle der Ablehnung der Fortführung einer Langzeittherapie muss die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme einholen, sofern die formalen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt sind. Die Gutachterin oder der Gutachter hat sich dazu zu äußern, ob die in dieser Richtlinie genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut hat den Konsiliarbericht im verschlossenen Umschlag dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter beizufügen.

§ 35 36 [KBV, PatV] /37 [GKV-SV] Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter

(1) Im Gutachterverfahren nach dieser Richtlinie werden entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Gutachterinnen und Gutachter tätig. Die nachfolgend aufgeführten Kriterien gelten für alle Gutachterinnen und Gutachter, die nach dem 1. April 2017 bestellt werden. Diese Gutachterinnen und Gutachter müssen die in den Absätzen 2 bis 6 jeweils festgelegten Qualifikationen besitzen.

(2) Für Begutachtungen im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist eine abgeschlossene Weiterbildung oder der Fachkundenachweis tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, im Bereich der analytischen Psychotherapie ist eine abgeschlossene Weiterbildung oder der Fachkundenachweis analytische Psychotherapie, im Bereich der Systemischen Therapie ist eine abgeschlossene Weiterbildung oder der Fachkundenachweis in Systemischer Therapie und im Bereich der Verhaltenstherapie ist eine abgeschlossene Weiterbildung oder der Fachkundenachweis Verhaltenstherapie erforderlich. Eine Bewerbung als Gutachterin oder Gutachter kann für alle Verfahren nach den §§ 16a, 16b, und 17 und 18 erfolgen, für die eine abgeschlossene Weiterbildung oder ein Fachkundenachweis vorliegt.

(3) Für Begutachtungen von Anträgen zur Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen müssen – **vorbehaltlich abweichender Übergangsregelungen in § 40 [KBV, PatV] / § 41 [GKV-SV]** – folgende Voraussetzungen gegeben sein:

1. Die Gebietsbezeichnung als Ärztin oder Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie für die Begutachtung von Psychotherapien mit Erwachsenen oder die Gebietsbezeichnung als Ärztin oder Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie für die Begutachtung von Psychotherapien mit Kindern und Jugendlichen

oder

die Approbation als Psychologische Psychotherapeutin oder als Psychologischer Psychotherapeut für die Begutachtung von Psychotherapien mit Erwachsenen oder die Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut für die Begutachtung von Psychotherapien mit Kindern und Jugendlichen,

2. eine abgeschlossene Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte in dem jeweiligen Verfahren der Psychotherapie, in dem eine Bewerbung erfolgt, oder der Fachkundenachweis in dem jeweiligen Verfahren für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, in dem eine Bewerbung erfolgt

und

der Nachweis nach § 6 Absatz 4 der Psychotherapie-Vereinbarung **in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 1. April 2019 und in Kraft getreten am 15. April 2019**, im Hinblick auf die Anforderungen für das jeweilige Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich zur Fachkunde oder abgeschlossenen Weiterbildung, soweit Ärztinnen und Ärzte oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten zur Begutachtung von Kindern und Jugendlichen bestellt werden,

3. der Nachweis von mindestens fünfjähriger Tätigkeit nach dem Abschluss einer in Nummer 2 genannten Weiter- oder Ausbildung ganz oder überwiegend auf dem Gebiet eines Psychotherapieverfahrens nach § 16 für eine Bewerbung als Gutachterin oder Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie oder nach § 17 für eine Bewerbung als Gutachterin oder Gutachter für Verhaltenstherapie **oder nach § 18 für eine Bewerbung als Gutachterin oder Gutachter für Systemische Therapie** in einer Praxis oder Klinik, Poliklinik oder Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,

4. der Nachweis über eine mindestens fünfjährige Tätigkeit als Dozentin oder Dozent und als Supervisorin oder Supervisor an einer Ausbildungsstätte nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes oder an einem zur Weiterbildung in den in Nummer 1 genannten Gebieten befugten Weiterbildungsverbund (Ärztinnen und Ärzte mit Befugnis zur gemeinsamen Weiterbildung) oder an einer weiterbildungsbefugten Klinik, Poliklinik oder Fachklinik mit einer Grundorientierung hinsichtlich eines Psychotherapieverfahrens nach § 16 für eine Bewerbung als Gutachterin oder

Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie oder nach § 17 für eine Bewerbung als Gutachterin oder Gutachter für Verhaltenstherapie **oder nach § 18 für eine Bewerbung als Gutachterin oder Gutachter für Systemische Therapie** an der entsprechende Krankenbehandlungen durchgeführt werden. Der Nachweis erfolgt durch die befugte Institution oder durch eine entsprechende Bescheinigung der Ärztekammer,

5. der Nachweis einer zum Zeitpunkt der Bestellung andauernden Dozenten- und Supervisorentätigkeit auf dem Gebiet des Psychotherapieverfahrens,
6. der Nachweis einer mindestens dreijährigen und grundsätzlich aktuell andauernden Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet des jeweiligen Psychotherapieverfahrens.

(4) Für den Bereich der Begutachtung von Psychotherapien mit Kindern und Jugendlichen muss die Erfüllung der in Absatz 3 Nummer 3 bis 6 genannten Kriterien jeweils für das Psychotherapieverfahren, in dem eine Bewerbung erfolgt, bei Kindern und Jugendlichen nachgewiesen werden.

(5) Für den Bereich der Begutachtung von Psychotherapie als Gruppentherapie muss die Erfüllung der in Absatz 3 Nummer 3 bis 6 genannten Kriterien jeweils für das Psychotherapieverfahren, in dem eine Bewerbung erfolgt, als Gruppentherapie nachgewiesen werden.

(6) Nach § 12 Absatz 5 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 15. Januar 2015 bestellte Gutachterinnen und Gutachter können unberührt von den unter ~~§ 35~~ **§ 36 [KBV, PatV] / § 37 [GKV-SV]** aufgeführten Voraussetzungen bis zum Ende des Zeitraums ihrer derzeitigen Bestellung tätig bleiben. Entsprechendes gilt für Gutachterinnen und Gutachter, die nach den bis zum 30. September 2005 gültigen Psychotherapie-Richtlinien tätig gewesen sind.

G. Qualifikation und Dokumentation

§ 36 37 [KBV, PatV] /38 [GKV-SV] Qualifikation der Leistungserbringer

Die Qualifikation zur Durchführung der Leistungen nach dieser Richtlinie ist in der Psychotherapie-Vereinbarung näher bestimmt.

§ 37 38 [KBV, PatV] /39 [GKV-SV] Schriftliche Dokumentation

Leistungen nach dieser Richtlinie erfordern für jede Patientin und jeden Patienten eine schriftliche Dokumentation des Datums der Leistungserbringung, der diagnostischen Erhebungen, der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen sowie der Ergebnisse in der Patientenakte. Die „Individuelle Patienteninformation“ gemäß § 11 Absatz 15 Absatz 14 ist ebenfalls Bestandteil der Patientenakte.

H. Psychotherapie-Vereinbarung

§ 38 39 [KBV, PatV] /40 [GKV-SV] Regelungsbereich der Psychotherapie-Vereinbarung

- (1) Das Nähere zur Durchführung der psychotherapeutischen Versorgung regeln die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch entsprechende Vereinbarung.
- (2) Ein Verfahren zur Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen und zur Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität wird zwischen den Vertragspartnern der Psychotherapie-Vereinbarung vereinbart.

ENTWURF

I. Übergangsregelung

§ 39 Übergangsregelung

Bis einschließlich 31. März 2017 ist die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) vom 19. Februar 2009 (BAnz. S. 1399) in der infolge des Beschlusses vom 15. Oktober 2015 (BAnz AT 05.01.2016 B3) geltenden Fassung weiter anzuwenden. Ab dem 1. April 2017 sind die §§ 1 bis 38 sowie die Anlage der Psychotherapie-Richtlinie vom 19. Februar 2009 (BAnz. S. 1399) in der mit Beschluss vom 16. Juni 2016 geänderten Fassung anzuwenden.

§ 40 [KBV, PatV] / 41 [GKV-SV] Übergangsregelung für die Qualifikationskriterien der Gutachterinnen und Gutachter im Bereich Systemische Therapie

Für Begutachtungen von Anträgen zur Behandlung von Erwachsenen im Bereich der Systemischen Therapie müssen bis einschließlich 31. Dezember 2027 abweichend von § 36 [KBV, PatV] / § 37 [GKV-SV] folgende Voraussetzungen gegeben sein:

1. abweichend von Absatz 3 Nummer 3: der Nachweis von mindestens dreijähriger Tätigkeit nach dem Abschluss einer Weiter- oder Ausbildung in Systemischer Therapie ganz oder überwiegend auf dem Gebiet der Systemischen Therapie in einer Praxis oder Klinik, Poliklinik oder Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie,
2. abweichend von Absatz 3 Nummer 4: der Nachweis über eine mindestens dreijährige Tätigkeit als Dozentin oder Dozent und als Supervisorin oder Supervisor an einer Ausbildungsstätte, die zum Zeitpunkt der Bewerbung nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes anerkannt ist, oder an einem zur Weiterbildung in den in § 36 [KBV, PatV] / § 37 [GKV-SV] Absatz 3 Nummer 1 genannten Gebieten befugten Weiterbildungsverbund (Ärztinnen und Ärzte mit Befugnis zur gemeinsamen Weiterbildung) oder an einer weiterbildungsbefugten Klinik, Poliklinik oder Fachklinik mit einer Grundorientierung in Systemischer Therapie,
3. abweichend von Absatz 3 Nummer 6: der Nachweis einer mindestens dreijährigen und grundsätzlich aktuell andauernden Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet eines der in § 15 genannten Psychotherapieverfahrens sowie
4. abweichend von Absatz 5: der Nachweis der Erfüllung der in Nummer 1 bis 3 und § 36 [KBV, PatV] / § 37 [GKV-SV] Absatz 3 Nummer 5 genannten Kriterien für eines der in § 15 genannten Psychotherapieverfahren als Gruppentherapie.

J. Evaluation

§ 41 [KBV, PatV] / 42 [GKV-SV] Evaluation gemäß Beschluss vom 16. Juli 2015

Der G-BA überprüft innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten der Regelung in § 22 deren Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der Gruppentherapie – auch in Relation zur Einzeltherapie und entsprechenden Kombinationen – in den psychoanalytisch begründeten Verfahren.

§ 42 [KBV, PatV] / 43 [GKV-SV] Evaluation gemäß Beschluss vom 16. Juni 2016

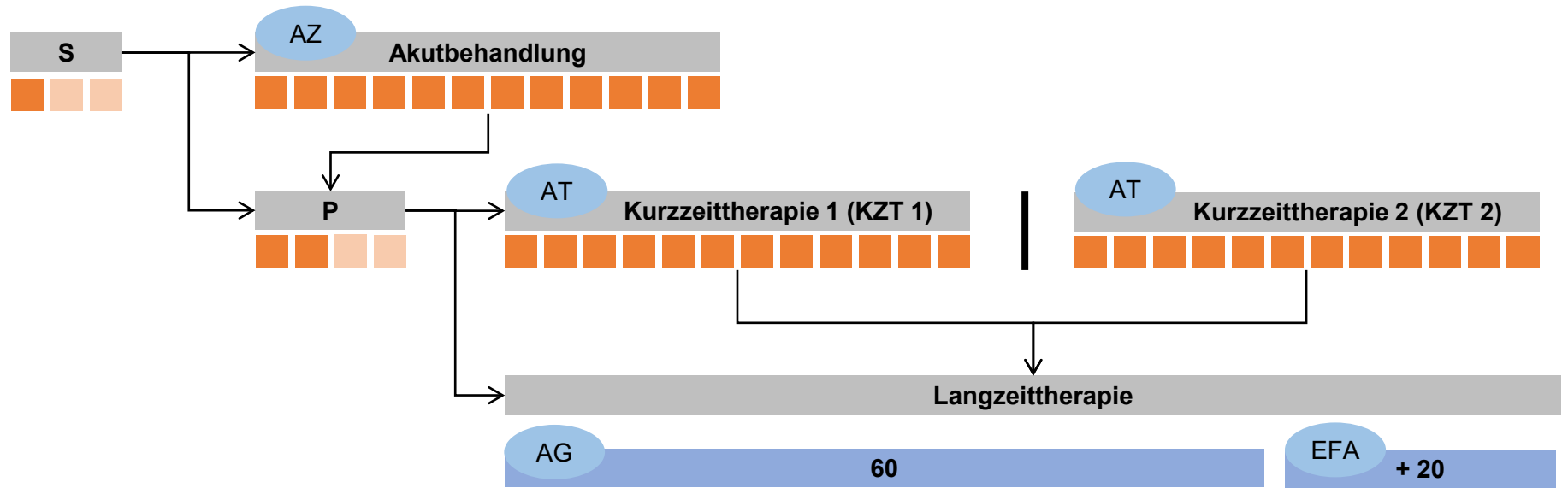
- (1) Die Sprechstunde wird innerhalb von fünf Jahren nach Beschlussfassung evaluiert.
- (2) Die Rezidivprophylaxe wird innerhalb von fünf Jahren nach Beschlussfassung evaluiert.
- (3) Innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten der Regelung in § 21 Absatz 2 führt der G-BA eine Evaluation bei psychoanalytisch begründeten Verfahren und bei Verhaltenstherapie durch, die überprüft, ob die Regeländerung zu einer Veränderung der Inanspruchnahme, insbesondere zur Gruppengröße und zu einer prozentualen Erhöhung (Einzel- vs. Gruppentherapie) geführt hat.

Anlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt gemäß § 20~~19~~ Absatz 3 der Richtlinie fest:

- I. Die nachstehenden Verfahren, Methoden und Techniken können wie folgt Anwendung finden:
 1. Katathymes Bilderleben ist keine eigenständige Psychotherapie im Sinne der Richtlinie, sondern kann gegebenenfalls im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologisch fundierten Therapiekonzeptes (§ 16a) Anwendung finden.
 2. Rational Emotive Therapie (RET) kann als eine Methode der kognitiven Umstrukturierung (§ 17 Absatz 2 Nummer 4) im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptes Anwendung finden.
 3. Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) kann bei Erwachsenen mit posttraumatischen Belastungsstörungen als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie Anwendung finden. Die Anwendung setzt eine hinreichende fachliche Befähigung voraus, das heißt eine Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung einschließlich der Methode EMDR. Das Nähere ist entsprechend § 37³⁶ [KBV, PatV] / § 38 [GKV-SV] in der Psychotherapie-Vereinbarung zu bestimmen.
- II. Die folgenden Psychotherapieverfahren, Psychotherapiemethoden und psychotherapeutischen Techniken können keine Anwendung finden, da die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinie nicht erfüllt werden:
 1. Gesprächspsychotherapie
 2. Gestalttherapie
 3. Logotherapie
 4. Psychodrama
 5. Respiratorisches Biofeedback
 6. Transaktionsanalyse

Zu § 30 (neu) Bewilligungsschritte [KBV/PatV]



Zu § 31 (neu) Behandlungsumfang [GKV-SV]



S Psychotherapeutische Sprechstunde

P Probatorische Sitzungen

AT Antragspflichtig

AZ Anzeigepflichtig

AG Antrags- und Gutachterpflichtig

EFA Antragspflichtig/Gutachterpflicht: Einzelfallentscheidung



Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung
und Suchttherapie e.V.

DG-Sucht e.V. | Postfach 1453 | 59004 Hamm

Gemeinsamer Bundesausschuss
G-BA
Unterausschuss Psychotherapie

Per Mail:
systemischetherapie@g-ba.de

Postfach 1453

59004 Hamm

Telefon: 02381/417998

Fax: 02381/901530

E-Mail: dg-sucht@t-online.de

14.08.2019

**Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die in der AWMF organisiert sind
Hier: Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Die DG-Sucht unterstützt den Beschlussentwurf zur Änderung der Richtlinie.

Wir gehen davon aus, dass bei den Suchterkrankungen auch für die Systemische Therapie in der PT-RL der § 27 zutrifft, der besagt, dass bis zur 10. Sitzung nachweislich Suchtmittelfreiheit erreicht sein muss und andernfalls die Therapie zu beenden ist.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Rainer Thomasius
Präsident DG-Sucht

Präsident: Prof. Dr. Rainer Thomasius, Hamburg

Schriftführerin: Ulrike Dickenhorst, Münster

Schatzmeister: PD Dr. Johannes Lindenmeyer

IBAN: DE29410500950007074925

BIC: WELADED1HAM

Bankverbindung: Sparkasse Hamm

Kto.-Nr. 7074925

(BLZ 410 500 95)

www.dg-sucht.de

Stellungnahme der DFT zur Änderung der PT-RL / Systemische Therapie vom 19.08.2019

<p>Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie (DFT) e.V.</p>	
<p>19.08.2019</p>	
<p>Die DFT setzt sich als Verband für die Förderung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Psychodynamischen Psychotherapie sowie für eine weitere Verankerung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als eigenständige, integrative und entwicklungsfähige Therapiemethode sowohl im Gesundheitswesen als auch im öffentlichen Bewusstsein ein. Hierzu liegen ihr eine Vertiefung der wissenschaftlichen Grundlagen und Weiterentwicklung der Theorie der TfP und eine Unterstützung praxisnaher Wirksamkeits- und Versorgungsforschung am Herzen. Besonders wichtig ist für die DFT die Aus-, Weiter- und Fortbildung in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie/Psychodynamischer Psychotherapie und deren Verbesserung. In der DFT sind 30 staatlich anerkannte Aus- und Weiterbildungsinstitute organisiert. Zusammen bilden sie über 80% aller psychodynamischen Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten bundesweit aus. Insgesamt befinden sich ca. 3.000 angehende Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten an den DFT-Instituten in Ausbildung. Insgesamt hat die DFT über 1.300 Mitglieder (Niedergelassene, Kliniker, Ausbildungskandidaten, Lehrende und Wissenschaftler).</p>	
<p><i>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</i></p>	<p><i>Begründung</i></p>
<p>Änderung der Psychotherapierichtlinie</p>	<p>Die DFT befürwortet die Änderung der Psychotherapierichtlinie, da der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Beschluss vom 22.11.2018 den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie bei Erwachsenen gemäß 2. Kapitel § 7 Absatz 1 lit. a) VerfO als Psychotherapieverfahren anerkannt hat und diese nach Überprüfung durch das IQWiQ für sieben Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie PT-RL (Angststörungen und Zwangsstörungen; Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie; Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/Opiode; Essstörungen; Schizophrene und affektive psychotische Störungen) als hinreichend belegt ansieht.</p>
<p>Kontingente</p>	<p>Die DFT schließt sich den Argumenten der Systemischen Therapie für LZT 60/80 Sitzungen Einzel/Mehrpersonen bzw. LZT 60/80 Doppelsitzungen für Gruppe an. In der realen Versorgung liegen oft psychische Komorbiditäten oder chronische Erkrankungen vor. In klinischen Studien sind diese Fälle häufig ausgeschlossen, so dass – wie die Erfahrungen mit den in der Versorgung etablierten Richtlinienverfahren zeigen - in der Versorgungsrealität eine längere Therapiedauer erforderlich ist, um einen nachhaltigen Behandlungseffekt zu erzielen (Hansen et al., 2002; Leichsenring & Rabung, 2011; Altmann et al., 2016). Die Psychotherapie-Richtlinie sieht in § 28 (neu) Abs. 2 vor, dass die Kontingente einen Behandlungsumfang darstellen sollen, in dem in der</p>

	<p>Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Außerdem gehe es in der Psychotherapie gemäß § 14 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie um eine besonders nachhaltige Behandlung, die grundsätzlich eine Rezidivprophylaxe als integralen Bestandteil der Abschlussphase einer solchen Therapie beinhaltet. Die o.g. Kontingente tragen diesen Vorgaben Rechnung und erlauben eine Anpassung an den individuellen Behandlungsbedarf.</p>
<p>Übende und suggestive Interventionen</p>	<p>Zur Zeit schließt die PT-RL §26 (neu) eine Kombination der übenden und suggestiven Methoden mit den tiefenpsychologischen, analytischen und systemischen Verfahren aus. Hier plädiert die DFT für eine Änderung der PT-RL. Übende und suggestive Interventionen sind therapietheoretisch noch unter der Ebene der Methoden angesiedelt und sind keine Verfahren sondern eben "Interventionen". Aus Sicht der DFT gibt es wissenschaftlich keine Begründung, warum nicht solche Interventionen auch in der TP, PA und ST unterstützend eingesetzt werden sollten. Wenn diese Interventionen jetzt in der Systemischen erlaubt sein sollen, dann auch innerhalb der TP.</p>
<p>Trennung KJP und Erwachsenentherapie</p>	<p>Die DFT unterstützt nach der positiven Nutzenbewertung der systemischen Erwachsenentherapie, dass jetzt auch kurzfristig der Prüfungsantrag für den Kinder- und Jugendlichenbereich gestellt werden kann.</p>
<p>Literatur</p>	<p>Altmann, U., Thielemann, D. & Strauß, B. (2016). Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum. <i>Psychiat Prax</i> 43(07), S. 360-366. Bennecke, C. (2019). Kommentar zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. Theoriesystem der Krankheitsentstehung. <i>Deutsches Ärzteblatt /PP</i>, 8, S. 348. G-BA (2018). <i>Methodenbewertung. Nutzen und medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie anerkannt</i>. Pressemitteilung Nr. 40/2018. G-BA (2019). <i>Verfahrensordnung</i>. Bundesanzeiger BAnz AT 05.03.2019 B2. Hansen, N.B., Lambert, M.J. & Forman, E.M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. <i>Clin Psychol</i> 9, pp. 329-343. IQWIG (2017). <i>Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren</i>. Abschlussbericht N14-02. Leichsenring, F. & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. <i>Br J Psychiatry</i> 199, pp. 15-22.</p>

19. August 2019

Für das Präsidium der DFT e.V.

Karlfrid Hebel-Haustedt
 Dipl.-Psych. Dipl.-Ing.
 Präsident

Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie e.V.

Stellungnahme der DGVT zu einer Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen

Wir nehmen in unserer Stellungnahme „Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen“ Bezug auf unsere Positionierung vom 3. September 2018 („Stellungnahme der DGVT zum Bewertungsverfahren Systemische Therapie für Erwachsene als Richtlinienverfahren“). Daran anknüpfend geht es nun um die Frage, welcher Behandlungsumfang angemessen ist, damit alle Patient*innengruppen ausreichend versorgt sind.

Hierfür liefern die vorliegenden Erkenntnisse aus Versorgungsforschung, klinischer Erfahrung und die bisherigen Richtlinien-Verfahren eine belastbare Entscheidungsgrundlage. Eine davon abweichende und weitgehend willkürlich festgelegte Kontingentierung des Behandlungsumfangs für Systemische Therapien wäre hingegen nicht zielführend. Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen dafür ins Feld geführten Argumente beruhen auf einer fehlerhaften Interpretation der entsprechenden Studienlage, beispielsweise hinsichtlich der Faktoren monosymptomatische und komorbide Störungen. Patient*innen würden durch eine solche Einschränkung der Systemischen Therapie auf die Kurzzeittherapie gegebenenfalls zu einem nicht sinnvollen und kostenintensiven Therapeut*innen- und Verfahrenswechsel gezwungen. Eine Festlegung der Systemischen Therapie auf ein Kurzzeitverfahren entspricht zudem nicht der Versorgungsrealität und wäre auch mit Blick auf die Psychotherapeut*innenausbildung und den dort geforderten Techniken für Langzeittherapien kontraproduktiv, weil die Systemische Therapie damit nicht als Vertiefungsgebiet gewählt werden könnte.

Die DGVT lehnt daher die im neu eingeführten § 31 vorgeschlagenen Begrenzungen des zeitlichen Umfangs für Systemische Therapien in der vorliegenden Form ab.

Darüber hinaus ist die vorliegende Forderung des GKV-SV einer Beschränkung der Systemischen Therapie auf die Behandlung von Erwachsenen nicht nachvollziehbar. Sie widerspricht den bisherigen Ansätzen bei Richtlinienverfahren grundlegend. Auch mit Blick auf die dringend notwendige Verbesserung der Versorgungssituation in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie wäre ein solches Vorgehen geradezu fahrlässig. Wie bereits im ersten G-BA-Stellungnahmeverfahren des Jahres 2013 zur Systemischen Therapie fordert die DGVT weiterhin die Aufnahme der Systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in den Leistungskatalog.

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

Tübingen, August 2019

Stellungnahme über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	
26.08.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu I.2.:</p> <p>In §2 Absatz 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „körperliche“ werden die Wörter „oder soziale“ eingefügt.</p> <p>ÄNDERUNGSVORSCHLAG: Die Einfügung der Wörter „oder soziale“ wird nicht vorgenommen.</p>	<p>Es ist unbestritten, dass soziale Kontextfaktoren oder schlechte soziale Voraussetzungen psychische Erkrankungen auslösen oder verschlimmern können.</p> <p>Allein die ggf. anzuführende Begründung, die Ergänzung an dieser Stelle um die Wörter „oder soziale“ werde dem geltenden biopsychosozialen Krankheits-Modell in der Psychotherapie-Richtlinie nun endlich gerecht, wird nicht als zielführend angesehen.</p> <p>Auch wenn soziale Kontextfaktoren wie z. B. Arbeitslosigkeit, Einsamkeit, finanzielle Probleme, schlechte Wohnbedingungen, Verantwortung für kranke und/oder pflegebedürftige Bezugspersonen psychische Erkrankungen auslösen oder verschlimmern können, wäre primär anzunehmen, dass die Verbesserung oder Aufhebung des sozialen Belastungsfaktors zum Rückgang oder zur Verbesserung der psychischen Erkrankung ursächlich beitragen wird.</p> <p>Weiterhin wäre in diesem Zusammenhang anzunehmen, dass Richtlinien-Psychotherapie eine primär durch ein soziales Problem ausgelöste psychische Erkrankung nicht ursächlich behandeln bzw. bessern kann.</p> <p>Insofern wären bei den genannten Beispielen belastender sozialer Kontextfaktoren andere psychosoziale Interventionen ursächlich indiziert. (Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe, medizinische Rehabilitation, Selbsthilfeangebote, Schuldnerberatung, bei Kindern und Jugendlichen Angebote der Jugendhilfe).</p> <p>Die Begründung für die Aufnahme dieser beiden Worte, die Systemische Therapie fokussiere den „sozialen Kontext psychischer Störungen...“, schlägt fehl, da dies als Beschreibung des therapeutischen Ansatzes der Systemischen Therapie nur einen kleinen Anteil der Wirkfaktoren herausgreift und damit sehr verkürzt versucht wird, die Systemische Therapie in ihrer Wirkweise zu beschreiben.</p>

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

26.08.2019

	<p>An dieser Stelle der Psychotherapie-Richtlinie eingefügt entfalten die beiden Worte einen völlig anderen Bedeutungszusammenhang, der nicht erwünscht sein kann.</p>
<p>I.5.: § 9 wird wie folgt gefasst: „Im Rahmen einer Psychotherapie kann es notwendig werden, zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges für die Behandlung der psychischen Störung relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einzubeziehen.“</p>	<p>Die Änderung des § 9 in seiner Gesamtheit enthält nun nicht mehr den vorher enthaltenen expliziten Verweis auf Menschen mit einer geistigen Behinderung.</p> <p>In den §§ 11, 12 und 28 Absatz 4 der Richtlinie wird zwar weiteres geregelt, es fehlt dieser gezielte Hinweis jetzt jedoch im § 9, der mit seiner Überschrift „Einbezug des sozialen Umfeldes“ diesen Sachverhalt adressiert. § 9 enthält nun nur eine allgemeine Formulierung, dass es notwendig werden kann, relevante Bezugspersonen einzubeziehen ohne einen Verweis darauf, dass auch Menschen mit einer geistigen Behinderung hier gemeint sind.</p> <p>Die DGPPN sieht in dieser neuen Fassung zwar die Intention der Vereinfachung und die Absicht, mit der Nicht-Nennung eine Extra-Stellung und evtl. daraus abzuleitende Diskriminierung von Menschen mit einer geistigen Behinderung zu vermeiden, bedauert aber letztlich den Wegfall des Hinweises auf Menschen mit einer geistigen Behinderung.</p> <p>Die entsprechenden Änderungen waren erst mit Inkrafttreten zum 21.12.2018 in die Richtlinie aufgenommen worden. Der explizit festgelegte Sachverhalt der Erweiterung des Kontingentes von Psychotherapiesitzungen um die Sitzungen mit Bezugspersonen wird nun nicht mehr an entsprechender augenfälliger Stelle erwähnt. Dieser Sachverhalt erschließt sich zwar bei umfänglicher Kenntnis der Psychotherapie-Richtlinie.</p> <p>Die DGPPN befürchtet jedoch, dass sich ein Effekt der Förderung der Richtlinien-Psychotherapie bei Menschen mit einer geistigen Behinderung, die mit der Richtlinien-Änderung zum 21.12.2018 im Grunde intendiert war, nun nicht mehr einstellen wird.</p>

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

26.08.2019

I.13

GKV-SV

(3) Systemische Therapie kann nach dieser Richtlinie als Krankenbehandlung bei Erwachsenen zur Anwendung kommen.“

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:
Nichtaufnahme dieses Passus.

Systemische Therapie sollte in der Krankenbehandlung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zur Anwendung kommen. Gerade bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist der Einbezug der unmittelbaren Bezugspersonen von besonderer Bedeutung. Dieser Sachverhalt wird in der Systemischen Therapie durch die therapieformbestimmenden Interventionen in besonderer Weise adressiert und genutzt.
Eine Anwendungsbeschränkung auf Erwachsene ist nicht sachgerecht.

I.15:

Der neue § 19 wird wie folgt geändert:

a)

Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 19 Kombination von Psychotherapieverfahren“

b)

Das Wort „und“ wird durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Verhaltenstherapie“ die Wörter „und Systemische Therapie“ eingefügt.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

„Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie sind nicht kombinierbar, weil die Kombination der Verfahren zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann. ((=Formulierung wie vor der Änderung)).

NEU: Systemische Therapie kann sowohl mit psychoanalytisch begründeten Verfahren als auch mit Verhaltenstherapie (jeweils in der Langzeittherapie) kombiniert werden, wenn die überwiegende Wahrscheinlichkeit besteht, dass dies der Erreichung der Ziele der

Systemische Therapie kann aufgrund der Konzeption des Verfahrens bei entsprechender Indikation eine sinnvolle Ergänzung zulaufenden Psychotherapien in der Verhaltenstherapie und in psychoanalytisch begründeten Verfahren darstellen, und zwar immer dann, wenn die Behandlung im Einzel- oder im Gruppensetting an Grenzen stößt, welche durch Anwendung der Systemischen Therapie überwunden werden und der Erfolg der ursprünglich angewendeten Therapie dadurch gesichert bzw. schneller erreicht werden kann.

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

26.08.2019

ursprünglich gewählten Therapie dient und/oder dadurch zusätzlich Wege zur Zielerreichung eröffnet werden. Das Kontingent für Systemische Therapie darf dabei 6 Mehrpersonensettings nicht überschreiten. Die Gesamtzahl der möglichen Sitzungen bleibt dadurch unverändert. Die Kombination ist in der Antragsstellung zu begründen.“

Zu:

GKV-SV:

22. Im neuen § 26 Satz 3 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „analytischen“ werden die Wörter „oder Systemischen Psychotherapie“ eingefügt.

Änderungsvorschlag:

Nichtumsetzung dieses Vorschlags

Hier wird die Position von KBV und PatV unterstützt, dass übende Verfahren in der Systemischen Therapie nicht ausgeschlossen werden dürfen.

Eine „Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit“ greift bei der Systemischen Therapie nicht. Für die Systemische Therapie gilt hier dasselbe wie für die Verhaltenstherapie.

I.26.:

Der neue § 30 wird wie folgt geändert:

b) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt:

„4. Systemische Therapie bei Erwachsenen

- Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden

Höchstgrenze: 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden“

Hier wird die Position der KBV unterstützt. 60 Stunden Systemischer Therapie würden bei ausschließlicher Anwendung des Gruppen- oder Mehrpersonensettings 30 Sitzungen umfassen.

Die Position des GKV-SV zu den Kontingenten (2x12 Einzelsitzungen bzw. 2x6 Mehrpersonen- oder Gruppensitzungen) wird für viele Patienten als zu gering eingeschätzt, um hiermit die Erkrankung wirksam zu behandeln. Diese Position würde zusätzlich beinhalten, dass die Systemische Therapie grundsätzlich ohne Gutachterverfahren eingesetzt werden könnte und somit erstmals ein Psychotherapie-Verfahren in die Richtlinie aufgenommen werden würde, das grundsätzlich nicht dem Gutachterverfahren unterläge.

Die Systemische Therapie wird von den entsprechenden Fachleuten als ein eher kurzes Verfahren eingeschätzt.

Dem muss jedoch entgegengehalten werden, dass

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

26.08.2019

Systemische Therapie bisher im stationären Setting als ein Baustein eines Gesamtbehandlungskonzeptes angewendet wurde, insofern im vertragsärztlichen Bereich Kontingente zur Vorbereitung und Nachbearbeitung der Mehrpersonen-Sitzungen zusätzlich angenommen werden müssen. Im vertragsärztlichen Sektor wurde Systemische Therapie bisher als Selbstzahlerleistung eingesetzt. Daten zur Therapiedauer liegen unseres Wissens nicht vor.

Aus der Annahme, dass Systemische Therapie vorrangig als Kurzzeittherapie angewendet werde, sollte nicht der Schluss gezogen werden, dass sie dann auch ausschließlich als Kurzzeittherapie angewendet werden MÜSSE.

Stellungnahme über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – DÄVT	
26.08.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Die DÄVT befürwortet die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie in der von der KBV-Seite eingebrachten Form.	Die geänderte Richtlinie in der von der KBV vertretenen und in den tragenden Gründen begründeten Form wird den Notwendigkeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Patientenversorgung in angemessener Form gerecht.
<p>§ 18: GKV-SV: (3) Systemische Therapie kann nach dieser Richtlinie als Krankenbehandlung bei Erwachsenen zur Anwendung kommen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Dieser Passus sollte nicht in die Richtlinie aufgenommen werden.</p>	Die vom GKV-SV geforderte Einschränkung der Anwendung der Systemischen Therapie auf die Behandlung von Erwachsenen erscheint aufgrund des ursprünglichen Antrags, der sich zunächst auf die Systemische Therapie bei Erwachsenen bezog, sowie aufgrund der Ergebnisse des Abschlussberichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zwar nachvollziehbar. Nach der klinischen Erfahrung liegen aber gerade in der Anwendung bei Kindern und Jugendlichen eine besondere Indikation und ein besonderer Nutzen dieses Verfahrens. Die Systemische Therapie könnte bei einer Einschränkung auf Erwachsene somit nur einer begrenzten Zahl von Patienten zugutekommen und eine deutlich größere Patientengruppe, bei der eine Anwendung in besonderem Maße indiziert ist, wäre ausgeschlossen. Somit entspricht eine Beschränkung der Anwendung der Systemischen Therapie auf Erwachsene in keiner Weise der Erfordernis der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.
<p>§ 19 neu: § 19 Kombination von Psychotherapieverfahren Psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie sind nicht kombinierbar, weil die Kombination der Verfahren zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann.</p> <p>Änderungsvorschlag: Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie sind nicht kombinierbar, da die</p>	<p>Von der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) kann aus naheliegenden Gründen nur eine Begründung des Änderungsvorschlags für eine Kombination von Verhaltenstherapie mit Systemischer Therapie gegeben werden. Für die psychoanalytisch begründeten Verfahren kann von unserer Seite nicht Stellung genommen werden:</p> <p>Bereits jetzt können die Bezugspersonen schon in einer Relation von bis zu 1:4 mit in die Behandlung einbezogen werden und es besteht ein Konsens zwischen den Gutachtern, in diesem Zusammenhang die Anwendung von Interventionen aus der Systemischen Therapie im Rahmen verhaltenstherapeutisch begründeten Störungs- und Behandlungskonzeptes zu akzeptieren, wenn dies mit dem in der Gesamtheit verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsplan kompatibel ist und eine sinnvolle Ergänzung darstellt. Ein wie in §19 absolut formulierter Ausschluss einer Kombination geht somit weit hinter eine sinnvolle und bewährte Praxis zurück.</p>

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – DÄVT

26.08.2019

Kombination der Verfahren zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann. (FORMULIERUNG WIE IN DER BISHERIGEN RICHTLINIE).
ERGÄNZUNG: Eine Kombination von (psychoanalytisch begründeten Verfahren oder) Verhaltenstherapie mit Systemische Therapie kann bei einer Zulassung für beide Verfahren im Einzelfall unter der Voraussetzung erfolgen, dass so Therapieziele erreicht werden können, die mit dem primär gewählten Verfahren alleine nicht erzielbar wären. Das Stundenkontingent für das zusätzliche Verfahren soll die Relation von 1:4 nicht überschreiten und das Kontingent für die gesamte Therapie wird durch die Kombination nicht erweitert.

§ 30 neu:
Änderungsvorschlag (analog der Position der KBV und der Patientenvertreter):
§ 30.4. Systemische Therapie bei Erwachsenen
- Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
- Höchstgrenze: 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden

Die Position der KBV und der Patientenvertreter wird unterstützt.
Therapiestudien beschreiben oft einen relativ begrenzten Behandlungsumfang, sie bilden damit aber nicht unbedingt die Realität in der Versorgungspraxis ab. Komorbiditäten und chronische Erkrankungen, die bei Studien meistens ausgeschlossen sind, haben ebenso wie lange dauernde gravierende Belastungen im Lebensumfeld einen erheblichen Einfluss auf die Therapiedauer.
In der Versorgungsrealität werden Therapien zwar auch mehrheitlich im Rahmen einer Kurzzeittherapie abgeschlossen, bei einem nicht unerheblichen Prozentsatz der Patienten ist aber zwingend eine längere Therapiedauer erforderlich, um einen langfristigen Behandlungseffekt zu erzielen und Rezidiven vorzubeugen.
Die für die bereits anerkannten Richtlinien-Verfahren festgelegten Kontingente tragen diesen Erfordernissen Rechnung und erlauben ein therapeutisches Vorgehen in der Langzeittherapie, das dem individuellen Behandlungsbedarf angepasst werden kann.

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – DÄVT	
--	--

26.08.2019	
-------------------	--

	Eine Beschränkung der systemischen Therapie auf Kurzzeittherapien erscheint nicht angemessen und würde diese darüber hinaus als Novum in der Richtlinien-Psychotherapie auch von einer Qualitätssicherung im Gutachterverfahren ausschließen.
--	---

Stellungnahme über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen

Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie (D3G.org)	
25.08.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§30 Abs.4/ bzw. §31: Sitzungskontingent 12/ 12/ 40Stunden	Die von der Systemischen Therapie eingebrachten Studien und die Auswertungen durch IQWiG zeigen Effekte bei kurzen Therapiedauer auf. Diesen Ergebnissen sollte Rechnung getragen werden. Um gleichzeitig einen Spielraum für die praxisrelevante effektive Therapiedauer zu ermöglichen, befürworten wir eine Kontingentierung von 12/12 , wobei für „komplexe Fälle“ das Kontingent auf maximal 40 Stunden erweiterbar sein sollte.

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Systemische Therapie bei Erwachsenen

27.08.2019

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	3
Zu I. 1. b) Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 1 Absatz 5)	4
Zu I. 2. Seelische Krankheit (§ 2 Absatz 2)	4
Zu I. 3. Übergreifende Merkmale von Psychotherapie (§ 4 Absätze 3 und 4)	4
Zu I. 5. Einbeziehung des sozialen Umfeldes (§ 9)	6
Zu I. 7. Probatorische Sitzungen (§ 12).....	6
Zu I. 8. Akutbehandlung (§ 13)	7
Zu I. 11., 12. und 13. Behandlungsformen: psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie (§ 16, 17 und 18)	8
Zu I. 15. Kombination von Psychotherapieverfahren (§ 19).....	9
Zu I. 18. und I. 19. Anwendungsformen und deren Kombination (§ 21f.).....	11
Zu I. 21. Übende und suggestive Interventionen (§ 26)	11
Zu I. 25. bis I. 27. Therapieansätze, Bewilligungsschritte und Behandlungsumfänge in den Verfahren nach § 15 (§ 29ff.)	12
Zu I. 36. Übergangsregelung für die Qualifikationskriterien der Gutachterinnen und Gutachter im Bereich Systemischer Therapie (§ 40).....	14
Literatur	17

Vorbemerkung

Vor nunmehr fast elf Jahren hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen festgestellt und das Psychotherapieverfahren als Vertiefungsverfahren für die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. zum Psychologischen Psychotherapeuten sowie zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt, dass nun nach der mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom November 2018 abgeschlossenen Nutzenbewertung, die einen ausreichenden Nutzenbeleg der Systemischen Therapie in insgesamt fünf Anwendungsbereichen festgestellt hat, die Aufnahme der Systemischen Therapie in die Psychotherapie-Richtlinie und damit in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unmittelbar bevorsteht. Nach Abschluss der Nutzenbewertung hat der Unterausschuss Psychotherapie zügig einen Beschlussskizzenentwurf vorgelegt, mit dem das Behandlungsverfahren der Systemischen Therapie in die vertragspsychotherapeutische Versorgung integriert werden kann. Den GKV-Versicherten wird damit in Kürze auch in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung die Systemische Therapie als eine wichtige Behandlungsoption bei psychischen Erkrankungen zur Verfügung stehen.

Dies wird jedoch nach dem aktuellen Beschlussskizzenentwurf lediglich für erwachsene GKV-Versicherte der Fall sein. Denn obwohl der WBP vor knapp elf Jahren zeitgleich die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen festgestellt hat, beschränkte sich der Antrag auf Bewertung der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren, den Dr. Harald Deisler mit Schreiben vom 13. Februar 2013 als damaliges Unparteiisches Mitglied und Vorsitzender des Unterausschusses Methodenbewertung gestellt hatte, auf die Methodenbewertung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen.

Kindern und Jugendlichen würde somit weiterhin eine wichtige wirksame Therapieoption für die Behandlung psychischer Erkrankungen vorenthalten werden. Diese Verzögerungen bei der Integration neuer Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog der GKV sind nicht akzeptabel und sind auch den von psychischen Erkrankungen betroffenen Kindern und Jugendlichen, die von einer Systemischen Therapie profitieren könnten, und deren Eltern nicht vermittelbar. Auch vor dem Hintergrund der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussionen über die Dauer der Methodenbewertung und der Entscheidungsfindung im G-BA erscheint hier eine Korrektur des bisherigen Prüf- und Beratungs-

prozesses dringend geboten, sodass der G-BA kurzfristig in die Lage versetzt wird, die sozialrechtliche Zulassung der Systemischen Therapie in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung auch auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen auszudehnen.

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

Zu I. 1. b) Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 1 Absatz 5)

In § 1 Absatz 5 sollen in der Auflistung der nicht zum GKV-Leistungskatalog gehörigen Maßnahmen die „Paar- und Familienberatung“ ergänzt werden, um damit eine Abgrenzung zu dem in der Systemischen Therapie im Rahmen der Krankenbehandlung möglichen Mehrpersonensetting zu erreichen. Die grundsätzliche Abgrenzung der Beratungsleistungen von den Leistungen der Krankenbehandlung erscheint soweit unkritisch, wenngleich mit der Ergänzung der Auflistung der unzutreffende Eindruck erweckt werden könnte, dass es sich hierbei um eine abschließende Liste der nicht der GKV-Versorgung zurechenbaren Maßnahmen handelt.

Zu I. 2. Seelische Krankheit (§ 2 Absatz 2)

Im Zuge der Integration der Systemischen Therapie in die Psychotherapie-Richtlinie sollen bei der Erläuterung des Ätiologiemodells seelischer Krankheiten explizit auch soziale Faktoren hinsichtlich der Verursachung krankhafter Störungen genannt werden, um der besonderen Bedeutung dieses Einflussfaktors im Krankheits- und Behandlungsmodell der Systemischen Therapie besser Rechnung zu tragen. Die BpTK begrüßt diese Ergänzung, mit der die in der Richtlinie genannten ätiologischen bzw. ätiopathogenetischen Faktoren im Sinne eines biopsychosozialen Modells der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen komplettiert werden.

Zu I. 3. Übergreifende Merkmale von Psychotherapie (§ 4 Absätze 3 und 4)

In § 4 Absatz 4 werden die im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie möglichen Anwendungsformen aufgeführt. Mit der Aufnahme der Systemischen Therapie wird hierbei als zusätzliche Anwendungsform das Mehrpersonensetting eingeführt, um damit den Besonderheiten der Systemischen Therapie hinsichtlich des kontinuierlichen Einbezugs von relevanten Bezugspersonen aus Familie und sozialem Umfeld besser gerecht zu werden. Vor dem Hintergrund der damit verbundenen spezifischen Anforderungen an die Durchführung der Behandlung erscheint diese Definition als eigene Anwendungsform sachgerecht.

Sinnvoll ist in diesem Zusammenhang auch die explizite Klarstellung, dass auch in diesen Fällen eine Kombination mit Einzel- oder Gruppentherapie möglich ist. Ergänzend sollte jedoch auch die Kombination aller drei Settings als Möglichkeit benannt werden. Hierzu sollte § 4 Abs. 4 Satz 1 wie folgt gefasst werden:

*„Psychotherapie nach dieser Richtlinie kann bei allen Indikationen nach § 27 als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie sowie bei der Systemischen Therapie als Behandlung der Patientin oder des Patienten zusammen mit relevanten Bezugspersonen aus Familie oder sozialem Umfeld (Mehrpersonensetting) auch in Kombination mit Einzel- **und**/oder Gruppentherapie Anwendung finden.“*

Die in Satz 2 Nummern 1 und 2 vorgenommene Ergänzung um die System- und Ressourcenanalyse als exemplarische diagnostisch-therapeutische Instrumente der Systemischen Therapie ist sachgerecht, um damit die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren in den Regelungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie in vergleichbarer Weise zu berücksichtigen.

In § 4 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 wird darüber hinaus das Ziel Systemischer Therapie im Mehrpersonensetting und damit auch die Indikation für den Nutzung dieser Anwendungsform im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie näher definiert. Im Vergleich zu den Beschreibungen der Vorgehensweisen und der Ziele der Einzel- bzw. Gruppentherapie unter den Nummern 1 und 2 erscheint die hier gewählte Definition zu einengend in dem Sinne, dass das Ziel der Behandlung in diesem Setting abschließend definiert wird und die Voraussetzungen für die Anwendung dieses Settings damit zu enggeführt werden. Nicht zuletzt kann der Nebensatz so verstanden werden, dass für dieses Setting Voraussetzung ist, dass für die Patientin oder den Patienten bedeutsame Beziehungen und Interaktionen sowohl bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Störung als auch bei deren Behandlung von Bedeutung sein müssen. Diese Eingrenzung wäre nicht sachgerecht. Die BPtK schlägt daher folgende Änderung in § 4 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 vor:

*„3. Mehrpersonensetting im Rahmen der Systemischen Therapie: **Ein wesentliches Ziel von Systemischer Therapie im Mehrpersonensetting ist die Veränderung von bedeutsamen Beziehungen und Interaktionen (zwischen Patientin und Patient und Lebenspartnerin oder -partner, der Kernfamilie oder erweiterter Familie, sowie zwischen Patientin oder Patient und den Mitgliedern anderer interpersoneller Systeme), sofern diese für die Entstehung, Aufrechterhaltung **oder** ~~und~~ Behandlung der psychischen Störung von Krankheitswert von Bedeutung sind.“***

Zu I. 5. Einbeziehung des sozialen Umfeldes (§ 9)

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird die Regelung zum Einbezug von Bezugspersonen insgesamt vereinfacht. Maßgeblich für die Einbeziehung von Bezugspersonen ist für alle Patientengruppen, dass diese die Erreichung des Behandlungserfolges unterstützen, unabhängig davon, ob die Bezugspersonen dem engeren oder weiteren sozialen Umfeld zuzuordnen sind. Diese Öffnung des Einbezugs von Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld für alle Patientinnen und Patienten, soweit diese dem Behandlungserfolg dient, wird von der BPtK begrüßt.

Zu I. 7. Probatorische Sitzungen (§ 12)

Die BPtK begrüßt, dass mit Einführung des Mehrpersonensettings in der Systemischen Therapie die probatorischen Sitzungen auch im Mehrpersonensetting durchgeführt werden können. Gemäß § 12 Absatz 1 dienen probatorische Sitzungen der weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren. Hierbei sind auch weitere differenzialdiagnostische Abgrenzungen des Krankheitsbildes, eine Einschätzung der Prognose, Klärung der Motivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit und der persönlichen Passung von Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut relevant. Nicht zuletzt bei den Fragen der Passung, aber auch der Therapiemotivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit und der Indikationsstellung und Eignung für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren sind auch Aspekte der vorgesehenen Behandlungssettings (Anwendungsformen) mit zu prüfen. Daher ist es sinnvoll, dass im Rahmen der probatorischen Sitzungen konkret unter Durchführung der Psychotherapie in der vorgesehenen Anwendungsform geprüft werden kann, ob das geplante Setting – hier das Mehrpersonensetting in der Systemischen Therapie – für die Behandlung der psychischen Störungen bei der jeweiligen Patientin oder dem jeweiligen Patienten geeignet und erfolgversprechend ist. Dies erlaubt zudem auch der Patientin oder dem Patienten zu prüfen, ob sie oder er sich auf eine psychotherapeutische Behandlung in dem entsprechenden Setting einlassen kann.

Diese Erwägungen sind analog auf die Anwendungsform der Gruppenpsychotherapie zu übertragen. Auch hier könnte die Qualität der Indikationsstellung zur Gruppenpsychotherapie gestärkt werden, wenn in der Psychotherapie-Richtlinie die Möglichkeit vorgesehen wird, dass probatorische Sitzungen auch als Gruppenpsychotherapie durchgeführt werden können. Patientinnen und Patienten würde damit zugleich die Möglichkeit gegeben, ihre Entscheidung über das Behandlungsverfahren und das Behandlungssetting gemein-

sam mit der behandelnden Psychotherapeutin oder dem -therapeuten vor dem Hintergrund der konkreten Erfahrung mit dem entsprechenden Behandlungssetting zu treffen, bevor sie bei der Krankenkasse den Antrag auf Genehmigung einer Richtlinienpsychotherapie in dem jeweiligen Setting stellen.

Die BpTK schlägt daher vor, ergänzend zu der Einfügung eines neuen Absatzes 5 in § 12, den Absatz 4 wie folgt zu ändern:

*„Probatorische Sitzungen können ~~nur~~ als Einzel- **oder Gruppenbehandlung** durchgeführt werden. Bei Kindern und Jugendlichen ist auch eine Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen nach § 9 möglich. Satz 2 gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.“*

Zu I. 8. Akutbehandlung (§ 13)

Mit der Ergänzung in § 13 Absatz 2 wird klargestellt, dass das Mehrpersonensetting auch in der psychotherapeutischen Akutbehandlung Anwendung finden kann. Hierfür wird die Mindestdauer einer Therapiesitzung auf 50 Minuten anstelle von 25 Minuten erhöht. Vor dem Hintergrund der Besonderheiten des Mehrpersonensettings und einer effektiven Nutzung dieser Anwendungsform erscheint diese Änderung für den Regelfall sachgerecht und würde in der Versorgungsrealität voraussichtlich auch ohne explizite Vorgabe in der Psychotherapie-Richtlinie in den allermeisten Fällen in Form von Therapiesitzungen mit mindestens 50 Minuten Dauer durchgeführt werden. Es ist jedoch nicht erkennbar, weshalb für bestimmte Ausnahmen in der psychotherapeutischen Versorgung bei Krisen- und Ausnahmezuständen, in denen auch kürzere Interventionen mit einer Mindestdauer von 25 Minuten in diesem Setting zielführend und ggf. für die Beteiligten im Rahmen der Akutbehandlung nur in der Form realisierbar sind, diese grundsätzlich ausgeschlossen werden sollten.

Die BpTK schlägt daher vor, § 13 Absatz 2 wie folgt zu ändern:

*„Die Akutbehandlung ist als Einzeltherapie **oder im Mehrpersonensetting gemäß § 4 Absatz 4 Nummer 3** in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24mal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 600 Minuten) durchzuführen; gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9.“*

Zu I. 11., 12. und 13. Behandlungsformen: psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie (§ 16, 17 und 18)

Mit der Integration der Systemischen Therapie in die Psychotherapie-Richtlinie unter die Behandlungsformen nach § 15 soll nach dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) in den nachfolgenden Paragrafen zu den einzelnen Psychotherapieverfahren (§ 16, 17 und 18) jeweils in einem eigenen Absatz geregelt werden, für welchen Altersbereich ein bestimmtes Psychotherapieverfahren zur Anwendung kommen kann.

Aus Sicht der BPTK ist es nicht sachgerecht, mit der Integration der Systemischen Therapie erstmals die zulässigen Anwendungsbereiche der Psychotherapieverfahren nach dem Alter zu differenzieren. Dies gilt umso mehr, wenn man die spezifische Evidenzlage der Systemischen Therapie im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen beachtet. Bereits vor elf Jahren hat der WBP für die Systemische Therapie die wissenschaftliche Anerkennung als Psychotherapieverfahren festgestellt, sowohl für den Bereich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen als auch der Behandlung von Erwachsenen. Entsprechend hat der WBP in seinem Gutachten vom 14. Dezember 2008 die Zulassung der Systemischen Therapie als Vertiefungsverfahren für die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. zum Psychologischen Psychotherapeuten als auch zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen.

Der WBP hatte seinerzeit auf der Basis von insgesamt 55 eingereichten Studien im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen in den Anwendungsbereichen „Affektive Störungen und Belastungsstörungen“, „Essstörungen und andere Verhaltensstörungen mit körperlichen Störungen“, „Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und Tic-Störungen“ und „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen“ festgestellt.

Die Evidenzbasis der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen konnte seither durch eine Vielzahl empirischer Studien, einschließlich methodisch hochwertiger randomisiert-kontrollierter Studien weiter unterfüttert werden (für einen Überblick u. a. Meta-Analyse von Riedinger, Pinquart, & Teubert, 2015, bei Depression u. a. Dietz et al., 2015, bei substanzbezogenen Störungen u. a. Schaub et al., 2014, bei Angststörungen u. a. Cresswell et al., 2017, bei Essstörungen u. a. Le Grange et al., 2016). Dass nun mit der Integration der Systemischen Therapie in die Psychotherapie-Richtlinie vor dem Hintergrund der

Nutzenbewertung auf Basis des IQWiG-Abschlussberichts zum Nutzen der Systemischen Therapie bei Erwachsenen eine Einschränkung auf die Altersgruppe der Erwachsenen erfolgen soll, ist ausschließlich auf die Versäumnisse des G-BA hinsichtlich der erforderlichen Initiierung einer entsprechenden Nutzenbewertung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen zurückzuführen. Vor dem Hintergrund der Anwendung der Systemischen Therapie in der Krankenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen (in Deutschland u. a. in der stationären Versorgung, international insbesondere auch im ambulanten Versorgungsbereich), der Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen durch den WBP, die Empfehlung der Systemischen Therapie als Vertiefungsverfahren für die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der nachfolgenden staatlichen Anerkennung von entsprechenden Ausbildungsstätten wäre eine unmittelbare Einleitung einer Nutzenbewertung der Systemischen Therapie auch für die Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen angezeigt gewesen. Aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen ist es im Bereich neuer psychotherapeutischer Behandlungsverfahren nicht möglich, von externer Seite, z. B. einer entsprechenden wissenschaftlichen Fachgesellschaft, die Einleitung einer Methodenbewertung im G-BA zu initiieren. Die Funktionsfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung in den Strukturen des G-BA und die sachgemäße Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Bereich der Einleitung von Prüfverfahren zu neuen Behandlungsmethoden sind daher die Voraussetzung dafür, dass GKV-Versicherten tatsächlich zeitnah wirksame neue psychotherapeutische Behandlungsverfahren zur Verfügung gestellt werden können.

Angesichts der jahrelangen Verzögerungen bei der Einleitung einer Nutzenbewertung und der vorliegenden Nutzenbelege für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen spricht sich die BptK dafür aus, dass kurzfristig die Systemische Therapie auch für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen zugelassen wird. Entsprechende Eingrenzungen der Systemischen Therapie auf die Anwendung bei Erwachsenen, wie im Beschlussentwurf vom GKV-SV vorgeschlagen, wären nach Auffassung der BptK nicht angemessen.

Darüber hinaus erscheint die im Beschlussentwurf vorgeschlagene inhaltliche Beschreibung der Systemischen Therapie in Absatz 1 einschließlich der in Absatz 2 aufgeführten Schwerpunkte der Behandlungsmethoden sachgerecht.

Zu I. 15. Kombination von Psychotherapieverfahren (§ 19)

Bislang wird in § 18 (alt) geregelt, dass eine Kombination von psychoanalytisch begründeten Verfahren und Verhaltenstherapie nicht zulässig ist. Dies wird im Richtlinienentwurf selbst

damit begründet, dass die Kombination zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann. In dem vorliegenden Beschlusssentwurf wird nun die Systemische Therapie lediglich im Regelungstext ergänzt und die Überschrift dahingehend angepasst, dass allgemein die Thematik der Kombination von Psychotherapieverfahren und nicht mehr die „Nichtkombinierbarkeit“ von psychoanalytisch begründeten Verfahren und Verhaltenstherapie benannt wird. In den Tragenden Gründen findet sich keinerlei Begründung, warum bei Einführung der Systemischen Therapie in die Psychotherapie-Richtlinie auch die Kombination dieses Verfahrens mit einem der anderen Psychotherapieverfahren ausgeschlossen werden soll. Dadurch wird der Eindruck erweckt, dass der G-BA diese Regelung wie ein Naturgesetz betrachtet, das keiner weiteren Begründung bedarf als der kryptischen Erläuterung im Regelungstext selbst, nach der eine Kombination der Verfahren die methodenbezogene Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses verfremden kann.

Dabei zeigt schon die Formulierung im Richtlinienentwurf, dass es sich hierbei lediglich um eine denkbare Möglichkeit handelt, deren Wahrscheinlichkeit nicht näher beziffert werden kann. So ist der Normgeber offenbar bislang nicht davon ausgegangen, dass die Kombination in der Regel zu einer solchen Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führt, sondern lediglich die Möglichkeit dazu besteht. Offen ist auch, ob nicht von Seiten der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten wirksam dieser möglichen Gefahr begegnet werden könnte, z. B. dadurch, dass die entsprechenden Phasen der Therapie klar voneinander abgegrenzt werden (z. B. zu Beginn Durchführung einer Verhaltenstherapie mit Reizkonfrontation und anschließender Reaktionsverhinderung zur Behandlung der Zwangsstörung mit anschließendem Wechsel zur Systemischen Therapie zur Behandlung der Essstörung im Mehrpersonensetting). Darüber hinaus gibt es nach Kenntnis der BPTK auch keine empirischen Belege dafür, dass eine aus der Kombination von Psychotherapieverfahren resultierende Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses, wie es demnach beispielsweise für die entsprechenden Kombinationsbehandlungen in der stationären Versorgung vermutet werden müsste, auch tatsächlich die Wirksamkeit der Gesamtbehandlung verringert oder die Zahl oder Intensität unerwünschter Nebenwirkungen verstärkt und in diesem Sinne auch patientenrelevant wäre.

Die vorgeschlagene Änderung des § 19 (neu) ist daher aus Sicht der BPTK nicht sachgerecht.

Zu I. 18. und I. 19. Anwendungsformen und deren Kombination (§ 21f.)

In § 21 Anwendungsformen werden die verschiedenen Behandlungssettings definiert, in denen eine Psychotherapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie Anwendung finden kann, einschließlich der neuen Anwendungsform des Mehrpersonensettings bei der Systemischen Therapie. Die redaktionelle Überarbeitung stellt aus Sicht der BPtK eine sinnvolle Vereinfachung und Strukturierung dieser Regelungsinhalte dar. Gleiches gilt für die Überarbeitung des Absatzes 1 des neuen § 22, der der Einbindung der Systemischen Therapie in die Psychotherapie-Richtlinie Rechnung trägt.

Zu I. 21. Übende und suggestive Interventionen (§ 26)

Nach dem Vorschlag des GKV-SV soll die Anwendung übender und suggestiver Interventionen gemäß § 26 Absatz 1 Nummern 1 bis 3 während einer Systemischen Therapie ausgeschlossen werden. Begründet wird dies damit, dass hierdurch gewährleistet werden soll, dass die methodenbezogene Eigengesetzlichkeit des therapeutischen systemischen Prozesses nicht durch den Einsatz dieser Interventionen verfremdet wird. Diese Argumentation ist unter fachlichen Gesichtspunkten nicht nachvollziehbar.

Nach Kenntnis der BPtK gibt es weder aus der klinischen Versorgung noch aus der wissenschaftlichen Literatur irgendwelche Hinweise darauf, dass z. B. die Anwendung eines Entspannungsverfahrens parallel zur Systemischen Therapie diese verfremdet oder gar in ihrer Wirksamkeit vermindert. Unter Evidenzgesichtspunkten ist dieser Ausschluss der Kombination von übenden und suggestiven Interventionen mit Systemischer Therapie nicht zu rechtfertigen.

Die klinischen Erfahrungen aus der stationären Versorgung weisen vielmehr darauf hin, dass diese Kombination zum Wohle der Patientin oder des Patienten genutzt werden kann und den Behandlungserfolg insgesamt stärkt. Vor dem Hintergrund der Ressourcenanalyse in der Systemischen Therapie und der daraus abgeleiteten Aktivierung von Ressourcen und Kompetenzen der Patientin bzw. des Patienten lässt sich die Nutzung dieser Interventionen mit dem Ziel einer zunehmend eigenständigen und zielorientierten Anwendung sinnvoll und bruchlos in das systemische Behandlungskonzept einfügen, sodass die methodenbezogene Eigengesetzlichkeit der Systemischen Therapie dadurch vielmehr gestärkt werden könnte.

Zu I. 25. bis I. 27. Therapieansätze, Bewilligungsschritte und Behandlungsumfänge in den Verfahren nach § 15 (§ 29ff.)

Hinsichtlich des Behandlungsumfangs für die Systemische Therapie sieht der Vorschlag von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Patientenvertretung (PatV) einen Ansatz vor, der sich an den Behandlungskontingenten und den Bewilligungsschritten der Verhaltenstherapie orientiert. Dies ist aus Sicht der BPTK sachgerecht, um zu gewährleisten, dass individuell u. a. auch der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren Krankheitsverläufen, psychischen Komorbiditäten, erheblichen Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionen oder ausgeprägter Chronizität der Erkrankungen angemessen Rechnung getragen werden kann.

Die Systemische Therapie zeichnet sich dadurch aus, dass sie bei einer Vielzahl von Patientinnen und Patienten mit relativ kurzen Behandlungsdauern bzw. Stundenumfängen hochwirksam durchgeführt werden kann. Der Nutzen der Systemischen Therapie ist dabei für eine Vielzahl von Patientengruppen in empirischen Studien gut belegt. Die meisten Studien zur Systemischen Therapie weisen dabei eine durchschnittliche Behandlungsdauer auf, die in der Systematik der Psychotherapie-Richtlinie der Kurzzeitpsychotherapie zuzuordnen ist. Hiervon gibt es jedoch auch einige Ausnahmen mit zum Teil deutlich längeren durchschnittlichen Behandlungsdauern (u. a. Lau & Kristensen, 2007, Stanton & Todd, 1982). Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang die mitunter längeren Sitzungsdauern, die insbesondere auch für das Mehrpersonensetting regelhaft zu erwarten sind und bezogen auf die 50-minütigen Therapieeinheiten, die hierfür aggregiert werden, größere Behandlungskontingente erforderlich machen können. Auch finden sich in einzelnen Studien Hinweise darauf, dass bei einem Teil der nach Studienprotokoll behandelten Patientinnen bzw. Patienten ein Behandlungsbedarf fortbestand, der zu einer weiteren Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen im Nachbeobachtungszeitraum führte (siehe z. B. Knekt et al., 2004).

Unabhängig von den in den klinischen Studien realisierten Behandlungsumfängen ist jedoch zu beachten, dass diese primär darauf ausgerichtet sind, den durchschnittlichen Nutzen einer definierten Behandlung im Vergleich zu einer Kontrollbedingung bei bestimmten Patientengruppen nachzuweisen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Kosten und der im Vergleich zu anderen Forschungsbereichen überdurchschnittlich langen Gesamtdauer von Forschungsprojekten, die in klinischen Studien den Nutzen psychotherapeutischer Behandlungen untersuchen, werden die Behandlungsumfänge in den Studien in der Regel so konzipiert, dass die Dauer und Intensität der Behandlung geeignet ist, um auf Gruppenebene einen klinisch relevanten Nutzen gegenüber einer Kontrollgruppe

nachzuweisen. Sie sind nicht darauf ausgerichtet, bei den behandelten Patientinnen bzw. Patienten auch den optimalen Behandlungserfolg zu erreichen. Hierbei werden selbstredend Standardisierungen der Behandlungsdauer vorgenommen, die dem tatsächlich bestehenden Behandlungsbedarf eines Teils der in der Studie behandelten Patientinnen bzw. Patienten nicht gerecht werden können. Gerade weil ein wesentlicher Teil der Patientinnen oder Patienten bereits von einer Systemischen Therapie im Bereich der Kurzzeittherapie stark profitiert, werden die Behandlungsumfänge in klinischen Studien in den allermeisten Fällen auch in diesem Bereich definiert. Aus dem Befund, dass ein wesentlicher Teil von Patientinnen bzw. Patienten bereits von einer Kurzzeittherapie in erheblichem Maße profitiert, kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass ein solcher Behandlungsumfang bereits für alle Patientinnen oder Patienten einer untersuchten Patientenpopulation ausreichend wäre, geschweige denn für alle unter realen Versorgungsbedingungen zu behandelnden Patientinnen und Patienten.

Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass insbesondere die in klinischen Studien angewandten Ausschlusskriterien dazu führen, dass bestimmte psychische und somatische Komorbiditäten und Schweregrade, die mit einem höheren, ggf. komplexeren Behandlungsbedarf einhergehen, nicht oder nur eingeschränkt abgebildet werden. Insofern stellen die in klinischen Studien realisierten Behandlungsumfänge eine systematische Unterschätzung des tatsächlichen durchschnittlichen Behandlungsbedarfs dar.

Von entscheidender Bedeutung ist letztlich, dass durchschnittliche Behandlungsumfänge unter den Standardisierungsbedingungen von klinischen Studien keine Orientierung bieten können für die Frage des maximal erforderlichen und in der GKV-Versorgung regelhaft zulässigen Behandlungsumfangs bzw. des auf Antrag bewilligungsfähigen Stundenkontingents. Auch für die bereits zugelassenen Richtlinienpsychotherapieverfahren wurden daher keine Behandlungskontingente festgelegt, die sich an den durchschnittlichen Umfängen in klinischen Studien orientieren. Die zulässigen Behandlungsumfänge wurden dagegen so ausgestaltet, dass sie auch für schwerer und komplex erkrankte Patientinnen und Patienten psychotherapeutische Behandlungen ermöglichen, die zur Erreichung ausreichender und nachhaltiger Behandlungseffekte geeignet sind. Dabei gilt nach den Ergebnissen von Versorgungsstudien auch für die Verhaltenstherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, dass mit circa zwei Dritteln die meisten Patientinnen und Patienten eine Kurzzeittherapie erhalten und nur circa ein Drittel einer längeren Behandlung bedarf (Multmeier, Tenckhoff, 2014). Aber gerade für diese Patientengruppe müssen die Behandlungskontingente so ausgestaltet sein, dass sie eine ausreichende und nachhaltige Behandlung ermöglichen. Sie müssen ein therapeutisches Vorgehen erlauben, das

dem individuellen Behandlungsbedarf angepasst werden kann. Sie müssen einen ausreichenden Rahmen dafür liefern, dass auch in der Systemischen Therapie die verschiedenen Anwendungsformen flexibel während des Behandlungsverlaufs genutzt und ggf. miteinander kombiniert werden können. Dies gilt für die Einzel- und Gruppentherapie, die Kombinationsbehandlung und die Behandlung im Mehrpersonensetting, aber auch für die psychotherapeutische Akutbehandlung oder die Rezidivprophylaxe, die auch in der Systemischen Therapie in angemessener Form zur Anwendung kommen können müssen. So mutet eine Beschränkung der Systemischen Therapie gemäß dem Vorschlag des GKV-SV auf 12 Sitzungen bei Patientinnen und Patienten, die so schwer bzw. akut erkrankt sind, dass sie zunächst zur Stabilisierung einer psychotherapeutischen Akutbehandlung bedürfen, geradezu absurd an.

Schließlich weisen auch KBV und PatV in dem Entwurf der Tragenden Gründe zu Recht darauf hin, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unabhängig von der Höhe der Kontingente die Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlung auch in Bezug auf deren Dauer und Umfang zu beachten haben. Anträge auf Einleitung einer Langzeittherapie oder zur Umwandlung einer Kurzzeit- in eine Langzeittherapie werden zudem vor einer Bewilligung durch die Krankenkasse von einer Gutachterin oder einem Gutachter geprüft und im Einzelfall von der Krankenkasse bewilligt. Die geplanten Behandlungsumfänge sind dabei individuell im Zusammenhang mit dem Behandlungsplan zu begründen. Dem Wirtschaftlichkeitsgebot wird damit entsprechend Rechnung getragen. Aus den Analysen der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen ist ferner zu entnehmen, dass die in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Stundenkontingente in der Regel nicht voll ausgeschöpft werden, sondern die Behandlung bei entsprechend positivem Behandlungsverlauf auch frühzeitiger beendet wird. Es ist kein Grund ersichtlich, weshalb dies nicht auch für die Systemische Therapie gelten sollte.

Die BPtK unterstützt aus den genannten Gründen ausdrücklich die gemeinsam von KBV und PatV vertretenen Regelungsvorschläge zur Änderung von § 29 und § 30.

Zu I. 36. Übergangsregelung für die Qualifikationskriterien der Gutachterinnen und Gutachter im Bereich Systemischer Therapie (§ 40)

Die Anforderungen an die Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter in § 37 (neu) werden in dem Beschlussentwurf für die Systemische Therapie analog den anderen Richtlinienverfahren definiert. Da die Systemische Therapie bislang nicht im Rahmen der ver-

tragsärztlichen Versorgung erbracht werden konnte und auch die Zahl der staatlich anerkannten Ausbildungsstätten und von den Landeskammern anerkannten Weiterbildungsstätten sehr begrenzt sind, ist die Einführung einer Übergangsregelung unabdingbar. Der Vorschlag im Beschlusssentwurf zu einer entsprechenden Regelung in einem eigenen § 40 setzt dabei im Wesentlichen auf die Reduktion der zeitlichen Anforderungen an die Tätigkeit in dem Verfahren nach Abschluss der Qualifikation und der Tätigkeit als Dozentin bzw. Dozent und Supervisorin bzw. Supervisor an einer Ausbildungsstätte bzw. einer weiterbildungsbefugten Einrichtung von fünf auf drei Jahre. Zudem kann die Anforderung der mindestens dreijährigen Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sowie die Qualifikation für Gruppenpsychotherapie auch über die psychotherapeutische Tätigkeit in einem der anderen Richtlinienverfahren nachgewiesen werden.

Insbesondere für den Nachweis einer Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist eine solche Übergangsregelung zwingend, da andernfalls die Anforderungen per se nicht erfüllbar wären. Wenn der G-BA jedoch die Kenntnis aus der vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet eines Richtlinienverfahrens für unverzichtbar hält, um die Aufgabe einer Gutachterin bzw. eines Gutachters im Bereich der Systemischen Therapie zu übernehmen, sollte die Anforderung an die mindestens dreijährige Tätigkeit nach Abschluss einer Weiter- oder Ausbildung in Systemischer Therapie auf dem Gebiet der Systemischen Therapie reduziert werden. Eine Tätigkeit ganz oder überwiegend auf dem Gebiet der Systemischen Therapie in einer Praxis oder Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie wäre zurzeit nur erfüllbar über eine Tätigkeit in einer Privatpraxis oder in einer entsprechenden Klinik. Die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung ist dagegen bislang mit einer ganz oder überwiegend auf dem Gebiet der Systemischen Therapie erfolgten Tätigkeit nicht vereinbar. Die Qualifikationsanforderungen wären somit nur erfüllbar, wenn nach Abschluss der Aus- oder Weiterbildung in Systemischer Therapie zunächst eine mindestens dreijährige Tätigkeit überwiegend oder ausschließlich in Systemischer Therapie in einer Privatpraxis oder in einer Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie erfolgt wäre, um dann eine mindestens dreijährige (noch andauernde) Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung in einem anderen Richtlinienverfahren anzuschließen. Die Aus- oder Weiterbildung in dem anderen Richtlinienverfahren müsste dabei zuvor erfolgt sein, ggf. noch vor der Qualifikation in Systemischer Therapie. Es erscheint fraglich, ob eine ausreichende Zahl an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gegenwärtig bei strikter Auslegung der Anforderungen diese erfüllen könnte. Die BpTK schlägt daher vor, in § 40 Satz 1 Ziffer 1 die Wörter „ganz oder überwiegend“ zu streichen:

„1. Abweichend von Absatz 3 Nummer 3: der Nachweis von mindestens dreijähriger Tätigkeit nach dem Abschluss einer Weiter- oder Ausbildung in Systemischer Therapie ~~ganz oder überwiegend~~ auf dem Gebiet der Systemischen Therapie in einer Praxis oder Klinik, Poliklinik oder Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie.“

Literatur

- Creswell, C., Violato, M., Fairbanks, H., White, E., Parkinson, M., Abitabile, G., Leidi, A. & Cooper, P. J. (2017). Clinical outcomes and cost-effectiveness of brief guided parent-delivered cognitive behavioural therapy and solution-focused brief therapy for treatment of childhood anxiety disorders: A randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(7), 529-539.
- Dietz, L. J., Weinberg, R. J., Brent, D. A., & Mufson, L. (2015). Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: examining efficacy and potential treatment mechanisms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 54(3), 191-199.
- Knekt P., Lindfors O. (2004). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: Kela, 2004.
- Knekt, P., Lindfors, O., Heinonen, E., Maljanen, T., Virtala, E., & Härkänen, T. (2019). The effectiveness of three psychotherapies of different type and length in the treatment of patients suffering from anxiety disorders. In Ochs, M., Borcsa, M. & Schweitzer, J. (Eds.), *Linking systemic research and practice – Innovations in paradigms, strategies and methods*. Cham: Springer International.
- Lau, M. & Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 96-104.
- Le Grange, D., Hughes, E. K., Court, A., Yeo, M., Crosby, R. D., & Sawyer, S. M. (2016). Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 55(8), 683-692.
- Multmeier, J. & Tenckhoff, B. (2014). Psychotherapeutische Versorgung: Autonome Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. *PP 2014*; 12(3): 110-2.
- Riedinger, V., Pinquart, M. & Teubert, D. (2015). Effects of Systemic Therapy on Mental Health of Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, DOI: 10.1080/15374416.2015.1063427.
- Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C. & Rigter, H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: Outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14. DOI:10.1186/1471-244X-14-26.
- Stanton, M. D. & Todd, T. C. (1982). *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York: Guilford Press, 1982.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2009). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie. Online im Internet: <https://www.wbpsychotherapie.de/wissenschaftliche-beurteilungen-gutachten/abgeschlossene-gutachten/systemische-therapie/> [Abrufdatum: 27. August 2019].

Stellungnahme über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)	
27.08.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu § 16(3), 17(4), 18(3) (neu)</p> <p>Zustimmung zu den Änderungen durch den GKV-SV</p>	<p>Der Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie Richtlinie umfasst die Systemische Therapie bei Erwachsenen. Aus diesem Grund sprechen wir uns dafür aus, den Anmerkungen des GKV-SV zu folgen, um hier dem Antrag nachzukommen.</p> <p>Der Beschluss und somit auch der Auftrag an das IQWiG richtete sich an die Prüfung in Hinblick auf die Behandlung von Erwachsenen. Diesbezüglich wurde geprüft und dem sollte an dieser Stelle evidenzbasiert nachgekommen werden.</p> <p>An dieser Stelle soll aber darauf verwiesen werden, dass die Systemische Therapie bereits am 14.12.2008 auch für den Bereich der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen in bestimmten Anwendungsbereichen wissenschaftlich anerkannt wurde.</p>
<p>§ 26 (neu) Übende und suggestive Verfahren</p> <p>Zustimmung zur Formulierung durch den KBV/PatV</p> <p>„Diese Interventionen dürfen während einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie grundsätzlich nicht angewendet werden.“</p>	<p>Wir schließen uns der Formulierung der KBV/PatV an und plädieren dafür, dass diese Verfahren in der Systemischen Therapie nicht ausgeschlossen werden sollen und hier äquivalent zur Verhaltenstherapie übende und suggestive Verfahren inkludiert werden können.</p> <p>Es gibt keine Evidenz dafür, dass „die methodenbezogene Eigengesetzlichkeit des therapeutischen systemischen Prozesses“ durch den Einsatz verfremdet wird.</p>
<p>§ 30 (neu)</p> <p>Zustimmung zu den Änderungen durch den KBV/PatV</p>	<p>Wir stimmen dem Vorschlag und ebenso der Argumentation der KBV zu.</p>
<p>§ 31 (neu)</p> <p>Ablehnung der Änderungen durch den GKV-SV</p>	<p>Wir folgen nicht dem Vorschlag des GKV-SV im Sinne der Anzahl der Behandlungsstunden, sondern stimmen dem Vorschlag der KBV unter § 30 (neu) zu.</p> <p>Hier möchten wir ebenso die Begründung der KBV anführen, dass „das alleinige Rekurrieren auf die Behandlungsdauer in nutzenbegründenden Studien zur Festlegung der Kontingente</p>

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

27.08.2019

nicht zielführend erscheint“. Hier muss auch festgehalten werden, dass der Auftrag des IQWiG in keiner Weise die optimale Anzahl der Behandlungsstunden beinhaltet und somit dies nicht als Evidenz angeführt werden kann.

Ebenso ist darauf hinzuweisen, dass in wissenschaftlichen Studien überwiegend komorbide Störungen ausgeschlossen werden, dies aber in der Versorgung nicht der Realität entspricht.

Es soll an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen werden, dass Psychotherapeut*innen sich gemäß § 1 Abs. 3 Psychotherapie-Vereinbarung die Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit beachten und entsprechend des Behandlungsziels die Dauer einer Psychotherapie festlegen. Weiterhin wird bei einer Umwandlung ein*e Gutachter*in beauftragt, die zusätzlich beurteilt.

Eine Beschneidung der Kontingente lediglich auf KZT halten wir für nicht zielführend. Argumente dafür hat der KBV in seinen Ausführungen (§30 neu) aufgeführt.



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen

Berlin, 27. August 2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Dezernat Wissenschaft, Forschung und Ethik
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel.: 030 / 400 456 - 461
E-Mail: dezernat6@baek.de

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 30. Juli 2019 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen aufgefordert.

Der Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V durch den G-BA wurde von dem damaligen Unparteiischen Mitglied Dr. Deisler am 11. Februar 2013 gestellt. Eine wesentliche Begründung für die Prüfung der Systemischen Therapie war das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) nach § 11 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vom 14. Dezember 2008 (www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/WBP/GutachtenSystemischeTherapie20081214-1.pdf). Der von Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer gemäß § 11 PsychThG gemeinsam gebildete WBP hat in seinem Gutachten die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen für die Anwendungsbereiche Affektive Störungen, Essstörungen, Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten, Abhängigkeiten und Missbrauch (Heroinabhängigkeit meist in Kombination mit Methadonbehandlung) sowie Schizophrenie und wahnhaftige Störungen festgestellt. Für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen hat der WBP in diesem Gutachten die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie in den Anwendungsbereichen Affektive Störungen und Belastungsstörungen, Essstörungen und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und Tic-Störungen (für Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (beschränkt auf Drogen- und Substanzmittelmissbrauch) festgestellt. Die Systemische Therapie wurde vom WBP auf dieser Grundlage für die vertiefte Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen. Auch sieht die (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 der Bundesärztekammer Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren in den relevanten Gebieten vor, u. a. für die Facharztbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie. Dementsprechend erschließt sich nicht, weshalb der G-BA im vorliegenden Verfahren nicht auch die Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche bewertet hat (s. auch Stellungnahme zu § 30 (neu) Abs. 4 des Beschlussentwurfs). Durch die zeitliche Verzögerung der Bewertung des G-BA wird ein vom WBP wissenschaftlich anerkanntes Therapieverfahren ohne Not von der Patientenversorgung ausgeschlossen.

Die sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Systemischen Therapie durch den G-BA berücksichtigte die Ergebnisse des Abschlussberichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 24. Mai 2017. Wie auch in der Stellungnahme u. a. zum IQWiG-Bericht empfohlen, wurde mit dem Beschluss des G-BA vom 22. November 2018 der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren als hinreichend belegt angesehen. Dementsprechend wurde der Unterausschuss Psychotherapie mit der Durchführung der Beratungen zur sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext, zur Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 19 Psychotherapie-Richtlinie sowie zur Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie beauftragt.

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

s. nachfolgendes Formular des G-BA zur Abgabe der Stellungnahme:

Stellungnahme über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen

Bundesärztekammer	
26.08.2019	
Stellungnahme / Änderungs-vorschlag	Begründung
<p>Stellungnahme zu § 16 Abs. 3 [GKV-SV]:</p> <p>Keine Ergänzung eines neuen Abs. 3, wie vom GKV-SV vorgeschlagen</p>	<p>§§ 16 – 18 umfassen Beschreibungen der Behandlungsformen hinsichtlich der ihnen zugrundeliegenden Therapietheorie und ihrer spezifischen Behandlungsmethoden. Die Ergänzung ist inhaltlich nicht erforderlich, da sich die Altersgruppen, für die ein Psychotherapieverfahren zur Anwendung kommen kann, aus § 30 (neu) ergeben. Bestimmungen zu den für die jeweiligen Altersgruppen vorzusehenden Therapieumfängen und Bewilligungsschritten sollten aufgrund ihres inhaltlichen Zusammenhangs und zur besseren Lesbarkeit allein in Abschnitt E (Leistungsumfang) der Psychotherapie-Richtlinie verortet bleiben.</p>
<p>Stellungnahme zu § 17 Abs. 4 [GKV-SV]:</p> <p>Keine Ergänzung eines neuen Abs. 4, wie vom GKV-SV vorgeschlagen</p>	<p>s. Begründung zu § 16 Abs. 3 [GKV-SV]</p>
<p>Stellungnahme zu § 18 Abs. 3 [GKV-SV]:</p> <p>Keine Ergänzung eines Abs. 3, wie vom GKV-SV vorgeschlagen</p>	<p>s. Begründung zu § 16 Abs. 3 [GKV-SV]</p>
<p>Stellungnahme zu § 29 (neu) Therapieansätze in den Verfahren nach § 15:</p> <p>Der Vorschlag von KBV/PatV ist umzusetzen</p>	<p>In § 29 (neu) sollten die Therapieansätze für alle Verfahren nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie einschließlich der Systemischen Therapie geregelt werden. Dies vermeidet eine Regelung der Antragsschritte für die jeweiligen Psychotherapieverfahren an verschiedenen Stellen innerhalb der Psychotherapie-Richtlinie und ist aus Gründen der Lesbarkeit zu bevorzugen.</p>
<p>Stellungnahme zu § 30 Nr. 4 [KBV/PatV]:</p> <p>Die Anwendung von Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen sollte gemäß dem Stand der Wissenschaft ermöglicht werden</p>	<p>Der Beschlussentwurf für die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie bezieht sich auf die Anwendung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen. Da die Familie ein wichtiges Bezugssystem für den Erwerb und die Aufrechterhaltung sowohl von gesunden als auch von pathologischen Strukturen der Interaktionen darstellt, wird die Systemische Therapie häufig im Familiensetting (Familien- und Paartherapie) umgesetzt. Die Familie wiederum steht im Zusammenhang mit Strukturen auf kognitiv-emotiver und somatischer Prozessebene. Somit hat die Systemische Therapie einen gegebenen Schwerpunkt in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die in existenzieller Abhängigkeit von ihren Bezugspersonen stehen. Die Systemische Therapie wird seit Langem im Kontext stationärer und ambulanter psychiatrischer</p>



Bundesärztekammer	
26.08.2019	
	<p>und psychotherapeutischer Behandlungen sowohl im Erwachsenenbereich, vor allem aber im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie, eingesetzt. Auch entsprechend der Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie im Gutachten des WBP vom 14.12.2008 (www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/WBP/GutachtenSystemischeTherapie20081214-1.pdf) erscheint es nicht zuletzt im Interesse der betroffenen Patienten sinnvoll, die Anwendung von Systemischer Therapie auch bei Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen.</p>
<p>Stellungnahme zu § 30 Nr. 4 [KBV/PatV]:</p> <p>Die Bewilligungsschritte für Systemische Therapie sollten dem Vorschlag von KBV/PatV entsprechend ausgestaltet werden</p>	<p>Sowohl die KBV mit der Patientenvertretung (PatV) als auch der GKV-SV schlagen die Bewilligung der Systemischen Therapie in zwei antragspflichtigen Kurzzeittherapie-Schritten bis zu einer Dauer von je zwölf Stunden vor. Der Vorschlag des GKV-SV sieht keine Anwendung der Systemischen Therapie als Langzeittherapie bis zu einer Höchstgrenze von 80 h vor. Dies wird insbesondere mit der Therapiedauer in den vom IQWiG als Wirksamkeitsbelege herangezogenen Studien begründet. Der Vorschlag von KBV und PatV hingegen sieht in § 30 (neu) Nr. 4 eine Höchstgrenze von 80 h für die Systemische Therapie vor. Dies wird schlüssig u. a. damit begründet, dass die Behandlungsdauer in Psychotherapiestudien zur Feststellung des Nutzens eher dem Studiendesign unterliegt und nicht vorrangig mit dem Ziel gewählt wird, eine optimale Behandlungsdauer in der Versorgungsrealität festzustellen. Eine längerfristige Therapie kann beispielsweise erforderlich sein, um eine wirksame Psychotherapie auch in komplexen Fällen oder bei Vorhandensein psychischer Komorbiditäten zu ermöglichen. Ohnehin ist vor dem Beginn einer Langzeittherapie die Bewilligung durch die Krankenkasse nach Begutachtung erforderlich. Auch entsprechend der Erfahrungen mit den in der Versorgung bereits etablierten Richtlinienverfahren sollten Langzeittherapien mit Systemischer Therapie ermöglicht werden. Die Bewilligungsschritte und die Höchstgrenze für die Systemische Therapie bei Erwachsenen sollten gemäß dem Vorschlag von KBV/PatV entsprechend denen der Verhaltenstherapie bei Erwachsenen ausgestaltet werden. Analoge Regelungen sollten auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen gelten.</p>
<p>Stellungnahme zu § 31 Behandlungsumfang im Verfahren gemäß § 15 Nr. 3 (Systemische Therapie) bei Erwachsenen [GKV-SV]:</p> <p>Die Ergänzung von § 31 [GKV-SV] sollte entfallen</p>	<p>s. Stellungnahme zu § 29 (neu) Therapieansätze in den Verfahren nach § 15</p>

Fazit

Auch entsprechend der Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie im Gutachten des WBP vom 14.12.2008 (www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/WBP/GutachtenSystemischeTherapie20081214-1.pdf) erscheint es nicht zuletzt im Interesse der betroffenen Patienten sinnvoll, die Anwendung von Systemischer Therapie auch bei Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen. Die Bewilligungsschritte und die Höchstgrenze für die Systemische Therapie bei Erwachsenen sollten gemäß dem Vorschlag von KBV/PatV entsprechend denen der Verhaltenstherapie bei Erwachsenen ausgestaltet werden. Analoge Regelungen sollten auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen gelten.

27. August 2019

Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaften

DGPM (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie)

sowie

DKPM (Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin)

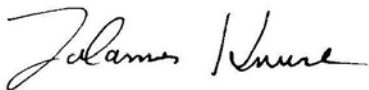
gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie (ST) bei Erwachsenen

Hintergrund

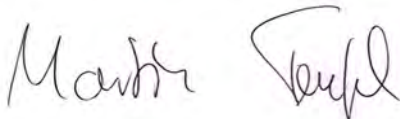
Die o. g. Fachgesellschaften wurden mit Schreiben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 30. Juli 2019 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen aufgefordert.

Für die DGPM:



Univ.-Prof. Dr. Johannes Kruse, Gießen-Marburg
(Vorsitzender)

Für das DKPM:



Univ.-Prof. Dr. Martin Teufel, Essen

Die DGPM und das DKPM nehmen zum Beschlussentwurf folgendermaßen Stellung:

s. nachfolgendes Formular des G-BA zur Abgabe der Stellungnahme



Stellungnahme über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen

DGPM (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie) sowie DKPM (Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin)	
27.08.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Stellungnahme zu § 29 (neu) Therapieansätze in den Verfahren nach § 15 und § 30 Nr. 4 [KBV/PatV]</p> <p>Die Vorschläge zu Regelungen, Bewilligungsschritten und Umfang für Systemische Therapie gemäß des Vorschlags von KBV/PatV sind zu unterstützen</p>	<p>In § 29 (neu) sollten die Therapieansätze für alle Verfahren nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie einschließlich der Systemischen Therapie geregelt werden.</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV sieht keine Anwendung der Systemischen Therapie als Langzeittherapie bis zu einer Höchstgrenze von 80 h vor. Dies wird insbesondere mit der Therapiedauer in den vom IQWiG als Wirksamkeitsbelege herangezogenen Studien begründet. Der Vorschlag von KBV und PatV hingegen sieht eine Höchstgrenze von 80 h für die Systemische Therapie vor.</p> <p>Daten zur Versorgungspraxis (inkl. Belege für überlegene Wirksamkeit längerer vs. kürzerer ST bei bestimmten z.B. schwerer kranken Patientengruppen) spezifisch der ST existieren nicht. Die Möglichkeiten hierzu systematisch Daten zu erheben waren bis dato in Deutschland qua Status des Verfahrens sehr eingeschränkt (bspw. fehlende Verfügbarkeit von Abrechnungsdaten). Routedaten aus weiteren Ländern erscheinen nicht übertragbar auf Deutschland. Unbenommen ist jedoch, dass es eine Gruppe von PatientInnen mit komplexen Störungen gibt, für die Langzeittherapien angesichts der drohenden individuellen und volkswirtschaftlichen Belastungen nicht nur notwendig und zweckmäßig, sondern auch wirtschaftlich, wie für Deutschland vor allem die Techniker Krankenkasse TK-Studie sowie die QS-PSY-BAY, aber auch internationale Studien gezeigt haben (Altmann et al., 2014; Altmann, Zimmermann, et al., 2016; Strauss et al., 2015).</p> <p>Betrachtet man die vom IQWiG bei der Prüfung der ST berücksichtigten RCTs (https://www.iqwig.de/download/N14-02_Abschlussbericht_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen_V1-0.pdf), so ergeben sich die Probleme externer Validität (bspw. der nichtberücksichtigten Komorbidität, die schon in bevölkerungsbasierten Stichproben 44,4% der Fälle betrifft (DEGS1-MH)). Unter Heranziehung der Studie von Lau & Kristensen (2007) zu gemischten Störungen, die noch am ehesten auf die Routineversorgung anwendbar scheint, ergibt sich eine Stundenzahl von 34 x 150minütigen Sitzungen, also 102 Stunden im 50-Minuten-Setting. Lediglich bei der vom IQWiG eingeschlossenen Studie von</p>



DGPM (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie)

sowie

DKPM (Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin)

27.08.2019

	<p>Knekt et al. (2008, Helsinki Psychotherapy Study) wurde die weitere (also über den RCT hinausgehende) Inanspruchnahme von Psychotherapieleistungen erfasst. Nur diese Studie erlaubt somit eine Aussage über die Frage von Behandlungsumfängen: Im 3-Jahres Follow-up zeigte sich, dass knapp ein Drittel der PatientInnen mit Angst-/affektiven Störungen der in der Studie angesetzten Sitzungen Systemischer Therapie ausreichend profitierten, während zwei Drittel weitere Sitzungen in Anspruch genommen hatten. Der Durchschnitt der insgesamt in Anspruch genommenen Therapiestunden lag beim 3-Jahres Follow-up bei umgerechnet 67 Sitzungen à 50 Minuten (37,5 Sitzungen à 90 Minuten) (Maljanen et al., 2014, S. 244). Ein Behandlungsumfang, der die erfolgreiche Behandlung bestimmter Gruppen von PatientInnen ausschließt, wäre inkonsequent und in Frage zu stellen. Belege aus klinischen Studien für überlegene Wirksamkeit längerer vs. kürzerer ST bei bestimmten z.B. schwerer kranken Patientengruppen (etwa aus Dose finding studies) existieren aktuell nicht, keine der vom IQWiG berücksichtigten Studien folgte einem solchen Design. Derartige Studien sind in der Psychotherapieforschung insgesamt selten. Vielmehr müssen Routinedaten herangezogen werden.</p>
<p>Stellungnahme zu § 30 Nr. 4 [KBV/PatV]:</p> <p>Die Anwendung von Systemischer Therapie im Bereich Kinder und Jugendliche sollte gemäß dem Stand der Wissenschaft ermöglicht werden</p>	<p>Der Beschlussentwurf für die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie bezieht sich auf die Anwendung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen. Da die Familie eines der zentralen Bezugssysteme in Entstehung und Aufrechterhaltung von funktionalen und dysfunktionalen Erfahrungen und Verhaltensweisen darstellt, wird die Systemische Therapie häufig im Familiensetting (Familien- und Paartherapie) umgesetzt. Dadurch hat die Systemische Therapie unabdingbar einen Fokus auch in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die in Abhängigkeit von ihren signifikanten Bezugspersonen stehen. Die Systemische Therapie ist bereits Teil stationärer und ambulanter psychosomatischer Therapien im Erwachsenen- und Adoleszentenbereich. Es erscheint auch im Interesse der betroffenen Patienten zielführend, Systemische Therapie auch bei Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen.</p>
<p>Stellungnahme Ärztliche Weiterbildung</p>	<p>Es ist sicherzustellen, dass die entsprechend der ärztlichen Weiterbildungsordnung im Rahmen der Facharztweiterbildungen/Zusatzweiterbildung abgeschlossenen Weiterbildungen im systemischen Verfahren anerkannt werden.</p>

Stellungnahme über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGST) und Systemische Gesellschaft (SG)

27.08.2019

**Stellungnahme /
Änderungsvorschlag**

Begründung

Zunächst möchten wir uns für die im Unterausschuss geleistete gründliche Arbeit bedanken. In der Veränderung der Richtlinie geht es ja um Systemische Therapie, ein Thema, zu dem wir als systemische Fachgesellschaften über jahrzehntelange Expertise verfügen. Wir halten in der Psychotherapie für sehr wichtig, was nun neu in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen werden wird: Die Möglichkeit im Mehrpersonensetting zu arbeiten, die stärkere Berücksichtigung der Ressourcen von PatientInnen sowie die Feststellung, dass psychische Störungen häufig von sozialen Faktoren mitbedingt sind und mit ihrer Hilfe auch gelindert werden können. Diese Punkte sowie die Definition der Systemischen Therapie halten wir für sehr gelungen.

Die Hauptfrage, um die es an dieser Stelle nun geht ist, welcher Behandlungsumfang angemessen ist, damit alle Patientengruppen ausreichend versorgt sind. Nach welcher Logik soll diese Entscheidung getroffen werden? Man könnte daraus ein „Verhandlungsspiel“ machen, in die man – wie bei Gehaltsforderungen – mit unrealistischen Maximalforderungen in den Stundenbasar geht. Dann hätten KBV und PatV bei 300 Sitzungen als bislang größtem Kontingent in der Richtlinie beginnen können, und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen würde lediglich Kurzzeittherapie anbieten. Am Ende träfe man sich irgendwo in der Mitte bei +/- 160 Stunden. Wir denken nicht, dass das sachgerecht wäre. Man könnte auch die Studien zu Systemischer Therapie nutzen, bei denen es zwar nicht um das Prüfen der richtigen Behandlungsdauer geht, aber zumindest wirkte es so als basiere eine Verhandlungsposition auf Studienergebnissen. Die vom IQWiG identifizierten Studien prüfen zwar eine Reihe von Hypothesen, die des Behandlungsumfangs aber gerade nicht. Selbst wenn Sie es täten, müsste man sich an den umgerechnet durchschnittlich 102 Sitzungen (Range: 32 Sitzungen) der Studie von Lau & Kristensen 2007 bei Patientinnen mit familiären Missbrauchserfahrungen und daraus resultierenden Persönlichkeitsstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen orientieren.

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) und Systemische Gesellschaft (SG)

27.08.2019

Wir appellieren deswegen an die EntscheiderInnen, sich an der Logik der Versorgungsforschung, der klinischen Erfahrung und den Erfahrungen der bisherigen Richtlinien-Verfahren zu orientieren, um zu einer Entscheidung zu kommen.

Die Position des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen offenbart hier ein zu Grunde liegendes fundamentales Missverständnis. Aus: „Systemische Therapie wird vorrangig als Kurzzeittherapie angewendet“ wurde unzulässig ein: „Systemische Therapie wird ausschließlich als Kurzzeittherapie angewendet“.

Dieser Wahrnehmungsfehler hätte aber weitreichende negative Folgen für die Versorgung bestimmter besonders vulnerabler PatientInnen, die mit weniger als den von KBV/PatV geforderten maximalen Behandlungsumfängen nicht richtig versorgt würden.

Zu folgenden Paragraphen nehmen wir detaillierter Stellung:

Zu §30 (neu)
Behandlungsumfang
KBV/PatV, Zustimmung zu
den Bewilligungsschritten
und maximalem
Behandlungsumfang

Psychotherapie ist eine auf die speziellen Bedingungen des konkreten Patienten bzw. der konkreten Patientin abzustimmende Behandlungsform. Die Richtlinie sieht hierfür maximale Behandlungsumfänge vor, die deutlich höher sind als die Durchschnittssitzungszahlen.

Im Durchschnitt ist Systemische Therapie auf kurze Behandlungsdauern ausgerichtet, das beinhaltet sowohl Prozesse, die kurz, aber eben auch einige, die länger sind. So wie die Richtlinie aufgebaut ist, lässt sich die Notwendigkeit von Langzeittherapieprozessen nur über die maximale Behandlungsdauer abbilden. Der Schluss, Systemische Therapie brauche deswegen stets diese Kontingente, ist genauso wenig zulässig wie der, sie brauche diese überhaupt nicht. Einzig die tatsächlichen Abrechnungsdaten, auf die KBV/PatV hingewiesen haben, geben Auskunft darüber, wie viele Sitzungen in einem bestimmten Verfahren tatsächlich im

**Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
und Systemische Gesellschaft (SG)**

27.08.2019

Durchschnitt zur Anwendung kommen. Das sind niemals die Maximalkontingente.

Die klinische Erfahrung nicht nur aber eben auch in der Systemischen Therapie zeigt, dass es bestimmte Störungsbilder gibt, bei denen der/die TherapeutIn eine längere Behandlungsdauer einplanen muss, oder sie sich in der Behandlung ergibt. Bereits bei der Antragstellung 2013 (S. 5 des Antrags des unparteiischen Mitglieds) wurde deswegen auf die Notwendigkeit der Flexibilität beim Behandlungsumfang für Systemisch Therapie hingewiesen, die die Langzeittherapie als eine übliche Variante der Systemischen Therapie einschließt. Sie ist vergleichsweise seltener, aber insbesondere bei vulnerablen und von Chronifizierung bedrohten Patientengruppen zwingend erforderlich.

Eine Beschränkung auf unter 60+20 Sitzungen à 50 Minuten würde den Behandlungserfolg von einer Reihe von PatientInnen gefährden. Denken Sie an Menschen mit schweren Depressionen, und/oder Schizophreniespektrumstörungen, an mehrfach traumatisierte Menschen, an Menschen mit frühen Bindungsabbrüchen. Nach dem Gießkannenprinzip an die unterschiedlichsten Störungslagen mit derselben geringen Therapiedosis heranzutreten, hat fachlich keinen Sinn. Der Struktur der Psychotherapie-Richtlinie folgend müssen sich die maximalen Kontingente an der eben genannten Gruppe von PatientInnen mit komplexen Störungen ausrichten, die dieses Kontingent regelhaft benötigen.

**Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
und Systemische Gesellschaft (SG)**

27.08.2019

Diese Einschätzung ist in der Fachwelt weithin anerkannt, wie folgende Aussage des Herausgebers der international wichtigsten wissenschaftlichen Fachzeitschrift für Systemische Therapie, *Family Process*, aus dem Jahre 2005 zeigt (Lebow, 2005):

Length of Treatment

Almost invariably, today's state-of-the-art treatments are time limited. As Alan Gurman has noted, family therapy is by its nature a short-term therapy, given the need for multiple family members to make themselves available for treatment over time (Gurman, 2001). **Yet, these therapies are also a far cry from the talk of one- or two-session cures of a generation ago. Most of these therapies look to a time frame of 3 to 12 months for intervention. And in the face of severe problems, some therapies, in order to achieve their goals, are enormously intensive (e.g., Multisystemic Therapy)**, while others look to ways to structure client engagement that promote continuing self-help over longer periods as in the multifamily groups described in this volume by McFarland.

Für die o.g. Gruppe von PatientInnen mit komplexen Störungen sind Langzeittherapien angesichts der drohenden individuellen und volkswirtschaftlichen Belastungen im Sinne des SGB V nicht nur notwendig und zweckmäßig, sondern auch wirtschaftlich, wie für Deutschland vor allem die Techniker Krankenkasse TK-Studie sowie die QS-PSY-BAY, aber auch internationale Studien gezeigt haben (Altmann et al., 2014; Altmann, Zimmermann, et al., 2016; Strauss et al., 2015).

**Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
und Systemische Gesellschaft (SG)**

27.08.2019

Aus den vom IQWiG eingeschlossenen Studien wurde lediglich bei Knekt et al. (2008, Helsinki Psychotherapy Study) die weitere Inanspruchnahme von Psychotherapieleistungen erfasst. Nur diese Studie erlaubt somit eine Aussage über die Frage von Behandlungsumfängen. Im 3-Jahres Follow-up zeigte sich, dass knapp ein Drittel der PatientInnen mit Angst-/affektiven Störungen der in der Studie angesetzten Sitzungen Systemischer Therapie ausreichend profitierten, während zwei Drittel weitere Sitzungen in Anspruch genommen hatten. Der Durchschnitt der insgesamt in Anspruch genommenen Therapiestunden lag beim 3-Jahres Follow-up bei umgerechnet 67 Sitzungen à 50 Minuten (37,5 Sitzungen à 90 Minuten) (Maljanen et al., 2014, S. 244).

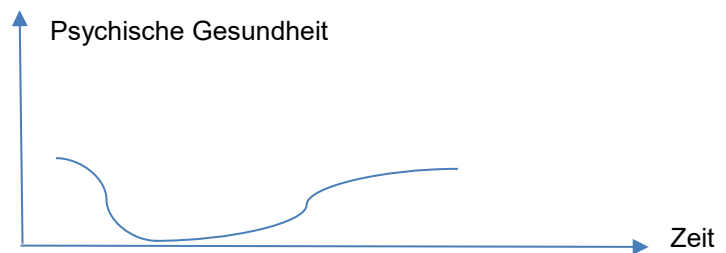
Systemische Therapie wird zur Behandlung aller Störungen zugelassen, bei denen Psychotherapie indiziert ist (§ 4, (1) PT-RL). Ein Behandlungsumfang, der die erfolgreiche Behandlung bestimmter Gruppen von PatientInnen ausschließt, wäre unzulässig.

In vielen Fällen münden gerade komplexe Störungen in chronische Verläufe. An der Unterversorgung der Gruppe der chronisch kranken Menschen würde ein Angebot in Systemischer Therapie nichts ändern, wenn dort keine Langzeittherapie angeboten werden dürfte. Während die Wirksamkeitsstudien primär auf die kurative Behandlung von psychischen Störungen abzielen, wendet sich die Routineversorgung auch an die große Zahl chronisch psychisch kranker Menschen, bei denen es vorrangig nicht um die Heilung, sondern um die Linderung bzw. um die Verhinderung einer

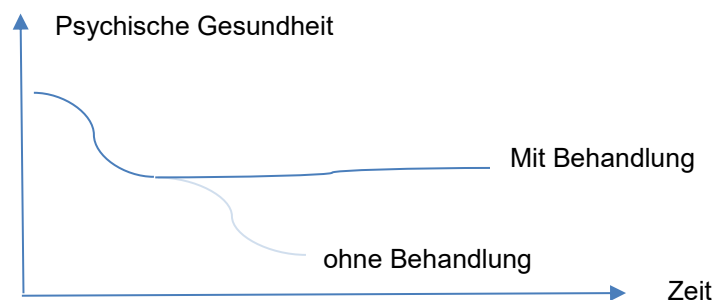
27.08.2019

Verschlechterung geht. Im Sinne der Tertiärprävention ist hier eine langfristige Behandlung, etwa zur Verhinderung der langfristigen Erwerbsminderung, notwendig. Man würde diese Gruppe von PatientInnen ohne den von KBV/PatV genannten Behandlungsumfang von vorneherein ausschließen aus der systemischen psychotherapeutischen Versorgung.

Häufig geht um diese Verläufe:



Aber auch diese Verläufe sind bei chronisch kranken Menschen, wie z.B. manchen von Schizophreniespektrumsstörungen betroffenen PatientInnen, ein großer Erfolg, weil sie eine weitere Verschlechterung verhindern. Das ist aber nicht mit KZT zu machen.



**Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
und Systemische Gesellschaft (SG)**

27.08.2019

Zu §31 (neu)
Behandlungsumfang GKV-
SV, Ablehnung des
Vorschlages, dass ST
ausschließlich im Umfang
von Kurzzeit stattfinden soll

Das Argument des GKV-SV in den Tragenden Gründen ist eine Herleitung der durchschnittlichen Behandlungsumfänge aus den RCT-Studien, die das IQWiG eingeschlossen hat.

Diese Herleitung geht a) an der Versorgungsrealität vorbei, ist b) unter Gesichtspunkten der Evidenzbasierung nicht korrekt, c) ignoriert die Gründe für die Behandlungsdauer in Studien, ist d) nicht Auftrag an das IQWiG gewesen und deshalb e) in der Richtlinie auch nicht vorgesehen.

Zu a) In den im Sinne hoher interner Validität gewichteten Wirksamkeitsstudien wird die in der Versorgung häufigste Form psychischer Störungen aus nachvollziehbaren Gründen nicht erwünscht. Der Einschluss von Menschen mit lediglich einer Störung soll die Behandlungswirksamkeit in abgrenzbare Diagnosebereiche sicherstellen, zu Lasten der Generalisierbarkeit. In der Routineversorgung sind Menschen mit komorbiden Störungen und Störungen, die zumindest zu Beginn nicht eindeutig einer Diagnose zuzuordnen sind, die absolute Regel. So zeigen bereits die bevölkerungsbasierten DEGS1-MH- Daten, dass 44,4% der von psychischen Störungen Betroffenen in Deutschland unter mindestens zwei entsprechenden Störungen leiden (Jacobi et al., 2014). In klinischen Kohorten ist der Anteil aus augenscheinlichen Gründen noch bedeutend höher.

Zu b) Wirksamkeitsstudien in der Psychotherapie geben nicht die bestwirksame Behandlungsdauer an. Dazu wäre ein Design mit mehreren Studienarmen desselben Verfahrens nötig (dose-finding study design). Keine der vom IQWiG eingeschlossenen Studien hat ein solches Studien-Design, im Übrigen sind solche

**Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
und Systemische Gesellschaft (SG)**

27.08.2019

Designs im Bereich Psychotherapieforschung rar. Vielmehr werden Routinedaten herangezogen. Hierzu ziehen die Autoren einer der weltweit vielbeachteten Analysen zu Verläufen ambulanter Psychotherapie folgenden Schluss: „Policy makers should be aware that there is no prespecified dose of therapy that could be recommended across all clients. Despite the recent surge of time-limited psychotherapy, these session limits have been determined arbitrarily. To achieve optimal treatment outcomes from the perspectives of both individual clients and organizations (e.g., third-party payers), resource allocation should be based not on a predetermined number of sessions that a particular client should be offered but rather on the client's actual degree of improvement based on psychometric progress monitoring” (Stulz, Lutz, Kopta, Minami, & Saunders, 2013, S. 599).

Zu c) Beim Design und in der Durchführung von RCTs hängt die festgelegte Sitzungsanzahl von vielen Faktoren ab, die u.a. etwas mit den zur Verfügung stehenden Forschungsmitteln, einer zeitlichen Begrenzung von Projekten und der Ausrichtung an im Rahmen von Studien praktikableren kürzeren Behandlungsumfängen zu tun hat. Die Sitzungszahl wird a priori festgelegt nach dem Grundsatz, ab wann auf *Gruppenebene* am ehesten mit den akzentuiertesten Effekten zu rechnen ist. Sie spiegelt keine evidenzbasierte Entscheidung wider, was die optimale Behandlungsfrequenz bzw. den optimalen Behandlungsumfang darstellt und ist insofern auch im Nachhinein nicht als solche interpretierbar.

**Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
und Systemische Gesellschaft (SG)**

27.08.2019

Zu d) Weder in der Auftragskonkretisierung durch den G-BA ist die Frage nach Behandlungskontingenten an das IQWiG adressiert, noch enthält der IQWiG Abschlussbericht an irgendeiner Stelle Angaben über eine optimale Behandlungsdauer. Der IQWiG-Bericht kann also gerade nicht als Beleg für Behandlungsumfänge benutzt werden.

Zu e) Folgerichtig sieht die Richtlinie gerade nicht vor, sich bei der Festlegung der maximalen Behandlungsumfänge an den Wirksamkeitsstudien zu orientieren. In der Richtlinie wird zu Recht der Routineversorgung Rechnung getragen und entsprechende maximale Behandlungsumfänge ermöglicht.

Selbst wenn man die vom IQWiG berücksichtigten Studien heranziehen würde, so ergäbe sich - unter Heranziehung der Studie von Lau & Kristensen (2007) zu gemischten Störungen, die noch am ehesten generalisierbar auf die Routineversorgung ist – eine Stundenzahl von 34 x 150minütigen Sitzungen, also 102 Stunden im 50-Minuten-Setting. Entgegen der fehlerhaften Kalkulation in den Tragenden Gründen, müsste also, wenn man sich schon dieser aus unserer Sicht wenig tragfähigen Argumentation anschließen würde, zwingend mit 102 Stunden kalkuliert werden.

Nicht nachvollziehbar ist das Argument der RCTs auch deswegen, weil in der Studie von (Lau & Kristensen, 2007), die den gemischten Studien zugeordnet wurde, die der klinischen Realität am nächsten kommen, eine Behandlungsdauer von 34 Sitzungen angegeben wurde. Was in den Tragenden Gründen allerdings nicht mit angegeben war, ist, dass es sich hier um

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) und Systemische Gesellschaft (SG)

27.08.2019

zweieinhalbstündige Sitzungen handelte, die, in 50 Minuten Sitzungen umgerechnet, **102 Sitzungen** ergeben. Würde man sich also der Argumentation in den Tragenden Gründen anschließen, so müsste zwingend mit dieser Zahl kalkuliert werden.

Auch in der Studie von Stanton & Todd (1982) gab es eine Reihe von PatientInnen, die umgerechnet im Durchschnitt **60 Sitzungen** Systemische Therapie erhielten.

Mit diesem Vorschlag würde es verunmöglicht, eine Ausbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin im Vertiefungsgebiet Systemische Therapie zu absolvieren, da in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische PsychotherapeutInnen (PsychTh-APrV) Techniken für Langzeittherapien gefordert sind. In den Ausbildungsinstituten im Vertiefungsgebiet Systemische Therapie ist eine Mindestzahl von 60 Sitzungen für eine Langzeittherapie vorgesehen, d.h. ein Fall (eine Therapie für die Prüfung) muss mindestens über die Länge von 60 bzw. 80 Therapiesitzungen gehen, um sicherzugehen, dass auch Therapieverläufe mit PatientInnen mit entsprechend komplexen Störungen abgedeckt sind.

Eine deutsche Untersuchung zu Ergebnissen der etablierten Richtlinienverfahren zeigt eine deutliche Symptomverbesserung nach Therapieverlängerung bei noch hohen Symptomwerten am Ende des noch nicht verlängerten Therapieabschnittes. Eine bestimmte Gruppe von PatientInnen profitiert also von einer längeren Behandlungsdauer (Altmann et al. 2014). Es gilt als „belegt, dass eine hohe Anzahl von Therapiesitzungen den Therapieerfolg begünstigt – unabhängig vom Therapieverfahren“ (Altmann, Thielemann, & Strauß, 2016, S. 362).

**Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
und Systemische Gesellschaft (SG)**

27.08.2019

§16-§18

Hier sieht der BE des GKV-SV neu vor, die Nennung der Bereiche Kinder/Jugend – Erwachsene explizit zu trennen. Dies ist für uns unverständlich, da bereits aus der Beschreibung der konkreten Behandlungsumfänge hervorgeht, dass es sich bei den Behandlungsumfängen um Systemische Therapie mit Erwachsenen handelt.

Es ist nicht sinnvoll, nach Jahrzehnten des konstruktiven Arbeitens mit der Richtlinie erstmalig einen Keil zwischen die Behandlung von Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen zu treiben und diese Bereiche so voneinander zu trennen.

Vor bereits elf (sic!) Jahren wurde die systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (sKJT) vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie wissenschaftlich anerkannt. Damit wurde entsprechend § 19, 1 der (aktuellen) PT-RL die Voraussetzung für die Bewertung im G-BA geschaffen. Im Sinne der Patientenorientierung ist es vollkommen unverständlich, wieso dieses nachgewiesenermaßen wirksame Verfahren den Kindern und Jugendlichen und ihren Familien weiterhin vorenthalten wird. Mit der Formulierung der weiteren Trennung zwischen Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen soll dieser Zustand augenscheinlich nach Willen des GKV-SV weiter fortgeführt werden.

Wir haben die politische Diskussion um die Frage der Beschleunigung von Verfahren im G-BA aufmerksam mitverfolgt. Was in der Diskussion fehlt, ist die Betrachtung der Zeiträume, bis überhaupt eine Bewertung erfolgt. Für die sKJT gehen wir bereits ins zwölfte Jahr. Vor dem Hintergrund des

**Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
und Systemische Gesellschaft (SG)**

27.08.2019

Anteils der Kinder und Jugendlichen, die auf Jahresebene mindestens eine Diagnose einer psychischen Störung erhielten, (von 23 % im Jahr 2009 auf 28 % im Jahr 2017) (Steffen, Akmatov, Holstiege, & Bätzing, 2018), ist dies ein unhaltbarer Zustand, der schnell behoben werden sollte.

Wir appellieren an den G-BA, nun auch die sKJT rasch in den Leistungskatalog aufzunehmen, da sie ganz offensichtlich große Versorgungsrelevanz hat. Bereits 2013 im ersten G-BA Stellungnahmeverfahren zur Systemischen Therapie forderten die verfahrensübergreifenden Verbände der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die schnellstmögliche Zulassung der sKJT. Durch die Devise: „Wir warten erst einmal das Ergebnis bei den Erwachsenen ab“, hat sich die Aufnahme immer weiter verzögert. Nun muss sie zügig erfolgen. Ein ebenso langwieriges Verfahren wie bei den Erwachsenen (seit Antragstellung 2013 sind wir bereits im siebten Jahr) wäre nicht mehr vermittelbar.

Für den Kinder- und Jugendbereich gibt es sogar noch mehr Studien als im Erwachsenenbereich, die die Wirksamkeit für sKJT belegen (Retzlaff, von Sydow, Beher, Haun, & Schweitzer, 2013; Riedinger, Pinquart, & Teubert, 2017; von Sydow, Retzlaff, Beher, Haun, & Schweitzer, 2013).

Systemisch-integrative Interventionen werden bei einer Reihe von Störungen in internationalen Leitlinien empfohlen, z. B. bei Essstörungen, dissozialen Störungen und jugendlicher Delinquenz, bei Substanzstörungen, Asthma und Diabetes im Kinder- und Jugendalter.

**Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
und Systemische Gesellschaft (SG)**

27.08.2019

§ 26 (neu) Übende und
suggestive Interventionen

Es ist nicht ersichtlich, warum übende und suggestive Interventionen in der Systemischen Therapie nicht einsetzbar sein sollen. Wir unterstützen deshalb nachdrücklich die Position von KBV und PatV, dass diese Interventionen in der Systemischen Therapie nicht ausgeschlossen werden dürfen.

Die vom GKV-SV monierte „Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit“ durch eine Kombination greift bei der Systemischen Therapie nicht. Sie widerspricht Theorie und Praxis der Systemischen Therapie, in denen übende und suggestive Interventionen als gut integrierbar gelten.

Das Argument der Verfremdung mag für die psychoanalytisch begründeten Verfahren zutreffen. Für die Systemische Therapie gilt hier dasselbe wie für die Verhaltenstherapie. Wir möchten sehr darum bitten, die Eigengesetzlichkeit der Systemischen Therapie zu respektieren und die Argumentation, die nur für die psychoanalytisch begründeten Verfahren gilt, nicht mit der Systemischen Therapie zu kombinieren bzw. zu vermischen.

§4, 4. Absatz, 1. Satz ist
missverständlich

Die Kombination der drei verschiedenen Settings der Systemischen Therapie sollte explizit beschrieben werden. Bei der jetzigen Formulierung bleibt unklar, welche der Settings kombiniert werden können.

Wir schlagen deshalb vor, in §4, Absatz 4, 1. Satz ein „und“ hinzuzufügen (fett markiert):

Psychotherapie nach dieser Richtlinie kann bei allen Indikationen nach § 27 als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie sowie bei der Systemischen Therapie als Behandlung der Patientin

**Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
und Systemische Gesellschaft (SG)**

27.08.2019

	<p>oder des Patienten zusammen mit relevanten Bezugspersonen aus Familie oder sozialem Umfeld (Mehrpersonensetting) auch in Kombination mit Einzel- und/oder Gruppentherapie Anwendung finden.</p>
<p>§4, 4. Absatz, 2. Satz, Aufzählungszeichen Nr. 4, ist missverständlich</p>	<p>Aus demselben Grund sollte in §4, Absatz 4, 2. Satz, Aufzählungszeichen Nr. 4 das Wort „Mehrpersonentherapie“ ergänzt werden. Der Satz hieße dann:</p> <p>Durch die Möglichkeit zur Kombination in den Verfahren nach § 15 können Einzel- und Gruppentherapie, bei der Systemischen Therapie auch die Therapie im Mehrpersonensetting, personen- und störungsadäquat eingesetzt werden, um den Behandlungsverlauf zu fördern.</p>
<p>§4, 4. Absatz, 2. Satz, Aufzählung Nr. 3 ist missverständlich</p>	<p>Ebenfalls missverständlich empfinden wir in §4, Absatz 4, 2. Satz, Aufzählung Nr. 3 die kumulative Aufzählung von Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung als Bedingung für das Nutzen des Mehrpersonensettings. Es ist auch möglich, dass nicht alle drei Faktoren gegeben wären und trotzdem eine Arbeit im Mehrpersonensetting indiziert ist.</p> <p>Neben der Veränderung von bedeutsamen Beziehungen und Interaktionen sind auch intrapsychische Prozesse an Veränderungen beteiligt, weswegen wir eine breitere Auslegung des Zieles Systemischer Therapie im Mehrpersonensetting nahelegen möchten.</p> <p>Wir schlagen deshalb vor, das Wort „vorrangig“ zu ergänzen und das Wort „und“ durch das Wort „oder“ zu ersetzen:</p> <p>Vorrangiges Ziel Systemischer Therapie im Mehrpersonensetting ist die Veränderung von bedeutsamen</p>

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) und Systemische Gesellschaft (SG)

27.08.2019

	<p>Beziehungen und Interaktionen (zwischen Patientin und Patient und Lebenspartnerin oder -partner, der Kernfamilie oder erweiterter Familie, sowie zwischen Patientin oder Patient und den Mitgliedern anderer interpersoneller Systeme), sofern diese für die Entstehung, Aufrechterhaltung oder Behandlung der psychischen Störung von Krankheitswert von Bedeutung sind.</p>
§ 13 Akutbehandlung	<p>Für die allermeisten Fälle ist eine Zeitdauer von mindestens 50 Minuten für die Systemische Therapie im Mehrpersonensetting angezeigt.</p> <p>Nicht auszuschließen ist allerdings, dass in besonderen Ausnahmesituationen auch eine 25-minütige Sitzung zum Einsatz kommen kann, weswegen man sie nicht generell ausschließen sollte.</p> <p>Wir schlagen deshalb vor, §13, Absatz 2, wie folgt zu ändern:</p> <p>Die Akutbehandlung ist als Einzeltherapie oder im Mehrpersonensetting gemäß § 4 Absatz 4 Nummer 3 in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24mal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 600 Minuten) durchzuführen; gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9.</p> <p>Satz 2 würde entsprechend wegfallen.</p>

Verwendete Literatur

Altmann, U., Steffanowski, A., Wittmann, W. W., Kramer, D., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., ... Strauß, B. (2014). Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen. *Psychother Psych Med*, 64(05), 181–191. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1357134>

- Altmann, U., Thielemann, D., & Strauß, B. (2016). Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum. *Psychiat Prax*, 43(07), 360–366. <https://doi.org/10.1055/s-0042-115616>
- Altmann, U., Zimmermann, A., Kirchmann, H. A., Kramer, D., Fembacher, A., Bruckmayer, E., ... Strauss, B. M. (2016). Outpatient Psychotherapy Reduces Health-Care Costs: A Study of 22,294 Insurants over 5 Years. *Frontiers in Psychiatry*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00098>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M. A., ... & Helsinki Psychotherapy Study Group. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38(5), 689-703. <https://doi.org/10.1017/S003329170700164X>
- Lau, M., & Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: A randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 96–104. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00977.x>
- Lebow, J. L. (2005). Family Therapy at the Beginning of the Twenty-First Century. In *Handbook of clinical family therapy*. (S. 1–14). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Maljanen, T., Härkänen, T., Virtala, E., Lindfors, O., Tillman, P., & Knekt, P. (2014). The cost-effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a three-year follow-up. *Open Journal of Psychiatry*, 4(03), 238. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2014.43030>
- Retzlaff, R., von Sydow, K., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: A systematic review of 38 randomized trials. *Family Process*, 52(4), 619–652. <https://doi.org/10.1111/famp.12041>
- Riedinger, V., Pinquart, M., & Teubert, D. (2017). Effects of Systemic Therapy on Mental Health of Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent*

Psychology, American Psychological Association, Division 53, 46(6), 880–894.

<https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1063427>

Stanton, M. D., & Todd, T. C. (1982). *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. Guilford Press.

Steffen, A., Akmatov, M. K., Holstiege, J., & Bätzing, J. (2018). *Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017* (Nr. Nr. 18/07). Abgerufen von Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) website: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=93>

Strauss, B. M., Lutz, W., Steffanowski, A., Wittmann, W. W., Boehnke, J. R., Rubel, J., ... Kirchmann, H. (2015). Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: The TK and the QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research, 25(1)*, 32–51. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.856046>

Stulz, N., Lutz, W., Kopta, S. M., Minami, T., & Saunders, S. M. (2013). Dose-effect relationship in routine outpatient psychotherapy: Does treatment duration matter? *Journal of Counseling Psychology, 60(4)*, 593–600. <https://doi.org/10.1037/a0033589>

von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process, 52(4)*, 576–618. <https://doi.org/10.1111/famp.12047>

VAKJP e.V. · Kurfürstendamm 72 · D - 10709 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. Methodenbewertung und veranlasste Lei-
stungen, z. Hd. Frau Dr. Kati Dege

Per mail: systemischetherapie@g-ba.de

Ort	Datum	Unser Zeichen / Ihre Mitgliedsnummer
Berlin	27. 8. 2019	

Stellungnahme zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie Systemische Therapie bei Erwachsenen

Sehr geehrte Frau Dr. Dege,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 30.7.2019 und die nochmalige Möglichkeit der Stellungnahme zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie in Bezug auf die Durchführung der Systemischen Psychotherapie bei Erwachsenen. Nach Akzeptanz der Systemischen Therapie bei Erwachsenen als psychotherapeutisches Verfahren bezieht sich die Frage nun auf die Festlegung der Bewilligungsschritte.

Aus fachlicher Sicht schließen wir uns den Argumenten der KBV/PatV an, die die Möglichkeit der Langzeittherapie einräumt.

Begründung:

- Auch wenn die Systemische Therapie für sich in Anspruch nimmt, mit vergleichsweise geringen Stundenzahlen positive Effekte zu erzielen, ist dies innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung noch nicht erprobt.
- Studien werden nicht nur unter praktischen, sondern vor allem unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten durchgeführt und müssen zusätzliche Kriterien berücksichtigen, um akzeptiert zu werden. Dies betrifft zum Beispiel die Eindeutigkeit von Diagnosen oder die Dauer. In der vertragsärzt-

Vorsitzende

Dr. Helene Timmermann
Sophienallee 24
20257 Hamburg
Telefon 0 40 / 401 46 20
Telefax 0 40 / 401 43 44
Timmermann@VAKJP.de

Stellvertretende Vorsitzende

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

Stellvertretender Vorsitzender

Götz Schwöpe
Am Stadtpark 14
31655 Stadthagen
Telefon 0 57 21 / 92 92 68
Telefax 0 57 21 / 99 39 20
Schwope@VAKJP.de

Bundesgeschäftsstelle

Kurfürstendamm 72
10709 Berlin
Telefon 0 30 / 32 79 62 60
Telefax 0 30 / 32 79 62 66
Geschaeftsstelle@VAKJP.de

Geschäftszeiten
Montag - Freitag
9.00 - 14.00 Uhr

Bankverbindung

Postbank Karlsruhe
IBAN DE85660100750022027758
BIC PBNKDEFF

lichen Praxis werden wir häufiger mit Komorbiditäten konfrontiert, die Einfluss auf die Behandlungsdauer haben können.

- Unter dem Gesichtspunkt des Patientenschutzes sollte die Dauer so bemessen sein, dass die Behandlung erfolgreich sein kann. Andernfalls besteht die Gefahr von „Drehtür-Effekten“ und/oder Chronifizierungen.
- Bei komplexen Erkrankungen sind in allen psychotherapeutischen Verfahren längere Behandlungszeiträume notwendig. Dies sollte auch für das Verfahren Systemische Therapie gelten.
- Wenn zum Beispiel durch systemische Interventionen zu Beginn einer Therapie schnelle Erfolge zu verzeichnen sind, ist die Nachhaltigkeit häufig nur durch eine längere Durcharbeitungs- und Stabilisierungsphase möglich.
- Das Setting mit mehreren Personen erfordert mehr Zeit. In der Regel werden zwei Therapieeinheiten benötigt, was die bewilligten Stunden um die Hälfte verkürzt zum Beispiel 60 Sitzungen = 30 Termine.
- Auch in den anderen Therapieverfahren werden die Kontingente selten voll ausgenutzt/abgerechnet. Dies ist auch bei der Systemischen Therapie zu erwarten.
- Psychotherapien, die wegen nicht gesicherter Finanzierung vorzeitig beendet werden müssen, sind für Patienten und Therapeuten außerordentlich unbefriedigend und aus Gründen des Patientenschutzes nicht zumutbar.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Dr. Helene Timmermann
Vorsitzende

**einer Anhörung zum Beschlussentwurf des
Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie über die
Durchführung der Psychotherapie
(Psychotherapie-Richtlinie): Systemische
Therapie bei Erwachsenen**

vom 23. Oktober 2019

Beginn:	11:03 Uhr
Ende:	11:58 Uhr
Ort:	Geschäftsstelle des G-BA Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie e.V. (D3G):

Herr Harald Küster

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT):

Frau Prof. Dr. Ulrike Willutzki

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK):

Herr Timo Harfst

Bundesärztekammer (BÄK):

Herr Prof. Dr. Hans-Christoph Friedrich
Frau Dr. Claire Chaimow

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) und Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM):

Herr Prof. Martin Teufel

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V. (DGST):

Herr Dr. Filip Caby
Frau Dr. Kirsten von Sydow

Systemische Gesellschaft – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V. (SG):

Herr Sebastian Baumann
Herr Dr. Hans Lieb

Beginn der Anhörung: 11:03 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Schönen guten Morgen! Ich darf Sie ganz herzlich im Namen des Gemeinsamen Bundesausschusses begrüßen, speziell natürlich im Namen des Unterausschusses Psychotherapie, zu unserer Anhörung zum Beschlusssentwurf einer Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Systemische Therapie.

Bevor ich Ihre Namen einzeln aufrufe, wie immer die üblichen Vorbemerkungen zu einer Anhörung – ich weiß nicht, ob alle schon einmal da waren –: Wir führen von dieser Anhörung ein Wortprotokoll. Ich gehe davon aus, dass Sie einverstanden sind. Ansonsten haben Sie jetzt die Chance, zu widersprechen. – Wenn das nicht der Fall ist, dann nehme ich Ihr Einverständnis mit. Ich würde Sie daher bitten, wann immer Sie einen Wortbeitrag leisten, erstens das Mikrofon zu benutzen und zweitens jeweils kurz Ihren Namen zu nennen. Das erleichtert nämlich das Leben für unsere Stenografin extrem.

Das waren die formalen Vorbemerkungen; dann würde ich Sie jetzt zunächst begrüßen. Ich begrüße für die Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie Herrn Küster, für die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Frau Professor Willutzki, für die Bundespsychotherapeutenkammer Herrn Harfst, für die Bundesärztekammer Herrn Professor Friedrich und Frau Dr. Chaimow, dann für die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie und das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin Herrn Professor Teufel, für die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie Herrn Dr. Caby und Frau Dr. von Sydow sowie für den Deutschen Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung Herrn Baumann und Herrn Dr. Lieb. Herzlich willkommen zur Anhörung und Ihnen allen einen schönen guten Morgen!

Vielleicht noch eine weitere Vorbemerkung: Wir haben Ihre Stellungnahmen natürlich erhalten, gelesen und gewürdigt. Von daher und auch vor dem Hintergrund, dass Sie so zahlreich erschienen sind: Es ist jetzt nicht erforderlich, dass Sie jeweils noch einmal Ihre Stellungnahme vortragen. Die kennen wir. Es geht vielmehr darum, auf spezifische Punkte zu fokussieren. Ich gehe jetzt nicht davon aus, dass seitdem noch sehr viele neue Erkenntnisse dazugekommen sind. Es wäre klasse, wenn Sie sich in Ihren Redebeiträgen so ein bisschen aufeinander beziehen könnten; dann haben wir alle mehr von dieser Anhörung.

Dann haben Sie das Wort und können selbst entscheiden, wer beginnen möchte. – Herr Baumann.

Herr Baumann (SG): Sehr geehrte Frau Dr. Leigemann! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen der Bänke und der PatientInnenvertreter! Über 30 Jahre nachdem mit der Verhaltenstherapie zuletzt ein psychotherapeutisches Verfahren in die vertragsärztliche Versorgung und die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen wurde, steht nun die Systemische Therapie kurz vor diesem Schritt, und es ist das erste Mal auf Basis der evidenzbasierten Medizin. Wir möchten uns ausdrücklich bei allen Beteiligten dafür bedanken, dass diese ja nicht unkomplexen Veränderungen in der Richtlinie innerhalb der Jahresfrist, wie zugesagt, umgesetzt worden sind.

Die Frage, um die es unserer Meinung nach heute vor allem geht, ist ja, mit welcher Ausstattung Sie dieses neue Verfahren versehen, damit es die Wirksamkeit entfalten kann, der Versorgung aller PatientInnengruppen gerecht zu werden. Zu Recht wurden in den Fachdebatten

der letzten Monate und Jahre die vulnerabelsten PatientInnengruppen in den Blick genommen, die noch zu häufig durch das Raster der psychotherapeutischen Versorgung fallen. Eine Reihe von Initiativen, auch Gesetzesinitiativen, haben ja zum Ziel, diesen Menschen, zum Beispiel mehrfach traumatisierten Menschen, Psychoseerfahrenen oder von schweren und chronisch wiederkehrenden Depressionen Betroffenen, ein passendes Angebot zu machen. Bislang stehen PatientInnen hierfür von der Solidargemeinschaft finanzierte psychotherapeutische Verfahren an der Seite, die es erlauben, bis zu 80, bis zu 100 oder bis zu 300 Therapiesitzungen durchzuführen. In dieses Gefüge ist nun die Systemische Therapie einzuordnen.

Will man nun nicht gerade die Versorgung derjenigen PatientInnengruppen einschränken, von denen jede Expertin/jeder Experte sagt, dass es gerade für sie innovative Modelle braucht, muss die Systemische Therapie auch entsprechend ausgestattet werden. Ich denke, das wird auch ein Anliegen der PatientInnenvertreter sein, die für diese Gruppe im Besonderen einsteht. Die Verhandlungen um die Stundenkontingente sollten also nicht auf dem Rücken derjenigen ausgetragen werden, die sowieso schon die größte Herausforderung der psychotherapeutischen Praxis sind und um deren unverschuldetes Leid sich die Solidargemeinschaft vorrangig kümmern sollte. Deswegen ist unsere Bitte: Bitte bedenken Sie das, wenn Sie den Behandlungsumfang für die Systemische Therapie festlegen. Bei der anhand von Krankenkassendaten festgestellten familiären Häufung psychischer Störungen arbeiten systemische TherapeutInnen sowieso schon extrem wirtschaftlich, wenn sie mehrere PatientInnen im Mehrpersonensetting einschließen.

Wir unterstützen deshalb den Vorschlag von KBV und PatV, sich bei der Festlegung des maximalen Behandlungsumfanges für Systemische Therapie an den Kontingenten der Verhaltenstherapie mit 60 Stunden im Bewilligungsschritt und maximal 80 Stunden zu orientieren. – Danke schön.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Baumann. – Wer möchte fortfahren? Denken Sie vielleicht an meine einleitenden Worte. – Jetzt hat das Wort Herr Professor Teufel und dann Herr Harfst.

Herr Prof. Teufel (DGPM und DKPM): Ich würde direkt daran anschließen. Ich bin ja hier für die psychosomatischen Fachverbände, würde aber ein Stück weit auch meine Brille als Direktor einer Universitätsklinik für psychosomatische Medizin mit einbringen wollen. Es handelt sich ja eben um die Patienten, die stationär oder teilstationär behandelt werden und dementsprechend auch kränker sind als diejenigen, für die ambulante Versorgung allein ausreicht. Die Brille von mir, der ich mit diesen Patienten zu tun habe, wäre dann: Ich habe natürlich ein großes Interesse, dass diese Patienten auch einen ambulanten therapeutischen Anschluss finden, wenn sie entlassen werden. Sonst, wenn keine Anschlusstherapie gewährleistet werden kann, wird sehr schnell vieles von dem, was wir stationär erreicht haben, infrage gestellt. Genau für die Patienten würde ich ergänzen wollen, dass es Sinn macht. Die schwerer Kranken, die chronisch Kranken brauchen einfach mehr. Wenn man da die Kontingente an diejenigen Kontingente anpasst, wie sie für die anderen Verfahren vorgesehen sind, macht es aus meiner Sicht einfach sehr viel Sinn aus Sicht dieser Patienten. Ich erlebe es ja: Die gehen auf die Suche, da Wartezeit, da nicht und da auf der Liste. Man sollte aber auch zusehen, dass die da nicht in einer kurzen, knappen Therapie landen und dadurch dann schon wieder unter Druck kommen: Das reicht mir doch gar nicht. – Diese Perspektive würde ich gerne noch mit einbringen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann Herr Harfst.

Herr Harfst (BPtK): Sehr geehrte Frau Dr. Lelgemann! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal kann ich mich den Worten von Herrn Baumann anschließen. Wir begrüßen es sehr, dass jetzt innerhalb der Jahresfrist der Beschlussentwurf entscheidungsreif vorliegt und es voraussichtlich dann im Novemberplenar – davon gehen wir aus – auch zum Beschluss kommen wird, sodass die Systemische Therapie in Kürze dann in die Psychotherapie-Richtlinie integriert werden kann und dann tatsächlich auch den Patientinnen und Patienten im Laufe des kommenden Jahres, wenn sozusagen die weiteren noch erforderlichen Regelungen im Bundesmantelvertrag und die EBM-Position beschlossen sind, in der Versorgung zur Verfügung gestellt werden kann. Das ist aus unserer Sicht ein ganz wichtiger Schritt, man kann vielleicht auch sagen: historischer Schritt, dass hier die Erweiterung um ein weiteres Therapieverfahren kurz bevorsteht. Das war ein langer Weg dorthin, hat in der letzten Phase eine gewisse Beschleunigung erfahren. Wir begrüßen es sehr, dass da sozusagen dieser Druck entstanden ist.

Zugleich stellen wir natürlich mit einem weinenden Auge fest, dass wir hinsichtlich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zunächst einmal noch keinen Schritt weiter sind. Wir halten es für absolut dringlich, dass die nächsten Schritte eingeleitet werden und dass dafür nicht noch einmal die bisherigen Bewertungszeiträume angesetzt werden. Vielmehr halten wir hier ein schnelleres Methodenbewertungsverfahren, wenn es an der Stelle für erforderlich gehalten wird, für notwendig und finden, dass man in dem Kontext auch darüber nachdenken sollte, ob nicht vielleicht ein Rapid Report vom IQWiG eine Grundlage sein könnte, um dann diesen Schritt schneller zu vollziehen, als das jetzt im langwierigen Prozess für Systemische Therapie bei Erwachsenen der Fall war.

Dann kann ich mich im Kern noch den Ausführungen anschließen, was die Kontingente angeht – auch für uns ein wichtiges Anliegen. Wir unterstützen die Position von PatV und KBV, dass in der Richtlinie eine Orientierung an den Kontingenten der Verhaltenstherapie erfolgt, und geben noch einmal zu bedenken, dass die Behandlungsumfänge, wie sie in randomisierten kontrollierten Studien realisiert werden, bei einer Vielzahl von Erkrankungen keinen Aufschluss darüber geben können, was für die Einzelfälle der Patienten, die in der Versorgungsrealität die angemessene notwendige Behandlung erhalten müssen, tatsächlich erforderlich ist, und das auch vor dem Hintergrund von erheblichen Komorbiditäten, die man da sicherlich in der Versorgung erwarten kann. Wir haben sie auch teilweise in den Studien drin, gar keine Frage, aber die Optimierung der Studien erfolgt immer unter dem Aspekt: „Kann ich einen klinisch relevanten Nutzen in meiner Studie für die Population im Mittel nachweisen?“, und ist nicht daran orientiert: „Kann ich alle Patienten entsprechend der notwendigen Behandlungsdauer behandeln?“. Wir haben eine Reihe von Indikationen, da sind sogar die Studien mit längeren Behandlungsdauern versehen. Wenn man sich die Versorgungstudien anschaut, dann sieht man auch noch einmal, dass auch da deutlich längere Behandlungsdauern resultieren können.

Wir gehen nichtsdestotrotz davon aus, dass in der Versorgung die Systemische Therapie ihre Stärke mit relativ kurzen Behandlungen ausspielen wird. Aber es wird immer wieder Konstellationen geben, wo auch längere Behandlungen erforderlich sind. Deswegen sollten die Behandlungskontingente, die bei der Verhaltenstherapie mit 60, maximal 80 Stunden vorgesehen sind, auch hier zur Geltung kommen, damit auch alle Patientinnen und Patienten – eben auch

die Schwerkranken zum Beispiel im Kontext schwerer Depressionen, chronischer Schizophrenie und Ähnliches – eine angemessene Versorgung erhalten können.

Dann sollen wir uns ja, wie Sie, Frau Leigemann, angesprochen haben, auf neue Dinge, auf neue Erkenntnisse beziehen. Da sucht man ja immer verzweifelt vor der Anhörung, was das sein könnte.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Wir haben ja reichlich Neues.

Herr Harfst (BPtK): Wir haben Neues, ganz genau, über unseren Gesetzgeber, der die Reform der Psychotherapeutenausbildung beschlossen hat – ergänzend mit einer Reihe von Aufträgen versehen, die sich sozusagen gar nicht auf die Ausbildungsreform richten, sondern die psychotherapeutische Versorgung selbst adressieren. Da ist uns zumindest ein Aspekt aufgefallen, den wir quasi in unserer schriftlichen Stellungnahme auch schon angerissen hatten und der dem G-BA die Chance gibt, maximale Schnelligkeit in der Umsetzung von Gesetzesaufträgen zu zeigen: Das betrifft die weitere Förderung der Gruppenpsychotherapie, die mit dem Gesetz beauftragt worden ist.

Eine Maßnahme, auf die wir hier auch schon hingewiesen haben, betrifft die Probatorik. Ganz zu Recht hat der Unterausschuss Psychotherapie ja vorgeschlagen, dass die probatorischen Sitzungen auch im Mehrpersonensetting durchgeführt werden können, weil eben genau dort die Aufgabe ist, zu schauen, ob es das geeignete Verfahren, auch das geeignete Setting ist, also die ganzen Aspekte mit zu klären. Insofern halten wir es für geboten, das nicht nur auf das Mehrpersonensetting zu beziehen, sondern insgesamt auch auf das Gruppensetting, und verweisen da auf unseren Vorschlag einer Änderung von § 12 Absatz 4, was ermöglichen würde, dass Patienten, die eine Indikation für Gruppenpsychotherapie haben, nach der Sprechstunde tatsächlich auch die Erfahrung in den probatorischen Sitzungen im Gruppensetting machen können.

Da sowohl von Patienten- als auch von Psychotherapeutenseite eine Bewertung erfolgen kann, ob es das geeignete Setting ist, ob es das geeignete Verfahren in diesem Setting ist, lassen sich sozusagen die Wirkfaktoren so konstellieren, dass tatsächlich eine erfolgreiche Behandlung erwartet werden kann. Das ließe sich ganz schnell machen. Wenn ich es vom Zeitrahmen her richtig überblicke, dann ist es ja so, dass der Bundesrat am 8. November entscheidet. Da haben Sie sozusagen Planungssicherheit, dass das wirklich so beauftragt ist, und die Plenumsitzung ist später. Innerhalb von zwölf Tagen haben sie da sozusagen schon den ersten Auftrag abgefrühstückt. Also noch einmal unser Appell: Selbst wenn Sie keinen Auftrag hätten, wäre das hochsinnvoll, und allein die Konstellation, wie Sie es hier schon fürs Mehrpersonensetting dargestellt haben, zeigt ja, dass es absolut Sinn machen würde, das so zu tun.

Das soll es erst einmal für meine Seite sein.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Lieber Herr Harfst, vielen Dank. Sie wissen ja, unser Ziel ist natürlich: spätestens in einem Jahr. Wir antizipieren die neuen Gesetze und machen die Regelungen dann schon vorher. Ob uns das bei der Frequenz der Gesetze wirklich gelingt, sei dahingestellt. Vielen Dank aber für Ihre Hinweise, insbesondere auch noch einmal für den Hinweis auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Darüber, wie wir da rangehen wollen, haben wir uns ja in der Tat hier auch schon Gedanken gemacht.

Ich habe jetzt auf der Rednerliste als Nächstes Herrn Lieb, dann Frau Willutzki und Herrn Friedrich.

Herr Dr. Lieb (SG): Vielen Dank. – Ich möchte kurz etwas zu meiner Person als Hintergrund dessen sagen, was ich nachher an Argumenten bringen möchte. Ich bin Verhaltenstherapeut und Systemtherapeut, seit über 20 Jahren in der Vertragspsychotherapie tätig und in der Verhaltenstherapie seit ebenso vielen Jahren als Gutachter tätig. Das ist der Hintergrund, vor dem ich sprechen möchte, und zwar möchte ich gerne zu zwei Punkten etwas sagen: zum einen noch einmal – ich hoffe, ich bringe ein paar neue Gedanken; Sie können dann feststellen, ob das stimmt – zum Kontingents sowie dann zu der Frage, ob die Systemtherapie vereinbar ist mit übenden und suggestiven Verfahren.

Zum ersten Punkt möchte ich mich kurz fassen und auch schon vorweg sagen, dass ich gerne dafür plädieren möchte, dass auch der Systemtherapie das Kontingent der Verhaltenstherapie zugesprochen wird. Als gewisses neues Argument möchte ich eine historische Perspektive bringen. Als die Verhaltenstherapie in die Richtlinien kam, ist sie angetreten mit dem Argument: Wir können Therapien kürzer machen als in anderen Verfahren. – Man hatte nämlich Studien, die gezeigt hatten, dass sie bei bestimmten Diagnosegruppen sehr schnell effektiv sein kann. Die Erfahrung hat gezeigt, dass es dann doch in der Verhaltenstherapie, in den Richtlinienverfahren, auch etliche und immer länger werdende Therapien gab. Das hat einen bestimmten Grund, weil es eine bestimmte Klientel gibt – das ist jetzt oft genug gesagt worden; das möchte ich nicht wiederholen –, multimorbid oder für den systemischen Bereich mit Multifamilienproblemhintergründen, mit nicht kooperierenden Familienhintergründen, die man erst zur Mitarbeit gewinnen muss. Es gibt also eine Klientel, die nicht in das Raster einer Therapie bei diagnoseselektierten Patientengruppen passt. Das ist auch in der Systemtherapie zu erwarten. Man kann im Einzelfall nicht vorhersagen, ob das dann der Fall sein wird; aber es ist zu erwarten, dass da das Kontingent von meinerseits 45 Stunden nicht ausreichen wird, sondern man mehr brauchen wird. Ich plädiere also dafür, für diese Klientel dann die entsprechenden Stunden auch bereitzuhalten.

Ich möchte noch auf einen wirtschaftlichen Punkt hinweisen. Stellen wir uns einmal vor: Eine Therapie hat begonnen und der Therapeut und der Klient stellen angesichts der Familienhintergründe fest, dass man mehr Therapie braucht, aber dem Verfahren würde das Kontingent nicht zur Verfügung stehen. Dann wäre der Patient trotzdem weiter behandlungsbedürftig. Dann müsste er eigentlich zu einem anderen Therapeuten in ein anderes Verfahren gehen, und das Ganze fängt dort wieder von vorne an. Das ist weder wirtschaftlich noch effektiv.

Vor dem Hintergrund dieser Argumentation, die das Ganze ein wenig historisch betrachtet, plädiere ich dafür, der Systemtherapie die gleichen Kontingente zur Verfügung zu stellen wie der Verhaltenstherapie.

Dann möchte ich noch einen zweiten Aspekt ansprechen: Ist die Systemtherapie kombinierbar mit übenden oder suggestiven Verfahren? Ich möchte es so begründen, dass es kombinierbar ist: Die Systemtherapie ist theoretisch und pragmatisch ausgerichtet durch ihre Perspektivenvielfalt und durch ihren Konstruktivismus, mit Verschiedenheiten, die zunächst gegensätzlich aussehen, konstruktiv und zielführend umzugehen. Wenn es also kein Argument gibt, dass ein übendes Verfahren das Therapieverfahren, hier die Systemtherapie, stört, sondern vielmehr durch eine geschickt angeleitete Kombination beflügeln kann, dann kann man daraus das Plädoyer ableiten, der Systemtherapie diese Kombinationsmöglichkeiten zu geben. – Danke schön.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, insbesondere für die Bezugnahme auf diesen weiten, dissidenten Punkt jenseits der Kontingente, nämlich die weiteren Verfahren. – Frau Professor Willutzki.

Frau Prof. Dr. Willutzki (DGVT): Guten Morgen, Frau Lelgemann und liebe Kollegen! Auch die DGVT begrüßt, dass wir jetzt endlich die Systemische Therapie als Verfahren in die Versorgung aufnehmen, weil dadurch eben die psychosozialen Kontexte auch endlich einmal berücksichtigt werden.

Mit den Kontingenten hängt ein bisschen zusammen, betrifft aber nicht allein die Kontingentsfrage, die Frage der Mehrpersonensettings schon in der Probatorik. Man muss sich das im systemischen Kontext vorstellen: Wenn man bei einer Familie mit fünf Personen plus Therapeut, also sechs Personen, die Redezeit für die Sitzungsdauer berechnet, dann ergibt sich, dass jeder 8 Minuten sprechen kann. Wenn man die Sitzungszeit verdoppelt, kann jeder 16 Minuten sprechen. Insofern ist es einerseits manchmal sinnvoll, über die 100 Minuten zu gehen, umso mehr, als ja eine der Standardmethoden im systemischen Kontext die Abschlussintervention ist, zu der sich dann der Therapeut noch einmal zurückzieht und überlegt, wie er der Familie eine sinnvolle Botschaft und eine sinnvolle Hausaufgabe mitgeben kann. Unter Umständen sind da schon mit einem Treffen drei Sitzungen weg. Das geht natürlich entsprechend von den Kontingenten ab. Das heißt, das wären vier Sitzungen in der Kurzzeittherapie 1, unter Umständen vier Sitzungen in der Kurzzeittherapie 2, wenn man das darauf auf diese Weise umrechnet.

Ein weiterer Punkt, der gegen eine geringere Stundenanzahl spricht, ist, dass die Metaanalysen zeigen, also eine neuere Metaanalyse von Pinquart et. al. von 2016, dass die Systemische Therapie zwar im Kurzzeitbereich den anderen Verfahren überlegen ist, aber im längeren Verlauf ebenbürtig zu den anderen Verfahren ist, sodass es keinen Grund gibt, das sozusagen nach der 24. Sitzung abzuwürgen.

Mehrfach ist auch schon der Punkt „vulnerable Personen“ angesprochen worden. Gerade hat ja der G-BA an verschiedenen Stellen für besonders vulnerable Gruppen, also für Menschen mit Intelligenzminderung zum Beispiel, eine Verlängerung von Zeiten vorgesehen. Gerade diese Personen bedürfen häufig auch eines systemischen Ansatzes, wo eben die Wohngruppe, die Bezugstherapeuten mit einbezogen werden. Diese Personen bedürfen auch, wie Herr Lieb das schon gesagt hat, einer Beziehungskonstanz. Es ist unrealistisch, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen ohne Konkretisierung von therapeutischen Maßnahmen im Kontext bzw. nur kurzfristigen von einer Psychotherapie profitieren werden. Das kann niemand anders leisten. Insofern halte ich es eigentlich für nur schlecht verantwortbar, dass man gerade diesen Personen nur ein begrenztes Kontingent zukommen lässt.

Der G-BA hat ja quasi vorher schon dieses Problem der Kontingentierung mit einer Art Seitenweg auf die psychotherapeutischen Gespräche ausgelenkt. Will man jetzt, dass die systemischen Sitzungen alle als psychotherapeutische Gespräche stattfinden, wo man nur sehr niederfrequent etwas machen kann und eben nur die 15 mal 10 Minuten pro Quartal hat?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Professor Willutzki. – Ich sage es noch einmal: Wir haben Ihre Stellungnahmen gelesen, wir haben es jetzt gehört. Vielleicht gibt es noch jenseits der Kontingente Aspekte. Das würde mich ganz besonders freuen.

Herr Prof. Dr. Friedrich (BÄK): Sehr geehrte Frau Dr. Lelgemann! Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Möglichkeit zu einer ergänzenden mündlichen Stellungnahme. Die sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie ist vor dem Hintergrund der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit und der medizinischen Notwendigkeit sehr zu begrüßen. Nachdem die Systemische Therapie im klinisch-stationären Kontext bereits seit vielen Jahren als komplementäres Angebot zu den bereits etablierten Richtlinienverfahren erfolgreich eingesetzt wird, ist die sozialrechtliche Anerkennung für betroffene Patienten von extrem großem Nutzen. In Ergänzung zu der schriftlichen Stellungnahme der Bundesärztekammer möchte ich auf drei Aspekte näher eingehen.

Der erste Aspekt, der auch von der DGPPN in der Stellungnahme angesprochen worden ist, ist der Punkt: soziale Faktoren als Ursache von psychischen Erkrankungen. In § 2 Absatz 2 heißt es: „Krankhafte Störungen können durch seelische, körperliche oder soziale Faktoren verursacht werden“. Es ist als Änderung aufgenommen worden der Zusatz „oder soziale“ Faktoren. Dieser Satz ist in meinen Augen nicht komplett korrekt, da soziale Kontextfaktoren wie zum Beispiel finanzielle Armut, Arbeitslosigkeit, Einsamkeit selbstverständlich psychische Erkrankungen auslösen können und auch verschlimmern können, aber nicht alleine ursächlich sind für psychische Erkrankungen. Warum ist diese Differenzierung bedeutsam? Der Satz impliziert, dass die alleinige Behandlung von sozialen Faktoren zur Heilung von psychischen Erkrankungen führen kann. Das würde bedeuten, dass man eben auch soziale Beratungsleistungen auf die Stufe von Psychotherapie setzen würde, was so nicht richtig ist. Vor dem Hintergrund wäre der Vorschlag, den Satz umzuformulieren und das „oder“ durch „und“ zu ersetzen und mehr das biopsychosoziale Krankheitsmodell zu berücksichtigen.

Ich möchte gerne auch noch einmal den Ausschluss der übenden Verfahren ansprechen, da ich es auch für nicht sachgerecht halte, übende Verfahren von der Systemischen Therapie auszuschließen. Als Argument: Die Systemische Therapie ist auch zugelassen zur Akutbehandlung. Die Akutbehandlung hat das Ziel, möglichst kurzfristig Patienten zu stabilisieren und auch eine rasche Entlastung der psychischen Symptomatik herbeizuführen. Da sind übende Verfahren im Interesse der Patienten auch im Rahmen der Systemischen Therapie anzuwenden, sodass der Vorschlag der KBV und der PatV zur Aufnahme der übenden Verfahren unbedingt zu unterstützen ist.

So ein bisschen indirekt würde ich zu den Kontingenten noch anmerken: Die Rezidivprophylaxe ist etwas, was jetzt im Rahmen der Systemischen Therapie keine Berücksichtigung finden soll. Das halte ich nicht für richtig, sondern ich denke, dass aus den eben genannten Gründen und aus den Erfahrungen, die wir mit den anderen etablierten Richtlinienverfahren gemacht haben, es unbedingt wichtig ist, dass eben auch für die systemische Therapie die Möglichkeit einer Rezidivprophylaxe gegeben ist.

Vor dem Hintergrund möchte ich einfach auch noch einmal sehr unterstützen, dass man den Vorschlag der KBV und der PatV aufgreift und die Bewilligungsschritte als auch die Höchstgrenze und die Rezidivprophylaxe entsprechend für die Systemische Therapie ausgestaltet. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Professor Friedrich. – Jetzt habe ich als nächste Rednerin Frau von Sydow und dann Herrn Caby.

Frau Dr. von Sydow (DGSF): Ich sage noch etwas zu Kontingenten und hoffe, dass ich Sie nicht zu sehr langweile, weil das ein Aspekt ist, der bisher so noch nicht vorkam. Die Psychotherapieforschung fokussiert in der Regel auf kurze Therapien – das ist schon gesagt worden –, aber auf Therapien mit Patienten, die eine Diagnose erfüllen. Das gilt für die Psychotherapieforschung generell, und das gilt auch für die Mehrzahl der Studien, die vom IQWiG über Systemische Therapie ausgewertet wurden. De facto ist es aber so, dass bereits Bevölkerungsstudien zeigen, dass von den Menschen, die die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen, 44 Prozent zwei und mehr Diagnosen erfüllen, also dass das in der Bevölkerung bereits recht häufig ist. Und unter klinischen Gruppen ist es so, dass zum Beispiel in einer Ambulanz einer Universitätsklinik mit VT-Schwerpunkt festgestellt wurde, dass 74 Prozent der Patienten unter komorbiden Störungen litten. Das heißt, dass die reale Klientel, die eine Therapie in Anspruch nimmt, eine ganz andere ist als die, die in den randomisierten kontrollierten Studien geprüft wird, und dass der reale Therapiebedarf dieser Menschen weitaus höher ist als das, was in den allermeisten Studien stattfindet. Insofern kann man aus den Studien, die vom IQWiG für Systemische Therapie geprüft wurden, überhaupt keine Rückschlüsse darauf ziehen, was wirklich nötig ist, weil ein solches Design in keiner einzigen dieser Studien geprüft worden ist.

Es gibt einige wenige Hinweise aus den IQWiG-geprüften Studien. Da gibt es nämlich zwei, die Patientengruppen auch mit multiplen oder komplexen Störungen untersucht haben. Es gibt einmal die Studie aus Kopenhagen von Lau & Kristensen aus 2007. Dort wurden Patienten mit familiären Missbrauchserfahrungen behandelt, die daraus resultierende Persönlichkeitsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen hatten. Die wurden mit insgesamt 34 150-minütigen Sitzungen behandelt. Das kann man umrechnen in 102 50-minütige Therapie-sitzungen. Das hat geholfen, aber nicht allen hinreichend – nur mal so als Hintergrund.

Die berühmte Helsinki Psychotherapy Study, die ganz beeindruckende Erfolge von Systemischer Therapie mit Kurzzeittherapie belegt hat, hat auch Follow-up-Erhebungen durchgeführt, zum Beispiel fünf Jahre danach, und erfasst, welcher Umfang von weiteren Behandlungen nötig wurde. Insgesamt war es so, dass die Gruppe, die ursprünglich systemisch behandelt wurde, sozusagen die geringsten weiteren Kosten verursacht hat. Aber auch die haben oftmals noch mehr gebraucht. Also es war so, dass fünf Jahre danach die systemische Kurzzeittherapie für ein Drittel der Patienten ausreichend war, während zwei Drittel der Patienten noch weiter psychotherapeutisch behandelt wurden. Bei einem weiteren Drittel reichte dann eine kurzzeitige Zusatzbehandlung im Umfang von bis zu 30 Stunden, also 11 bis 30 Stunden, ein weiteres Drittel brauchte weitere intensive Therapie im Durchschnitt von 186 Stunden. Also das ist sozusagen die Realität. Ganz vielen Patienten hilft systemische Kurzzeittherapie sehr gut, aber längst nicht allen. Dem, denke ich, muss man auch ehrlich ins Auge schauen.

Es geht hier ganz besonders um die Menschen, die schwere psychische Störungen haben wie rezidivierende Depressionen, Schizophrenie, bipolare Störungen, komplexe Traumafolgestörungen. Und vor allen Dingen geht es um die Menschen, die multiple Diagnosen haben. Ich bin auch klinische Praktikerin, bin auch in Hamburg niedergelassen für tiefenpsychologische Therapie mit einem Kassensitz, bin außerdem natürlich auch systemische Therapeutin. Der eben genannte Personenkreis sind die Leute, die dauernd verzweifelt anrufen. Ich habe kürzlich eine Patientin am Telefon gehabt, die gesagt hat, sie habe bei 60 Therapeuten angerufen und noch keinen Therapieplatz gefunden. Ich habe auch oft Vertreterinnen bzw. Vertreter von Krankenkassen, die anrufen und verzweifelt für ihre Versicherten Therapieplätze suchen. Das sind also die Leute, die es wirklich schwer haben, Therapieplätze zu finden. Man sollte jetzt

nicht Systemische Therapie zulassen und gleichzeitig unmöglich machen, dass systemische Therapeuten auch diese schwer belasteten Patienten überhaupt behandeln können. – Danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Aber es sind sicher auch nicht alle schwerstbelastet in der Systemischen Therapie.

Frau Dr. von Sydow (DGSF): Nein, nein, natürlich nicht. Aber es geht um die Höchstkontingente.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Diese kleine Bemerkung mussten Sie mir an dieser Stelle erlauben. – Noch einmal mein Plädoyer: Wir haben das mit den Kontingenten und, dass es hier eine große Gruppe gibt, die 200 Stunden für alle möchte, verstanden.

(Frau Dr. von Sydow (DGSF): Nicht für alle!)

Herr Dr. Caby.

Herr Dr. Caby (DGSF): Sehr geehrte Frau Lelgemann! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich werde auf gar keinen Fall über Kontingente sprechen, sondern ich greife erstens die Steilvorlage von Herrn Harfst auf und würde Sie mit der Bitte verbinden, die Psychotherapie für Kinder und Jugendliche im systemischen Feld mitzuberücksichtigen. Ich möchte im Zusammenhang damit auf eine Diskrepanz hinweisen, die durch die sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie im Erwachsenenfeld entstehen wird, nämlich dass die Kliniken – einerseits die Allgemeinpsychiatrien und andererseits die Kinder- und Jugendpsychiatrien – jetzt unterschiedliche Vorgehensweisen vorhalten müssen. Wenn man nun aber bedenkt, dass es sehr häufig Familien betrifft, die sowohl im Erwachsenenfeld als auch im kinder- und jugendpsychiatrischen Feld behandelt werden müssen, spaltet sich spätestens da das Ganze. Daher unsere dringende Bitte – da spreche ich jetzt nicht nur als Vorsitzender der DGSF, sondern auch als Leiter einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik, der sehr häufig mit den Eltern zu tun hat –, dass wir da aufpassen müssen, nicht eine Diskrepanz zu erzeugen, die letztendlich nicht haltbar ist.

Von der anderen Seite her ist die Studienlage im kinder- und jugendpsychiatrischen Feld, was die Systemische Therapie betrifft, wesentlich besser als im Erwachsenenfeld, sodass auch das für mich eine Begründung sein könnte, die Systemische Therapie im kinder- und jugendpsychotherapeutischen und -psychiatrischen Feld schneller zu berücksichtigen.

Ein dritter Punkt, auf den ich noch hinweisen möchte, ist: Die Klinik, in der ich arbeite – das trifft aber auf alle kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken zu –, hat eine große institutsambulatorische Versorgung. Die muss sie aufrechterhalten, weil es zu wenige niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten gibt und schon gar keine mit systemischem Background. Wenn wir als Klinik systemisch vorgehen, wird es unheimlich schwierig werden, eine entsprechende Nachversorgung bzw. Nachsorge zu etablieren, wenn wir systemisch angefangen haben und das dann nach der klinischen Therapie fortsetzen wollen. Institutsambulanzen sind in ihrer Handlungsfähigkeit sehr eingeschränkt. Daher auch an der Stelle mein Appell, auch für die Kinder- und Jugendpsychotherapie und -psychiatrie im systemischen Feld etwas zu tun. – Danke schön.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Caby. Der Appell ist angekommen, wobei sich die Zahl der Systemiker draußen regeln wird. Die Zahl derjenigen, die das anbieten

können, wird natürlich anwachsen – jenseits von dem, was wir jetzt in der Psychotherapie-Richtlinie regeln.

Herr Dr. Caby (DGSF): Aber bisher leider nur im Erwachsenenfeld und nicht bei Kindern und Jugendlichen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ja, das ist völlig klar, dass hier noch Regelungsbedarf besteht. – Weitere Wortmeldungen? Herr Küster, Sie zuerst, denn Sie waren noch gar nicht dran, und dann Herr Harfst.

Herr Küster (D3G): Sehr geehrte Frau Dr. Lelgemann! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Die D3G begrüßt ebenfalls grundsätzlich die Erweiterung um innovative Versorgungsmodelle. Doch das Lied der Argumente, die hier vorgebracht werden – hauptsächlich das Wartezeitargument, der Schweregrad der Erkrankung oder, dass eine Therapie bei vielen Patienten wünschenswert länger ginge –, kann bei allen Verfahren gesungen werden. Sowohl TP, AP, VT: Es werden Ihnen bestimmt Patienten aus der Praxis einfallen, wo das zutrifft. Gleichzeitig gibt es ja Begrenzungen nicht nur aus ökonomischen Gründen, sondern vor allen Dingen auch aus verfahrensspezifischen Gründen.

Systemisches ist der Tiefenpsychologie und Psychoanalyse nicht fremd, spätestens seit der interpersonellen Wende, in der Gruppenanalyse ja sowieso und in der Kinder- und Jugendlichenbehandlung auch, weil die Betreuungsgespräche da ja inhärent sind. Da kann man diskutieren, in welchem Verhältnis usw. Das trifft aber auf alle Verfahren zu, nicht nur auf die Systemische Therapie.

Das verfahrensspezifische Argument – da wiederhole ich vielleicht, was in der Stellungnahme steht –, ist, dass wir uns darauf beziehen, dass die Systemische Therapie ja mit Effektivität aufgrund kürzerer Therapiedauern angetreten ist. Da würden wir Sie beim Wort nehmen und sind für eine Begrenzung, vielleicht in Anlehnung an andere Verfahren, auf 12, 12, 40. Dann kann man diskutieren, ob es in Einzelfällen mehr sein kann. Das könnte dann aber auch für alle Verfahren eingeführt werden, dass es über die Höchstgrenze hinausgehen kann. – So weit meine Gedanken dazu. Danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann Herr Harfst.

Herr Harfst (BPtK): Vielen Dank. – Eine kurze Anmerkung. Ich schließe mich ein bisschen den Worten von Herrn Lieb an zu der Sorge des GKV-Spitzenverbandes um die methodenbezogene Eigengesetzlichkeit der Systemischen Therapie, sollte sie irgendwie in Kontakt mit den übenden Verfahren kommen.

Zum einen – das haben wir in der Stellungnahme auch schon dargelegt – sind uns aus der Forschung und aus der klinischen Versorgung überhaupt keine Hinweise bekannt, dass das in irgendeiner Weise – also die Kombination von zum Beispiel Entspannungstraining und Systemischer Therapie – die Eigengesetzlichkeit stören könnte, was auch immer sich dahinter genau verbergen soll. Nehmen wir einmal an – die Idee ist nicht weiter ausgeführt in den Tragenden Gründen –, dass es sich sozusagen negativ auf die Wirksamkeit auswirken könnte: Darauf gibt es überhaupt keine Hinweise.

Was die Eigengesetzlichkeit anbelangt, muss man vielleicht auch noch einmal festhalten: Die Systemische Therapie zeichnet sich insbesondere auch durch eine Ressourcenorientierung aus. Die Anwendung von übenden Verfahren in einer Behandlung ist etwas, was Ressourcen

von Patientinnen und Patienten stärken kann, sodass sie sozusagen selber in die Lage versetzt werden, zum Beispiel mit Spannungszuständen, mit Verspannung umzugehen, Stresssituationen besser zu bewältigen, indem sie eben ein solches Verfahren in dem Kontext erlernen. Insofern spricht für uns überhaupt nichts dafür, hier eine Kombination zu untersagen. Es fehlt vollständig an Evidenz und eigentlich auch an gehaltvoller Begründung, warum das befürchtet wird.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Harfst, für die klaren Worte. – Frau Professor Willutzki, Sie hatten sich noch gemeldet.

Frau Prof. Dr. Willutzki (DGVT): Vielen Dank. – Ich bin ja sozusagen Scientist-Practitioner, also arbeite an der Uni, leite aber auch eine große Ambulanz, und wollte von daher gerne etwas im Zusammenhang mit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und der Systemischen Therapie sagen. Wir wissen ja, dass die familiäre Transmission psychischer Störungen enorm ist, dass Kinder und Jugendliche sehr systematisch von ihren Eltern lernen, wie man Schwierigkeiten bekommt. Wenn wir es nur für Erwachsene machen würden, dann würde das bedeuten, dass wir warten müssen, bis die Eltern eine psychische Störung haben, bis die quasi Indexpatienten sind, bevor wir die Kinder in die Psychotherapie hineinnehmen können. Im Feld hat sich ja aufgrund dieser Situation so eine Art Notlösung entwickelt, dass man in den letzten Jahren ganz viele Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern aufgelegt hat, wo man zum Beispiel auch die Kontexte und die Jugendämter einbezieht. Für eine Professionalisierung in diesem Bereich wäre es ganz wichtig, dass systemische Therapeuten auch im Kinder- und Jugendbereich tätig werden. – Danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für diesen klaren Hinweis. – Dann würde ich gerne die Fragerunde eröffnen. – KBV, bitte schön.

KBV: Ich würde gerne an das letztgenannte Thema anknüpfen, also die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Systemischer Psychotherapie. Die Frage wendet sich an diejenigen, die sich wissenschaftlich berufen fühlen, darauf zu antworten. Sie kennen ja aus den Erfahrungen mit Beratungsverfahren für Erwachsene die Vorgehensweise des G-BA bei der Bewertung von Psychotherapieverfahren. Sie haben jetzt unisono die Forderung erhoben, dass zumindest die Beratungen auf die Kinder und Jugendlichen ausgedehnt werden müssen. Sehen Sie die Evidenzlage für so gesichert an, dass die Zeit reif ist, Kinder und Jugendliche zu beraten? Das war ja vor einigen Jahren, als der ursprüngliche Antrag auf Erwachsene fokussiert wurde, im Rahmen einer Vorprüfung der Daten offensichtlich noch nicht der Fall, jedenfalls den G-BA-Kriterien genügend.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Frau von Sydow.

Frau Dr. von Sydow (DGSF): Ich überblicke jetzt den ganz aktuellen Stand nicht, aber die zurückliegende Zeit. Das erste ist ja: Die Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche ist wissenschaftlich anerkannt seit 2008. Wir haben jetzt 2019. Das war also vor elf Jahren. Die Regeln des Gemeinsamen Bundesausschusses sind noch strenger geworden, auch die für den wissenschaftlichen Beirat sind verändert worden. Es ist aber in Bezug auf Systemische Therapie anders als in Bezug auf die anderen Richtlinientherapien, also Psychodynamische oder Verhaltenstherapeutische Therapie. Für VT und Psychodynamische Therapie gibt es meistens sehr viel mehr Therapiestudien zur Wirksamkeit des Verfahrens bei Erwachsenen

als bei Kindern und Jugendlichen. Bei der Systemischen Therapie ist es eher umgekehrt. Es gibt eher noch mehr randomisierte kontrollierte Studien über die Wirksamkeit von Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen als bei Erwachsenen. Als Schwachpunkt galt damals meines Wissens noch die Frage, wie es sich mit Angststörungen verhält. Ich habe jetzt die Kriterien bei Kindern und Jugendlichen nicht ganz genau im Kopf. Es gibt bei Kindern und Jugendlichen aber auch noch mehr Kompensationsmöglichkeiten, wenn es in einem Bereich nicht so gut aussieht wie in anderen. Insofern: Die Evidenz ist erst einmal insgesamt hervorragend. Ich weiß jetzt nicht in jedem einzelnen Punkt – das wird ja auch sehr streng geprüft – , was wirklich durchgeht. Aber dass man auf jeden Fall einmal mit dem Prüfverfahren anfangen sollte, finde ich zweifelsfrei.

Als wir die letzten Review-Artikel zum Thema geschrieben haben, gab es unzählige randomisierte kontrollierte Studien. Es gibt wahrscheinlich weit über 100 solcher Studien. Es gibt ja an den deutschen staatlichen Hochschulen fast keine Systemische Therapie. Die ganze Evidenzbasierung von systemischer Therapie stützt sich – mit Ausnahme vielleicht von Frau Willutzki und ganz wenigen – auf ausländische Befunde, hauptsächlich aus den USA und nordeuropäischen Ländern. Es gibt in den USA eine Reihe von ganz großen Forschungsgruppen an Universitäten, also zum Beispiel von Howard Liddle, von den Begründern der Multisystemischen Therapie, und spezialisierte Therapiesachen, die riesige Forschungsprogramme zur Systemischen Therapie machen. Das ist also sozusagen noch viel größer als in Bezug auf das Erwachsenenfeld.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Aber es hat nicht zufällig jemand im Kopf, ob es aktuell zum Beispiel einen verlässlichen Systematic Review gibt, in welchem das aufbereitet ist?

Frau Dr. von Sydow (DGSF): Es gibt zum einen eine Metaanalyse aus der Arbeitsgruppe um Pinquart zur Wirksamkeit von Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen und zwei alte Review-Artikel – bei dem einen bin ich Erstautor, bei dem anderen Rüdiger Retzlaff –, die den Stand ungefähr von 2013/2014 zusammenfassen. Es gibt aber auch noch neuere Review-Artikel. Die US-Amerikaner haben allerdings ein etwas anderes System, sie haben Couple and Family Therapy als Verfahren. Da besteht ein hoher Überlapp mit Systemischer Therapie, das ist aber nicht identisch. Der Begriff Systemic Therapy oder Systemische Therapie ist eher etwas Europäisches. Bei den Briten gibt es beispielsweise auch die Systemische Therapie. Dort gibt es auch eine ganze Reihe von Review-Artikeln dazu.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Damit sind die Fallstricke schon aufgelistet. – GKV bitte.

GKV: Vielen Dank. – Wir können jetzt natürlich lange darüber spekulieren, was mit der Literatur ist. Leider haben wir im Bereich für Erwachsene gar nicht so viele Studien gefunden. Es wäre erfreulicher gewesen, wenn wir da ein wenig mehr gehabt hätten; haben wir aber nicht.

Aber wir können den Hinweis, der von Ihnen vielfach gekommen ist, aufnehmen, dass wir uns mit den Kindern und Jugendlichen noch einmal explizit beschäftigen müssen. Das nehmen wir gerne mit. Ansonsten ist unser Eindruck hier: So viele neue Aspekte gegenüber den schriftlichen Stellungnahmen haben sich jetzt nicht ergeben. Aber, wie gesagt, das mit den Kindern nehmen wir gerne mit.

Kontingente: Dabei ging es Ihnen in den meisten Fällen um die Höchststundenzahl. Klar, mehr geht immer, mehr kann man auch immer fordern. Tatsächlich trifft das für alle Verfahren, für jede Behandlung zu. Da haben wir die undankbare Aufgabe, das irgendwo begrenzen zu müssen; denn das völlig freizugeben, das ist sozialrechtlich natürlich überhaupt nicht darstellbar.
– Vielen Dank.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Ich habe jetzt auf meiner Rednerlisten Frau Willutzki und dann Frau von Sydow.

Frau Prof. Willutzki (DGVT): Vielleicht noch ein kurzer Punkt. Im Anerkennungsverfahren spielte auch die Versorgungsrelevanz in Bezug auf die affektiven Angststörungen eine wichtige Rolle. Jetzt ist das fraglos aus dem Erwachsenenbereich auf den Kinder- und Jugendbereich übertragen worden. Viele Angststörungen – das wissen wir – entwickeln sich aber erst im frühen oder mittleren Erwachsenenalter, sodass das im Kinder- und Jugendalter gar nicht so versorgungsrelevant ist. Aus der VT-Perspektive kann ich sagen – das würden auch viele Systemiker sagen –, dass für viele phobische Ängste Verhaltenstherapeuten sehr gut geeignet sind und man vielleicht nicht immer solch ein Omnibus-Verfahren haben muss. – Danke.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Was meinen Sie mit „Omnibus“?

Frau Prof. Willutzki (DGVT): Der Punkt ist: Warum dürfen nicht einzelne Verfahren Stärken in einzelnen Bereichen haben? Und auch: Warum dürfen Therapeuten nicht auch anerkennen, dass jemand vielleicht mit einer Phobie bei einem Verhaltenstherapeuten besser aufgehoben ist? Wie gesagt, die Versorgungsrelevanz ist im Kinder- und Jugendalter für Angststörungen nicht in dem Maße gegeben wie bei den Erwachsenen.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank für den Hinweis. – Frau von Sydow und dann Herr Lieb.

Frau Dr. von Sydow (DGSF): Dass mehr immer geht, das ist klar. Mir ist auch klar, dass Sie natürlich den Daumen darauf halten müssen. Ich möchte aber noch einmal betonen: Es geht wirklich um Einzelfälle von Patienten, die unter Umständen schon sechsmal in Kliniken waren und bei denen es dazu kommen könnte, dass sie, wenn sie unbehandelt blieben, noch häufigere Klinikaufenthalte hätten.

Noch einmal zu den Kindern und Jugendlichen: Es gibt auch neue Entwicklungen in der Systemischen Therapie von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Zum Beispiel gibt es Ansätze, die auf elterliche Nachgiebigkeit fokussieren, wo allein mit den Eltern gearbeitet wird und die dabei begleitet werden, weniger „nachgiebig“ gegenüber ihren Kindern zu sein, also den Kindern mehr zuzumuten, die eigenen Ängste zu überwinden. Dazu wird unter anderem in den USA intensiv geforscht, auch in randomisierten kontrollierten Studien

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann Herr Lieb.

Herr Dr. Hans Lieb (SG): Noch eine kleine Ergänzung. Ich kann gut verstehen, dass der Eindruck entstanden ist, immer mehr sei immer besser. Meine Erfahrung als Gutachter und Therapeut ist nicht, dass es das Bestreben der Kollegen ist, immer mehr zu wollen. Es ist die Aufgabe, die Therapien kurz zu halten, und wir Gutachter haben immer dafür gesorgt, dass

Therapien, die keine Krankenbehandlung mehr sind, nicht verlängert werden. Das einzige Argument, auf das ich hinauszielen würde, ist: Wenn es eine kleine Gruppe gibt, die dessen bedarf, dann sollte ihr das auch zur Verfügung gestellt werden. Ich glaube nicht, dass wir oder Sie Angst haben müssen, dass das ausgenutzt wird für Klienten, die dessen nicht bedürfen. Diese zwei Aspekte sollte man, wie ich finde, nicht gegeneinanderstellen.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Gut. – Ich habe jetzt erst die Patientenvertretung und dann Herrn Baumann.

PatV: Ich würde gerne noch einmal darauf hinweisen, dass mit der Einführung der Gruppentherapie kein zusätzliches Kontingent an Patienten dazukommt. Es gibt eine gewisse Menge an therapiebedürftigen Patienten. Mit der Einführung der Systemischen Therapie ist es natürlich so, dass man von Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung sparen könnte, weil man eben sagt: Wir haben da kürzere Therapiezeit. – Es geht also gar nicht um immer mehr und immer mehr, sondern im Grunde genommen wird damit schon eingespart. – Verstehen Sie, was ich meine?

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Ja. Ich möchte aber daran erinnern, dass wir uns noch in der Phase der Anhörung befinden. Die Diskussion zwischen den Trägerorganisationen und der Patientenvertretung würde ich gerne auf später, auf die orientierende Befassung verlagern. – Ich gebe jetzt das Wort an Herrn Baumann.

Herr Baumann (SG): Ich habe mich gerade vom Vertreter des GKV-Spitzenverbandes insofern angesprochen gefühlt, als er gesagt hat, man werde es sich ganz genau angucken. Da habe ich so ein kleines Déjà-vu bekommen. Das, was wir heute besprechen, hat seinen Beginn mit dem Antrag von 2013. Unser großer Wunsch ist, dass es dieses Mal doch bitte deutlich schneller gehen möge.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Sie sind jetzt wieder bei den Kindern?

Herr Baumann (SG): Genau, ich bin bei den Kindern gewesen.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Okay. – Gibt es weitere Fragen? – Da das nicht der Fall ist, bedanke ich mich ganz herzlich. Dann können wir nämlich Voranschreiten mit unserer orientierenden Befassung.

Vielen Dank, dass Sie da waren.

(Beifall)

Schluss der Anhörung: 11:58 Uhr