

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

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
vom 12. Mai 2016**

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeine Bewertung.....	4
II. Änderung des § 1 „Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“	7
III. Änderung § 4 „Übergreifende Merkmale von Psychotherapie“ – Änderung Absatz 3 und Einfügung eines neuen Absatzes 4	11
IV. Änderung § 9 „Einbeziehung des sozialen Umfeldes“	14
V. Änderung § 10 „Verbindung von Diagnostik und Therapie“	16
VI. Einfügung § 11 „Psychotherapeutische Sprechstunde“	17
VII. Einfügung § 12 „Probatorische Sitzungen“	25
VIII. Einfügung § 13 „Psychotherapeutische Akutbehandlung“	27
IX. Einfügung § 14 „Rezidivprophylaxe“	31
X. Änderung § 20 „Anwendungsformen“	36
XI. Änderung § 21 „Kombination von Anwendungsformen“	37
XII. Änderung § 27 „Behandlungsumfang und -begrenzung“.....	38
XIII. Änderung § 28 „Therapieansätze in den Verfahren nach § 15“.....	40
XIV. Änderung § 29 „Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15“ .	48
XV. Änderung § 32 „Anzeigeverfahren“	48
XVI. Änderung § 33 „Antragsverfahren“	49

XVII. Änderung § 34 „Gutachterverfahren“	49
XVIII. Änderung § 35 „Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter“	50
XIX. Änderung § 37 „Schriftliche Dokumentation“	52
XX. Änderung § 38 „Einsatz der Dokumentationsbögen“	53
XXI. Literatur	63

I. Allgemeine Bewertung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dem vorliegenden Beschlussentwurf eine Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie zur fristgerechten Umsetzung der gesetzlichen Aufträge aus dem GKV-VSG vorsieht und dabei insbesondere geeignete Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs von Patientinnen und Patienten zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ergreift.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Nach Einschätzung der BPtK stellt die Einrichtung Psychotherapeutischer Sprechstunden ein zentrales Element der aktuellen Reform der Psychotherapie-Richtlinie dar. Hierbei ist es sachgerecht, dass die Psychotherapeutische Sprechstunde als neue Leistung der ambulanten Psychotherapie inhaltlich und in ihrer zeitlichen Ausgestaltung so konzipiert worden ist, dass die erforderlichen Leistungen für eine diagnostische Abklärung und Indikationsstellung für die weitere Versorgung im Rahmen der Sprechstunde(n) erbracht werden können.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Grundsätzlich ist die Etablierung einer psychotherapeutischen Akutbehandlung zur zeitnahen Versorgung von Patienten, die aufgrund der Art, Schwere und Akuität ihrer Erkrankung einen besonders dringenden Behandlungsbedarf haben, zu begrüßen. Der vorliegende Vorschlag einer psychotherapeutischen Akutbehandlung stellt eine sinnvolle Ergänzung des bereits vorhandenen Behandlungsangebotes der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung um ein strukturiertes, zeitlich umgrenztes Behandlungsangebot zur Stabilisierung, Entlastung und kurzfristigen Besserung bei akuten Zuspitzungen von psychischen Erkrankungen, Krisensituationen und Ausnahmeständen dar. Die Inhalte und Ziele der psychotherapeutischen Akutbehandlung sollten dabei nach Auffassung der BPtK im Normtext der Richtlinie noch weiter geschärft werden.

Rezidivprophylaxe

Der vorliegende Vorschlag zur Regelung der Rezidivprophylaxe stellt keine Flexibilisierung des Therapieangebotes dar und kann keinen Beitrag zu einer optimierten psychotherapeutischen Behandlung für chronisch kranke Patienten leisten, wie vom Gesetzgeber gefordert. Vielmehr verursachen die vorgeschlagenen Regelungen einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand, indem zu einem fachlich ungeeigneten Zeitpunkt Prognosen zu den nach Abschluss der Behandlung erforderlichen Sitzungen für eine Rezidivprophylaxe abgegeben werden sollen, die dabei zulasten des bewilligten Therapiekontingentes gehen sollen. Das vorhandene Versorgungspotenzial der Rezidivprophylaxe, welches auch in den evidenzbasierten Leitlinien adressiert wird, kann hierdurch nicht angemessen genutzt werden. Die BPtK schlägt daher eine vollständige Neufassung der Regelung zur Rezidivprophylaxe vor.

Flexible Nutzung der verschiedenen psychotherapeutischen Versorgungsangebote

Patientinnen und Patienten benötigen auch zukünftig je nach Indikation, Problemstellung und Behandlungsplan die bewährten Behandlungsmöglichkeiten der Kurzzeittherapie und der Langzeittherapie als Einzel-, Gruppen- und Kombinationsbehandlung. Sollte keine Akutbehandlung erforderlich sein, ist es fachlich unverzichtbar, nach der weiteren diagnostischen Abklärung eine dieser Möglichkeiten direkt beginnen zu können. Eine Reihe von Patientinnen und Patienten benötigen für eine Heilung oder ausreichende Besserung ihrer psychischen Erkrankungen eine längere Behandlungsdauer. In vielen Fällen lässt sich diese Indikation für eine Langzeitpsychotherapie in dem jeweiligen Setting (Einzelspsychotherapie, Gruppenpsychotherapie oder deren Kombination) bereits zu Behandlungsbeginn stellen. Insbesondere unter psychotherapeutischen Aspekten ist es für die betroffenen Patientinnen und Patienten geboten, dass Behandlungsumfang und Behandlungsfrequenz bereits zu Behandlungsbeginn festgelegt werden, damit die Behandlung in einem sicheren Rahmen durchgeführt werden kann, eine stabile Psychotherapeut-Patient-Beziehung gefördert wird und die Patientin oder der Patient sich auf die Behandlung einlassen kann. Dies ist insbesondere für schwer psychisch kranke Patienten von herausgehobener Bedeutung. Daher ist es erforderlich, dass bei entsprechender Indikationsstellung im Rahmen der Sprechstunde

und Probatorik weiterhin unmittelbar eine Langzeittherapie beantragt und die Behandlungsplanung darauf ausgerichtet werden kann. Eine Aufteilung der Kurzzeitpsychotherapie in zwei Teilstücke à 12 Sitzungen ist willkürlich, verursacht vermeidbaren bürokratischen Aufwand, ohne dass eine Steuerungswirkung erzielt werden kann und kann angesichts der bekannten Analysen der Routinedaten aus der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nicht überzeugen.

Förderung Gruppenpsychotherapie

Aktuell stagniert der Anteil gruppenpsychotherapeutischer Leistungen bei 1 bis 2 Prozent der psychotherapeutischen Leistungen insgesamt. Dies ist trotz zwischenzeitlich erfolgter Verbesserungen bei der Vergütung von Gruppenpsychotherapie der Fall, die jedoch die unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen erforderlichen administrativen und organisatorischen Mehraufwendungen bei gruppentherapeutischen Leistungen nur eingeschränkt zu kompensieren vermögen.

Aufgrund der guten Evidenz für den Nutzen gruppenpsychotherapeutischer Intervention bei einer Reihe von psychischen Erkrankungen sollten daher nach Auffassung der BPTK die Rahmenbedingungen für die Erbringung gruppenpsychotherapeutischer Leistungen in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung weiter verbessert werden.

Schriftliche Dokumentation

Bereits die Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung vom 11. Dezember 1998 enthielt den Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung, Dokumentationsstandards und ein Verfahren zur Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität für die ambulante Psychotherapie festzulegen. Bei den vorgeschlagenen Dokumentationsbögen sind aus Sicht der BPTK aus fachlichen Gründen noch einige wesentliche Änderungen erforderlich, die an entsprechender Stelle in der Stellungnahme im Detail dargelegt werden. Insbesondere bei den Dokumentationsbögen für die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird noch ein erheblicher Überarbeitungsbedarf gesehen. Von besonderer Bedeutung ist darüber hinaus, dass die Regelungshoheit über die Dokumentationsstandards in der ambulanten Psychotherapie beim G-BA verbleibt. Nur so kann gewährleistet wer-

den, dass bei den künftigen Entwicklungen von Verfahren der sektorenübergreifenden und sektorspezifischen Qualitätssicherung im Bereich der psychischen Erkrankungen zielgerichtet auf die Standarddokumentation in der ambulanten Psychotherapie aufgesetzt und bei Bedarf die erforderlichen Anpassungen und Ergänzungen vorgenommen werden können. Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass bei der Ausgestaltung der Vorgaben für die Dokumentation in der ambulanten Psychotherapie dem Gebot der Datensparsamkeit Rechnung getragen wird, der Umfang der Dokumentation in einer angemessenen Relation zum konkreten Nutzen in der Qualitätssicherung steht und der Verlust von Behandlungszeit durch bürokratische Vorgaben vermieden wird.

II. Änderung des § 1 „Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“

Über die vorgeschlagene Ergänzung „von Therapeutinnen und Therapeuten nach Abs. 2“ in § 1 Absatz 1 Satz 1 soll unter Verweis auf § 1 Absatz 2 definiert werden, welche Berufsgruppen Psychotherapie im Rahmen dieser Richtlinie erbringen können. Satz 2 definiert dabei Psychotherapie im Sinne der Richtlinie als psychotherapeutische Behandlungen mit einem Psychotherapieverfahren nach § 15 und (nur im Vorschlag der KBV) als psychotherapeutische Akutbehandlung nach § 13.

Auch unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Regelung, nicht zuletzt der Regelungen zur Berufsbezeichnung in § 1 Psychotherapeutengesetz, ist nicht nachvollziehbar, warum hier der unspezifische und rechtlich nicht geschützte Begriff „Therapeutin“ bzw. „Therapeut“ verwendet wird und nicht die präzise und gesetzlich korrekte Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin“ bzw. „Psychotherapeut“. Der Text der aktuell gültigen Psychotherapie-Richtlinie verwendet diesbezüglich keine einheitliche Terminologie. So wird zwar in § 25 (alt) der Psychotherapie-Richtlinie der Begriff „Therapeutinnen und Therapeuten“ als zusammenfassende Bezeichnung eingeführt, in § 26a Satz 3 wird jedoch wiederum die Bezeichnung „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ verwendet.

Hinsichtlich der dissidenten Vorschläge zur Definition der Richtlinien-therapie befürwortet die BPTK den Vorschlag der KBV, hierunter auch die psychotherapeutische

Akutbehandlung zu fassen, da es zielführend erscheint, die Leistungen, die vornehmlich Behandlungsleistungen von Psychotherapeuten mit Fachkunde in einem Richtlinienverfahren darstellen, in Abgrenzung zu den vornehmlich diagnostischen Leistungen dieser Leistungserbringergruppe als Richtlinientherapie zu definieren. Darüber hinaus ist aus dem Entwurf der Tragenden Gründe nicht erkennbar, welcher Regelungsunterschied zwischen den beiden Definitionsvarianten resultieren würde.

In § 1 Absatz 2 des Beschlussentwurfes werden die Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne der Richtlinie legal definiert. Der Passus stammt aus § 25 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie in der derzeit gültigen Fassung. Danach gelten unter anderem „ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ als Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie.

Nach § 1 Absatz 1 Satz 1 PsychThG ist die Berufsbezeichnung „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ geschützt. Als „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ (KJP) darf sich gemäß §§ 1 Absatz 1 Satz 1, 2 Absatz 1, 5 Absatz 2 Nr. 2 PsychThG nur derjenige bezeichnen, der die entsprechende Approbation nach einer kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Ausbildung und staatlichen Prüfung im Anschluss an ein Studium der Psychologie bzw. Pädagogik oder Sozialpädagogik erworben hat. Folglich sind Ärzte, die sich psychotherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen beschäftigen, nicht berechtigt, die Bezeichnung des („ärztlichen“) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu führen, da diese allein den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit der Approbation nach dem PsychThG vorbehalten ist. Gleiches gilt im Übrigen auch für die Psychologischen Psychotherapeuten mit einem Fachkundenachweis gemäß § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung, auch wenn sie im Rahmen der GKV-Versorgung ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Wenn sie nicht zusätzlich über eine Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut verfügen, sind sie nicht berechtigt, die Bezeichnung des („psychologischen“) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu führen.

In diesem Sinne unterscheidet auch die Psychotherapie-Vereinbarung als Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag für Ärzte in § 2 zwischen „ärztlichen Psychotherapeuten“, „psychologischen Psychotherapeuten“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ und sieht für Ärzte unter der Berufsbezeichnung „ärztliche Psychotherapeuten“ und nicht etwa „(ärztliche) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 5 der Psychotherapie-Vereinbarung vor.

Diese nach dem PsychThG geschützten Bezeichnungen sind zudem vom Titelschutz des § 132a Absatz 1 Nr. 2 StGB erfasst.

In § 1 Absatz 3 wird unter Bezugnahme auf die Abrechnungsgenehmigung für psychotherapeutische Leistungen nach § 15 der Richtlinie abschließend der Kreis der Leistungserbringer definiert, die Leistungen nach dieser Richtlinie mit Ausnahme von Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung erbringen können. Dies umfasst demnach sowohl die Psychotherapeutischen Sprechstunden, die probatorischen Sitzungen und die psychotherapeutische Akutbehandlung als auch die Behandlung mit einem Psychotherapieverfahren nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie einschließlich der Rezidivprophylaxe. Die BPtK begrüßt, dass die Definition der berechtigten Leistungserbringer in der Psychotherapie-Richtlinie selbst und nicht nur in der Psychotherapie-Vereinbarung erfolgt. Hinsichtlich der konkreten Definition der berechtigten Leistungserbringer befürwortet die BPtK den Vorschlag der KBV und des GKV-SV, da zum einen eine abschließende Auflistung der ermächtigten Einrichtungen sowie der ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten nicht erforderlich ist und zum anderen die Ermächtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen zur Teilnahme an der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung nicht die Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie umfasst.

Die BPtK schlägt daher vor, § 1 Absatz 2 und 3 wie folgt zu fassen:

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Sinne dieser Richtlinie sind entsprechend der jeweiligen fachlichen Befähigung die ärztliche Psychotherapeutin oder der ärztliche Psychotherapeut,

~~die ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die gemäß der Psychotherapievereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung verfügen.~~

(3) Leistungen dieser Richtlinie mit Ausnahme der Psychosomatischen Grundversorgung nach Abschnitt C können nur von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Absatz 2 erbracht werden, die über eine Genehmigung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung verfügen.

Die Regelung in § 1 Absatz 4 soll der Beseitigung von Unklarheiten bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen dienen, die sich bei der Auslegung der Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie vor dem Hintergrund der Bestimmungen des § 1 Absatz 2 des Psychotherapeutengesetzes zur Berechtigung zur Ausübung des Berufes des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergeben haben. Zu diesem Zweck werden in diesem Absatz Jugendliche entgegen der üblichen Definition in den Gesetzbüchern definiert als „Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind“. Wenngleich die BPtK die intendierte Klarstellung grundsätzlich begrüßt, sollte an den üblichen Definitionen festgehalten werden und stattdessen klargestellt werden, dass Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Leistungen nach § 15 bei Kindern und Jugendlichen verfügen, grundsätzlich auch junge Volljährige bis zum Erreichen des 21. Lebensjahres behandeln können und eine weitere Behandlung ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres zulässig ist, wenn zur Sicherung des Therapieerfolges eine vorher begonnene psychotherapeutische Behandlung bei jungen Volljährigen erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann.

Darüber hinaus sollte klargestellt werden, dass junge Volljährige in Abhängigkeit von der Fachkunde des in Anspruch genommenen Psychotherapeuten wahlweise den Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder von Erwachsenen unterliegen. Die BPtK schlägt daher vor, den Absatz 4 wie folgt zu fassen:

„Psychotherapeuten mit der Genehmigung gemäß Psychotherapie-Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 bei Kindern und Jugendlichen als persönliche Leistung können grundsätzlich auch junge Volljährige bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres behandeln. Eine psychotherapeutische Behandlung ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolges bei jungen Erwachsenen eine vorher begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Die Behandlung von jungen Volljährigen ab Vollendung des 18. Lebensjahres und vor Vollendung des 21. Lebensjahres und in den in Satz 2 genannten Ausnahmen kann dabei wahlweise mit den Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder der Psychotherapie bei Erwachsenen erfolgen.“

III. Änderung § 4 „Übergreifende Merkmale von Psychotherapie“ – Änderung Absatz 3 und Einfügung eines neuen Absatzes 4

Die vorgenommene Einfügung in Absatz 3 soll laut Tragenden Gründen der Förderung der Gruppenpsychotherapie dienen. Aus Sicht der BPtK ist es sachgerecht, dass für beide Settings Einzel- und Gruppenpsychotherapie auf die Relevanz der systematischen Berücksichtigung und kontinuierlichen Gestaltung der Psychotherapeut-Patient-Beziehung hingewiesen wird. In gleicher Weise wird der Ansatz begrüßt, an den verschiedenen Stellen in der Psychotherapie-Richtlinie gesondert auf das Setting der Gruppenpsychotherapie hinzuweisen, damit dieses bei den Entscheidungen über die jeweils indizierte Behandlung bzw. Versorgungsform stärker berücksichtigt wird. Zugleich ist davon auszugehen, dass eine Erhöhung

des Anteils der Gruppenpsychotherapie an den psychotherapeutischen Behandlungsleistungen wesentlich von anderen Faktoren und Rahmenbedingungen für die Erbringung von Gruppenpsychotherapie abhängig ist.

Mit der Einfügung eines neuen Absatzes 4 wird in Satz 1 an prominenter Stelle in der Psychotherapie-Richtlinie auf die drei wesentlichen Behandlungssettings der ambulanten Psychotherapie hingewiesen – die Behandlung im Einzelsetting, im Gruppensetting und als Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Diese Klarstellung unter den übergreifenden Merkmalen von Psychotherapie ist zu begrüßen. Die sich an Satz 1 anschließenden Ausführungen zu den drei Settings unter Ziffer 1 bis 3 sind dagegen nicht geeignet, Psychotherapeuten oder Patienten eine sinnvolle Orientierung zu der Ausgestaltung der Behandlung in den verschiedenen Settings oder zur Frage der Indikation für ein bestimmtes Setting zu bieten. Diesen Ausführungen kommt zum einen kein eigentlicher Regelungsinhalt zu und entspricht auch formal eher einer Kommentierung zur Psychotherapie-Richtlinie, zum anderen decken die Beschreibungen der Behandlung in diesen Settings nur sehr selektiv einzelne fachliche Überlegungen zu wesentlichen Prozessen und Interventionen der psychotherapeutischen Behandlung sowie zu den möglichen Indikationen der jeweiligen Settings ab.

Die Beschreibungen sind zum Teil fachlich umstritten. Beispielhaft sei an dieser Stelle auf die Auflistung von psychotherapeutischen Instrumenten unter Ziffer 1 hingewiesen, die zur Förderung des Behandlungs- und Heilungsprozesses angewandt werden. Hierbei wird u. a. die Verhaltensanalyse genannt, die de facto vorrangig der verfahrensspezifischen Diagnostik dient und nicht als prototypisches psychotherapeutisches Instrument in der Behandlung angesehen werden kann. Genauso stellt das Gruppensetting nicht exklusiv dasjenige Setting dar, in dem interpersonelle Probleme unmittelbar prozessual aktiviert und bearbeitet werden können, sondern dies ist für viele interpersonelle Probleme mindestens in vergleichbar effektiver Weise im Einzelsetting möglich. Schließlich stellen die Ausführungen zur differenziellen Indikation der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie in Abgrenzung zur alleinigen Einzelpsychotherapie oder alleinigen Gruppenpsychotherapie unter Ziffer 3 eine extreme Verkürzung dar und können in

dieser Form nicht handlungsleitend bei der gemeinsamen Entscheidung von Psychotherapeut und Patient über das zu wählende Setting sein.

Die BPtK plädiert daher dafür, die Ziffern 1 bis 3 in § 4 Absatz 4 ersatzlos zu streichen.

Die Erläuterungen der letzten beiden Sätze in Absatz 4 beinhalten dagegen die sinnvolle Klarstellung, dass alle drei Settings grundsätzlich bei allen Indikationen nach § 26 zur Anwendung kommen können und weisen darauf hin, dass die Auswahl des geeigneten Behandlungssettings stets individuell nach diagnostischer Abklärung zu erfolgen hat und in Absprache mit dem Patienten zu treffen ist. Aus Sicht der BPtK sollte hierbei noch stärker betont werden, dass die Indikation der Behandlung in den verschiedenen Settings von der behandelnden Psychotherapeutin oder dem behandelnden Psychotherapeuten individuell für die Patientin oder den Patienten aus fachlich-psychotherapeutischer Perspektive zu prüfen ist und die Auswahl des geeigneten Behandlungssettings dann in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten getroffen wird. Die BPtK schlägt daher vor, diese Erläuterungen wie folgt als Satz 2 und 3 des § 4 Absatz 4 in den Normtext der Psychotherapie-Richtlinie aufzunehmen:

„²Es können alle Indikationen nach § 26 im Einzelsetting, im Gruppen-setting oder in Kombination beider Settings behandelt werden. ³Der behandelnde Psychotherapeut hat auf Grundlage der diagnostischen Abklärung des Störungsbildes die Eignung der Behandlung in den verschiedenen Settings individuell zu prüfen und bei der Behandlungsplanung die Auswahl des geeigneten Behandlungssettings in Absprache mit dem Patienten zu treffen.“

Schließend soll an dieser Stelle noch ein Hinweis zu einer Ausführung in den Tragenden Gründen zur Änderung des § 4 Psychotherapie-Richtlinie erfolgen. In den Tragenden Gründen wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass im Bundesmantelvertrag die Formularsätze (PTV) überarbeitet werden sollen „mit dem Ziel, eine Gleichbehandlung der Einzel- und Gruppentherapie zu erreichen (u. a. ein-

heitliche Berichtsinhalte für alle Gruppen-PT-Verlängerungsanträge für die Mitglieder einer Gruppe, Entwicklung eines separaten Informationsblattes für die Gruppentherapie, Ergänzung eines Feldes für die Beantragung einer Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie und eines Feldes, aus dem ersichtlich ist, ob die Therapie in Kooperation mit einem anderen Therapeuten erfolgt).“ Falls mit „einheitlichen Berichtsinhalten für alle Gruppen-PT-Verlängerungsanträge für die Mitglieder einer Gruppe“ eine bereits in früheren Jahren diskutierte Idee gemeint sein sollte, dass der Verlängerungsbericht in diesem Abschnitt nicht auf den einzelnen Patienten bezogen, sondern die Gruppe als Ganzes dargestellt werden soll, so wird dies aus fachlichen Gründen abgelehnt. Die Bewertung des Behandlungsverlaufs, die weitere Behandlungsplanung und die Indikation für die weitere Therapie ist stets in Bezug auf den einzelnen Patienten vorzunehmen und sollte in der Form auch Gegenstand des Berichtes an den Gutachter sein.

IV. Änderung § 9 „Einbeziehung des sozialen Umfeldes“

Die Ergänzung in § 9 soll der Klarstellung dienen, dass bei Kindern und Jugendlichen nicht nur Familienmitglieder in die Therapie einbezogen werden können, sondern auch weitere relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes bzw. Jugendlichen. Eine solche Klarstellung ist zu begrüßen, allerdings impliziert der konkrete Vorschlag eine mögliche Einengung für den Einbezug relevanter Bezugspersonen bei der Behandlung von Erwachsenen auf die Familienmitglieder und den Partner bzw. die Partnerin. Die Aufzählung in Klammern zu den in Satz 1 genannten relevanten Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld können bei Ergänzung von Satz 2 so verstanden werden, dass es sich hierbei um eine abschließende Aufzählung der bei erwachsenen Patienten einbeziehbaren Bezugspersonen handelt. Eine solche Einengung würde aber gerade der Lebenssituation von erwachsenen Patienten mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen oder einer Behinderung nicht gerecht werden, bei denen beispielsweise die Einbeziehung des Betreuers oder des Einzelfallhelfers des Patienten in die Therapie als relevante Bezugsperson angezeigt sein kann. Die Indikationsstellung für die Einbeziehung von Bezugspersonen sollte daher allein unter fachlichen Gesichtspunkten individuell vom behandelnden Psychotherapeuten vorgenommen werden kön-

nen und durch die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie keine rigiden Eingrenzungen erfahren, die den spezifischen Lebenslagen von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen nicht gerecht werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt daher vor, § 9 wie folgt zu ändern:

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

Nach § 11 Absatz 9 der Psychotherapie-Vereinbarung ist bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen die für die Einbeziehung von Bezugspersonen vorgesehene Stundenzahl, sofern sie nicht das Verhältnis von 1:4 zur Stundenzahl des Patienten überschreitet, der Stundenzahl für die Behandlung des Patienten hinzuzurechnen. Soll die Einbeziehung der Bezugspersonen in Gruppen erfolgen, darf gemäß § 11 Absatz 10 der Psychotherapie-Vereinbarung das Verhältnis von 1:2 zur Stundenzahl des Patienten nicht überschritten werden. Insofern stellt eine flexiblere Auslegung der Regelung zum Einbezug von relevanten Bezugspersonen kein relevantes Risiko für eine Mengenausweitung dar, da bei Erwachsenen die Einbeziehung von Bezugspersonen grundsätzlich im Rahmen des bewilligten Therapiestundenkontingentes erfolgt. Allerdings hält es die BPTK insbesondere für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit festgestellter Schwerbehinderung ($GdB \geq 50$) für erforderlich, dass bei dieser Personengruppe nicht nur die Einbeziehung von Bezugspersonen in die Psychotherapie vorgesehen wird, sondern – analog der Regelung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen – auch die Herausnahme dieser Bezugspersonengespräche aus dem Behandlungskontingent, sofern diese das Verhältnis von 1:4 zur Stundenzahl der Patientin bzw. des Patienten nicht überschreiten, ermöglicht wird.

V. Änderung § 10 „Verbindung von Diagnostik und Therapie“

Die BPTK begrüßt die Einfügung von Satz 4 in § 10 Absatz 1, mit der im Sinne einer Förderung der Gruppenpsychotherapie noch einmal explizit der Auftrag formuliert wird, vor dem Hintergrund der diagnostizierten Erkrankung die Indikation für eine Gruppenpsychotherapie zu prüfen und die Möglichkeit der Behandlung im Setting der Gruppenpsychotherapie bei der Therapieentscheidung und Behandlungsplanung in angemessener Weise zu berücksichtigen.

Darüber hinaus sieht der Beschlussentwurf die Einfügung eines neuen Absatzes 2 vor, der im Wesentlichen Inhalte der Psychotherapeutischen Sprechstunde definiert. So werden die Elemente der Orientierenden Diagnostischen Abklärung (ODA) und der Differenzialdiagnostischen Abklärung (DDA) als Leistungen der Sprechstunde beschrieben, die die Diagnostik vor der Indikationsstellung für eine therapeutische Maßnahme zum Ziel haben. Als weitere Vorgabe für die inhaltliche Ausgestaltung der Sprechstunde wird definiert, dass hierbei in der Regel standardisierte diagnostische Instrumente einzusetzen sind und die Ergebnisse in die Beratung der Patientin bzw. des Patienten einzubringen sind. Schließlich wird in Satz 4 erläutert, dass es sich bei der ODA nicht um eine verfahrensbezogene Diagnostik zur Überprüfung der Eignung für ein Psychotherapieverfahren nach § 15 handelt, sondern um eine diagnostische Abklärung vor der Indikationsstellung, die auch andere Maßnahmen als eine Richtlinien-therapie zur Folge haben kann.

Da es sich bei den Regelungsinhalten des § 10 Absatz 2 um wesentliche Vorgaben für die konkrete inhaltliche Ausgestaltung der Sprechstunde handelt, spricht sich die BPTK dafür aus, diese Regelungsinhalte in § 11 zu verorten. Eine Diskussion der hier kodifizierten Inhalte der Sprechstunde und der hierzu gewählten Formulierungen erfolgt dabei im Rahmen der Stellungnahme zu den Regelungsinhalten des § 11 der Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung des Beschlussentwurfes.

VI. Einfügung § 11 „Psychotherapeutische Sprechstunde“

Die Einrichtung der Psychotherapeutischen Sprechstunde ist nach Auffassung der BPtK ein zentrales Element der aktuellen Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. Über die Sprechstunden soll den Patientinnen und Patienten ein zeitnaher Zugang zum Psychotherapeuten, eine frühzeitige diagnostische Abklärung des Behandlungsbedarfes und eine darauf aufbauende Indikationsentscheidung für die weitere Versorgung ermöglicht werden. Daher begrüßt die BPtK, dass der G-BA die Sprechstunde qualitativ und quantitativ so ausgestaltet hat, dass hinreichend flexibel die erforderliche diagnostische Abklärung der vorliegenden psychischen Erkrankungen in der gebotenen Tiefe erfolgen kann und eine Klärung des jeweiligen Behandlungsbedarfes und Beratung der Patientin oder des Patienten zu den indizierten Versorgungsangeboten und Behandlungsalternativen sowie die Unterstützung des Patienten bei der Inanspruchnahme des indizierten Versorgungsangebotes möglich ist.

Die Möglichkeit, die Sprechstunde auch in Einheiten von 25 Minuten zu erbringen, und ein Umfang von bis zu 150 Minuten Sprechstundeneinheiten erlauben es den Psychotherapeuten, das Sprechstundenangebot an die jeweilige Praxisorganisation und die individuellen Bedarfe der Patientinnen und Patienten anzupassen. Die erforderlichen diagnostischen Abklärungsprozesse können so möglichst effizient und patientenorientiert ausgestaltet werden, dass zeitnah und in der gebotenen Differenziertheit eine Erfassung des Krankheitsbildes und des daraus resultierenden Versorgungsbedarfes gelingen kann. Dabei ist es angemessen, dass im Rahmen der Sprechstunde gemäß Absatz 4 zur Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse bei der diagnostischen Abklärung der psychischen Erkrankungen und des resultierenden Behandlungsbedarfes zur Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen Sprechstundeneinheiten von weiteren 100 Minuten erbracht werden können. Die berufsrechtlich vorgegebenen Regelungen zur Schweigepflicht, insbesondere bei Jugendlichen, sind dabei zu berücksichtigen (Stellpflug & Berns, 2015).

Damit die mit der Einrichtung der Psychotherapeutischen Sprechstunde verbundenen Ziele des Gesetzgebers eines zeitnahen Zugangs von Patienten zum Psychotherapeuten und des Abbaus von Wartezeiten auf ein Erstgespräch erreicht werden können, ist es erforderlich, dass bundesweit ein ausreichendes Angebot an Psychotherapeutischen Sprechstunden entsteht. Mit der Sprechstunde ist aber auch die Aufgabe verbunden, noch stärker als bisher die Koordination der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Beschwerden und Erkrankungen zu übernehmen. Der Sprechstunde kommt in diesem Sinne auch eine Steuerungsfunktion zu, innerhalb und außerhalb einer ggf. weiterführenden ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, sodass Patientinnen und Patienten nach entsprechender Indikationsstellung und Beratung möglichst auf ein breites Spektrum an Versorgungsangeboten verwiesen und vermittelt werden können. Hierbei sind jeweils die Besonderheiten des regional vorhandenen Versorgungsangebotes zu beachten.

Daher ist es aus Sicht der BPTK zielführend, dass die Psychotherapeutische Sprechstunde, wie in Absatz 1 Satz 2 vorgeschlagen, als Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung etabliert wird und dabei für die anbietenden Psychotherapeuten mit Mindestvorgaben für den Umfang der bereitzustellenden Sprechstunden und der Erreichbarkeit der Praxis verbunden wird, um dem Bedarf der Patienten an diesem Leistungsangebot ausreichend Rechnung zu tragen. Mit den vorgeschlagenen Regelungen wird für Patientinnen und Patienten, die einer psychotherapeutisch-diagnostischen Abklärung von psychischen Beschwerden bzw. Erkrankungen und einer Klärung des Behandlungsbedarfes bedürfen, ein transparenter Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung geebnet.

In diesem Sinne ist die Mindestvorgabe in § 11 Absatz 4 von 100 Minuten Sprechstundenzeiten pro Woche im Falle eines vollen Versorgungsauftrages eine geeignete Richtgröße, um in kurzer Zeit ein ausreichendes Angebot an Sprechstunden entstehen zu lassen. Auf eine Verpflichtung aller Psychotherapeuten zum Angebot von Sprechstunden und zur Erfüllung der damit verbundenen Mindestanforderungen, wie sie von der Patientenvertretung vorgeschlagen wird, kann daher verzichtet werden. Zugleich erscheint es sinnvoll, mit zwei Jahren nach Inkrafttreten der

neuen Regelung eine engere zeitliche Vorgabe zur Evaluation dieser Richtlinienänderung als die bislang vorgeschlagenen fünf Jahre vorzusehen, damit die Effekte der neuen Leistungen und die Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie auf die Versorgung frühzeitig überprüft und ggf. erforderliche Anpassungen zeitnah vorgenommen werden können.

Die BPtK schlägt daher vor, § 11 Absatz 17 wie folgt zu fassen:

(17) Die Psychotherapeutische Sprechstunde wird innerhalb von 2 Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen nach § 11 evaluiert.

Eine generelle Verpflichtung aller Psychotherapeuten zur Einrichtung von Sprechstunden, wie sie von der Patientenvertretung in § 11 Absatz 2 vorgeschlagen wird, scheint dabei auch mit Blick auf zum Teil bestehende Kooperationsbeziehungen von niedergelassenen Psychotherapeuten zu psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen sowie entsprechenden Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, aber auch zu Psychiatrischen Institutsambulanzen und niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie nicht zielführend. In diesen Fällen kann über die bestehenden Kooperationsbeziehungen ein schneller Zugang von Patienten zur ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung, beispielsweise nach einer stationären psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung, sichergestellt werden. Hier werden die gewünschten Steuerungsprozesse der Sprechstunde bereits über die zuweisenden Einrichtungen gewährleistet.

In diesem Sinne befürwortet die BPtK auch die Definition von Ausnahmen in § 11 Absatz 8 für Patientinnen und Patienten, die ohne vorherige Sprechstunde bei dem jeweiligen Psychotherapeuten erforderliche probatorische Sitzungen nach § 12 und eine Akutbehandlung nach § 13 beginnen können.

Hierbei sollten als weitere Ausnahme diejenigen Patientinnen und Patienten ergänzt werden, die bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten bereits zu einem früheren Zeitpunkt wegen einer psychischen Erkrankung gemäß § 26 Psychotherapie-Richtlinie eine Behandlung nach § 15 durchgeführt haben. So

wäre es beispielsweise bei Patientinnen und Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung oder mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht ziel führend, dass diese bei einer erneuten depressiven Episode oder einer erneuten Verschlechterung der psychopathologischen Symptomatik zunächst im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorstellig werden müssen, sondern dass sie mit ihrem psychotherapeutischen Behandlungswunsch direkt bei dem Vorbehandler im Rahmen der probatorischen Sitzung die Indikation für eine erneute psychotherapeutische Behandlung nach § 15 prüfen lassen können. Gleichfalls sollten als weitere Ausnahme diejenigen Patientinnen und Patienten ergänzt werden, die von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie oder Nervenheilkunde nach ausführlicher Diagnostik und Indikationsstellung überwiesen werden, auch wenn diese selbst keine Psychotherapeutische Sprechstunde gemäß § 11 anbieten.

In den Tragenden Gründen zu den Regelungen des § 11 Absatz 1 besteht zwischen der KBV und dem GKV-SV ein Dissens, ab wann die in Absatz 1 Satz 1 erforderliche Zeitnähe der Terminvergabe für die Sprechstunde gegeben ist. Während für den GKV-SV die erforderliche Zeitnähe jedenfalls dann gegeben ist, wenn eine Terminierung innerhalb von zwei Wochen ab dem Zeitpunkt der Kontaktaufnahme erfolgt, spricht sich die KBV hierbei für einen Zeitraum von vier Wochen aus. Dabei bleibt zunächst ungeklärt, was durch Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit den zugehörigen Tragenden Gründen konkret geregelt werden soll.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Regelungen zu den Terminservicestellen in Anlage 28 des Bundesmantelvertrages (BMV), die spätestens ab 1. Januar 2017 auch für die Vermittlung von Terminen der Psychotherapeutischen Sprechstunde tätig werden sollen, spricht sich die BPTK dafür aus, den Begriff „zeitnah“ im Sinne der Richtlinie analog der Regelung in § 2 Absatz 1 Satz 2 Anlage 28 BMV als Zeitraum zwischen erster Kontaktaufnahme und erstem Termin der Psychotherapeutischen Sprechstunde von maximal vier Wochen zu definieren („Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Termin darf vier Wochen nach Bekanntwerden des Vermittlungswunsches nicht überschreiten.“).

In § 11 Absatz 3 werden wesentliche Inhalte der Psychotherapeutischen Sprechstunde konkretisiert. Daher sollen an dieser Stelle auch diejenigen Regelungsinhalte des § 10 Absatz 2 aufgenommen werden, die in Absatz 3 noch nicht hinreichend ausformuliert sind. Aufgrund des inhaltlichen Zusammenhanges und der unklaren Bezugnahme auf die Regelung in Absatz 13 sollte dabei auch der Regelungsinhalt des Absatzes 10 integriert werden, welcher damit ersatzlos entfallen kann. Ungeachtet der Definition der Richtlinienpsychotherapie in § 1 Absatz 1, welche die Psychotherapeutischen Sprechstunden nicht umfasst, sind alle im Rahmen der Sprechstunde erbrachten Leistungen psychotherapeutische Tätigkeiten und sozialrechtlich zum Begriff der psychotherapeutischen Behandlung zu zählen (u. a. Diagnostik, Befundung, Aufklärung, Interventionen, Dokumentation, Empfehlungen zum weiteren Vorgehen).

Die BPtK schlägt daher vor, den Absatz 3 wie folgt zu fassen:

(3) Bei Verdacht auf eine seelische Krankheit findet im Rahmen der Sprechstunde eine Orientierende Diagnostische Abklärung (ODA) und, sofern erforderlich, eine Differenzialdiagnostische Abklärung (DDA) statt. Beide haben die Diagnostik vor Indikationsstellung für eine therapeutische Maßnahme zur Zielsetzung. Bei der ODA handelt es sich nicht um eine verfahrensgebundene Diagnostik zur Überprüfung der Eignung für ein Psychotherapieverfahren nach § 15, sondern um eine Abklärung vor der Indikationsstellung, die möglicherweise auch andere Maßnahmen zur Folge haben kann. Hierbei sollten in der Regel auch standardisierte diagnostische Instrumente eingesetzt werden. Die Ergebnisse der Diagnostik sind in die Information und Beratung der Patientin oder des Patienten einzubringen. Weiterhin erfolgen in der Sprechstunde die Abklärung des individuellen Behandlungsbedarfes, eine erste Diagnosestellung und Klärung, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung gemäß § 26 vorliegt, dementsprechende Behandlungsempfehlungen sowie, sofern erforderlich, eine kurze psychotherapeutische Intervention. Darüber hinaus sollen dem Patienten oder der Patientin, sofern erforderlich, Hinweise auf andere Hilfemöglichkeiten gegeben werden.

In Absatz 5 wird geregelt, dass als weitere Strukturanforderungen für das Angebot von Sprechstunden zur Terminkoordination eine telefonische persönliche Erreichbarkeit zu definierten und zu veröffentlichenden Zeiten zu gewährleisten ist. Diese soll im Falle eines vollen Versorgungsauftrages im Umfang von 5 Stunden pro Woche und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag entsprechend 2,5 Stunden pro Woche sichergestellt werden. Diese soll in Einheiten mit einer Mindestdauer von 25 Minuten umgesetzt werden.

Auch in Relation zu der Mindestanforderung von 100 Minuten Psychotherapeutischen Sprechstunden pro Woche, die zur Verfügung gestellt werden müssen, und vor dem Hintergrund der Möglichkeiten von elektronischen Terminbuchungssystemen erscheint ein Umfang von 5 Stunden, zu denen eine Psychotherapeutin oder

ein Psychotherapeut die telefonische persönliche Erreichbarkeit gewährleisten muss, zu hoch angesetzt und würde ggf. der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unnötig Behandlungskapazitäten entziehen. Die BPTK spricht sich daher dafür aus, Absatz 5 wie folgt zu fassen:

(5) Eine telefonische persönliche Erreichbarkeit zur Terminkoordination zu definierten und zu veröffentlichenden Zeiten ist zu gewährleisten; insgesamt ist bei einem vollen Versorgungsauftrag eine telefonische persönliche Erreichbarkeit durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin oder sein/ihr Praxispersonal von 3 Stunden pro Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten sicherzustellen. Entsprechend gelten 1,5 Stunden bei einem hälftigen Versorgungsauftrag.

In den Tragenden Gründen sollte hierzu weiterhin klargestellt werden, dass Stunden im Sinne der Richtlinie als Einheiten von 50 Minuten definiert sind. Dies erscheint zumindest vor dem Hintergrund der Definition der Mindestdauer einer Einheit in Höhe von 25 Minuten zielführend.

Hinsichtlich der Regelung in § 11 Absatz 15 begrüßt die BPTK, dass Patientinnen und Patienten künftig im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinien-therapie sowie eine schriftliche Rückmeldung zum Ergebnis der Sprechstunde erhalten sollen. Dies stellt einen wichtigen Baustein für eine angemessene Information und Beratung von Patientinnen und Patienten über die Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten sowie die Ergebnisse der diagnostischen Abklärung ihrer psychischen Beschwerden, der darauf aufbauenden Indikationsstellung und der Behandlungsempfehlungen einschließlich der Behandlungsalternativen dar. Eine solche allgemeine und individuelle Patienteninformation kann die Patientinnen und Patienten dabei besser in die Lage versetzen, gemeinsam mit dem Psychotherapeuten über das weitere Vorgehen zu entscheiden und auch im Behandlungsverlauf autonom auf die Ergebnisse der Sprechstunde zurückzugreifen.

Bereits aus dem Patientenrechtegesetz und den Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern ergibt sich, dass diese individuelle Patienteninformation

auch Bestandteil der Patientendokumentation gemäß § 37 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie sein muss. Die BPTK befürwortet dabei den Regelungsvorschlag der Patientenvertretung, dass die beiden Informationsblätter, nach entsprechender Entwicklung durch den G-BA, ggf. unter Hinzuziehung eines seiner Institute, per Beschluss der Richtlinie als Anlagen beigefügt werden. Dass die Entscheidungshoheit für die konkrete inhaltliche Ausgestaltung der Patienteninformationsblätter bzw. des entsprechenden Musters für die individuelle Patienteninformation beim G-BA verbleiben sollte, ergibt sich bereits mit Blick auf künftige Qualitätssicherungsverfahren im Bereich psychischer Erkrankungen. Der G-BA sollte hierfür in der Lage bleiben, die spezifischen Vorgaben zur Erfassung und Dokumentation von qualitätsrelevanten Informationen unmittelbar festlegen zu können. Dies bezieht sich neben den Vorgaben zur schriftlichen Dokumentation nach § 37 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie auch auf die spezifische Dokumentation der Ergebnisse der Sprechstunde.

Darüber hinaus zeigt der Vorschlag des GKV-SV, dass die zuständige Krankenkasse standardmäßig eine entsprechende Information über das Ergebnis der Sprechstunde erhalten soll, dass diese Beratungen besser im G-BA unter Beteiligung der Patientenvertretung geführt werden sollten, damit die besonderen Erfordernisse des Datenschutzes und der informationellen Selbstbestimmung des Patienten die gebotene Berücksichtigung erhalten.

Abschließend regt die BPTK aus Gründen der Übersichtlichkeit an, die Abfolge der Absätze in § 11 stärker an den Regelungsinhalten zu orientieren. In diesem Sinne könnten sich nach Absatz 1, der den Zweck der Sprechstunde skizziert, zunächst die Absätze 3, 11 und 15 anschließen, in denen inhaltliche Aufgaben und Leistungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde definiert werden. Im Anschluss daran könnten die Regelungen zu den Voraussetzungen und Strukturvorgaben für das Angebot von Psychotherapeutischen Sprechstunden folgen. Diese betrifft die Absätze 2, 5 und 14. Hieran könnten sich schließlich die Regelungen der Absätze anfügen, die stärker formale Aspekte der Abläufe im Kontext der Sprechstunden regeln. Hierzu zählen die Absätze 4, 6, 7, 8, 9, 13 und 16. Daran könnte sich wiederum die Regelung zur Evaluation der Sprechstunde in Absatz 17 anschließen.

VII. Einfügung § 12 „Probatorische Sitzungen“

Bislang waren Inhalt und Zielstellung der probatorischen Sitzungen in sehr verkürzter Form ausschließlich in der Psychotherapie-Vereinbarung definiert. Mit Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde ergibt sich eine besondere Notwendigkeit, die Inhalte, den Stellenwert und die Funktion der probatorischen Sitzungen systematisch und auch in Abgrenzung zu den Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde zu definieren. Die BPtK begrüßt die in § 12 Absatz 1 vorgeschlagene inhaltliche Definition der Leistungen der probatorischen Sitzungen im Sinne einer weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, weiterer differenzialdiagnostischer Abgrenzungen des Krankheitsbildes, einer weiteren Indikationsstellung sowie der Feststellung der Eignung für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren. Auch die Einschätzung der spezifischen Behandlungsprognose vor dem Hintergrund der Klärung der Therapiemotivation sowie der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit, aber auch der Abschätzung der persönlichen Passung und der Möglichkeit der Entwicklung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung sind zentrale Leistungen der probatorischen Sitzungen. Diese bilden die Grundlage, um zum Ende der probatorischen Sitzungen die Entscheidung über die indizierten weiteren Behandlungen nach entsprechender Information und Aufklärung des Patienten gemeinsam mit diesem zu treffen. Nach Auffassung der BPtK kann dabei die Formulierung „sowie der Verlässlichkeit“ ersatzlos gestrichen werden, da die relevante diagnostische Information bereits in der Klärung der Therapiemotivation und der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit inkludiert ist und der Begriff „Verlässlichkeit“ eine zu stark wertende Komponente im Sinne eines stabilen überdauernden Persönlichkeitsmerkmals besitzt.

§ 12 Absatz 2 kann dagegen entfallen, da dieser Absatz vor dem Hintergrund der Definition der Richtlinientherapie in § 1 Absatz 1 keinen eigenen neuen Regelungsinhalt besitzt. Ggf. könnte Absatz 1 Satz 1 dahingehend ergänzt werden, dass der Aspekt, dass probatorische Sitzungen der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie dienen, explizit mit aufgenommen wird:

§ 12 Absatz 1:

„Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren unter Berücksichtigung der Ausschlüsse gemäß § 26 Abs. 3 sowie der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie dienen.“

Die Regelungen zur Anzahl der bei einem Patienten erbringbaren probatorischen Sitzungen sehen im Vorschlag der KBV/PatV im Vergleich zur derzeit gültigen Richtlinie keine Änderungen des Umfangs vor, mit Ausnahme von zwei weiteren probatorischen Sitzungen, die künftig bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich durchgeführt werden können. Der Vorschlag des GKV-SV sieht dagegen als einheitlichen Standard exakt drei probatorische Sitzungen vor, der im Falle einer sich anschließenden psychotherapeutischen Behandlung nach § 15 zu erfüllen ist. Eine solche Vereinheitlichung der Anzahl durchzuführender probatorischer Sitzungen ist nicht sachgerecht, widerspricht den sehr unterschiedlichen Abklärungsbedarfen bei Patienten bei der Prüfung der konkreten Indikation für eine bestimmte Richtlinientherapie und konterkariert die Intention des Gesetzgebers, mit der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie eine Flexibilisierung des Therapieangebotes zu ermöglichen. Zugleich berücksichtigt der Vorschlag der KBV und der PatV nicht ausreichend, dass mit der Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde künftig in den probatorischen Sitzungen regelhaft auf die Ergebnisse der Sprechstunde aufgesetzt werden kann. Da die Sprechstundenleistungen vor Durchführung von probatorischen Sitzungen mindestens im Umfang von 50 Minuten erbracht worden sein müssen, hält es die BPtK für sachgerecht, die Zahl der zulässigen probatorischen Sitzungen im Vorschlag der KBV/PatV um jeweils eine Sitzung zu reduzieren. Eine Erweiterung des zulässigen Leistungsumfanges bei den probatorischen Sitzungen bei Kindern und Jugendlichen um zwei zusätzliche Sitzungen wird auch von der BPtK befürwortet, um den Besonderheiten in der psychotherapeutischen Behandlung in diesem Altersbereich und der häufig intensiveren Einbeziehung von Bezugspersonen angemessen Rechnung zu tragen.

Die BPtK schlägt daher vor, § 12 Absatz 3 wie folgt zu fassen:

(3) Vor einer ambulanten Psychotherapie finden bis zu 45 probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer bei Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und bis zu 78 probatorische Sitzungen bei analytischer Psychotherapie statt. Bei Kindern und Jugendlichen können darüber hinaus zwei weitere probatorische Sitzungen durchgeführt werden.

Kritisch erscheint dagegen die Formulierung in Absatz 4, dass bei Kindern und Jugendlichen auch die Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen möglich ist. Nach Auffassung der BPtK ist dies in § 9 bereits hinreichend ausgeführt und muss für die probatorischen Sitzungen nicht noch einmal spezifisch ausgeführt werden, da sich im Umkehrschluss ergeben würde, dass dies bei probatorischen Sitzungen mit erwachsenen Patienten nicht zulässig ist. Absatz 4 Satz 2 sollte daher ersatzlos gestrichen werden.

VIII. Einfügung § 13 „Psychotherapeutische Akutbehandlung“

Der Gesetzgeber hat den G-BA mit dem GKV-VSG beauftragt, in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes und hierbei insbesondere auch zur Förderung der Akutversorgung zu beschließen. Hierdurch soll ein zeitnaher Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung gewährleistet werden, insbesondere für diejenigen Patientinnen und Patienten, die wegen der besonderen Akuität und Schwere der psychischen Erkrankung und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen einer besonders zeitnahen Behandlung bedürfen.

In Absatz 1 des Beschlussesentwurfes werden insbesondere die Ziele der psychotherapeutischen Akutbehandlung definiert und beschrieben, sowie welche Maßnahmen der Akutbehandlung folgen können, falls diese nicht ausreichend sein sollte. Nicht sachgerecht erscheint in diesem Zusammenhang, dass die Akutbehandlung in Satz 1 lediglich als eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention

definiert wird. Die Definition als Intervention wird dabei der Komplexität der Akutbehandlung bei dieser spezifischen Patientengruppe nicht gerecht. Darüber hinaus erscheinen die in Satz 1 genannten Ziele der psychotherapeutischen Akutbehandlung nicht prioritär und sind nur begrenzt kompatibel mit der in den Tragenden Gründen genannten zeitlichen Vorgabe von 14 Tagen für den Beginn der Akutbehandlung nach Indikationsstellung. Eine frühzeitige Behandlung ist zwar generell sinnvoll, um Chronifizierungen von (psychischen) Erkrankungen zu vermeiden, hierfür sind jedoch Zeiten von bis zu zwei Wochen in der Regel nicht erfolgskritisch. Schließlich ist der Terminus der Fixierung psychischer Symptomatik unüblich und sollte bei Einführung einer neuen Leistung nicht als einer der zentralen Begriffe zur Beschreibung des Zieles dieser Leistung verwendet werden.

Als weiterer Anhaltspunkt für das Ziel der Akutbehandlung ergibt sich lediglich aus Satz 2, dass hierbei die Entlastung der Patienten von akuter Symptomatik mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln im Vordergrund steht. Satz 3 beschreibt dann konditional das Ziel der Akutbehandlung für den Fall, dass diese nicht ausreicht. In diesen Fällen sollen die Patienten entweder so stabilisiert werden, dass sie dann auf eine Behandlung nach § 15 vorbereitet werden können, wobei nicht deutlich wird, ob diese Vorbereitung auch in der Akutbehandlung stattfinden soll, oder dass den Patienten andere ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlungen empfohlen werden können.

Im Vergleich hierzu sind die Beschreibungen der Ziele und Maßnahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung in den Tragenden Gründen zu diesem Paragraphen weitaus präziser und eignen sich aus Sicht der BPTK deutlich besser für den Normtext der Richtlinie selbst. Hierbei werden folgende Merkmale benannt, die eine Indikation für die Akutbehandlung begründen und Hinweise geben auf die eigentlichen Ziele dieser Leistungen:

- Art und Akuität der psychischen Symptome, die einer zeitnahen psychotherapeutischen Behandlung bedürfen
- Akute psychische Krisen- und Ausnahmezustände
- Mögliche Selbst- und Fremdgefährdung

Neben den genannten Punkten sollten nach Auffassung der BPK als Ziele und Aufgaben der psychotherapeutischen Akutbehandlung ergänzend die Vermeidung stationärer und teilstationärer Behandlungen, die Reduktion der Fremd- und Selbstgefährdung sowie die Reduktion der psychosozialen Beeinträchtigungen aufgrund der psychischen Erkrankungen einschließlich der Arbeits- und Schulfähigkeit aufgenommen werden.

Die bislang in den Tragenden Gründen verortete Anforderung an den Beginn der Akutbehandlung spätestens 14 Tage nach Indikationsstellung im Rahmen der Sprechstunde, welche nochmals die besondere Dringlichkeit der Behandlung unterstreicht, sollte als ein wesentlicher Regelungsinhalt direkt in den Normtext der Richtlinie aufgenommen werden.

Da es sich bei der Akutbehandlung um ein zeitlich limitiertes Versorgungsangebot handelt, welches insbesondere bei akut und schwer psychisch kranken Patienten zum Einsatz kommen soll, bei denen ggf. eine Krankenhausbehandlung erforderlich werden kann und die an signifikanten Beeinträchtigungen leiden, ist eine regelmäßige Überprüfung der Indikation für intensivere Behandlungsmaßnahmen erforderlich. Bei Fortbestehen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung ist dabei aus der Akutbehandlung heraus eine möglichst nahtlose Anschlussbehandlung zu organisieren.

Aufgrund der Besonderheiten im Vorgehen und in der Zielsetzung der psychotherapeutischen Akutbehandlung ist es nicht sachgerecht, die im Rahmen der Akutbehandlung erbrachten Stunden auf die Therapiekontingente nach § 28 anzurechnen. Absatz 5 kann daher ersatzlos gestrichen werden. Mit Blick auf eine sich ggf. anschließende psychotherapeutische Behandlung nach § 15 ist die Möglichkeit vorzusehen, dass nach der Akutbehandlung probatorische Sitzungen durchgeführt werden können, dies aber nicht verpflichtend ist. In vielen Fällen werden Psychotherapeut und Patient aufgrund der diagnostischen Informationen und der gemeinsamen Behandlungserfahrung aus der Akutbehandlung in der Lage sein, die Indikation für eine Behandlung nach § 15 unter Berücksichtigung zu stellen. Die diagnostischen und Behandlungsinformationen aus der Akutbehandlung ermöglichen

es dabei zu beurteilen, ob eine ausreichende Therapiemotivation vorliegt, die Indikation für die Behandlung mit einem bestimmten Psychotherapieverfahren gegeben ist, eine günstige Therapieprognose besteht und eine ausreichende Passung zwischen Psychotherapeut und Patient im Sinne eines guten Arbeitsbündnisses vorhanden ist.

Die BPtK schlägt daher vor, § 13 wie folgt zu fassen:

- (1) *¹Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist auf eine kurzfristige Besserung und Entlastung der Patientin bzw. des Patienten ausgerichtet, die aufgrund der Art, Schwere und Akuität der psychischen Symptomatik und Erkrankungen eine besonders zeitnahe Behandlung benötigen. Sie strebt dabei keine umfassende Bearbeitung der zugrundliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung an, sondern dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände und der Vermeidung stationärer Behandlungen. Der Einschätzung der Selbst- und Fremdgefährdung und der Absprachefähigkeit der Patientin bzw. des Patienten ist dabei besonders Rechnung zu tragen. Darüber hinaus strebt die psychotherapeutische Akutversorgung die Vermeidung einer Verschlechterung und Chronifizierung der psychischen Symptomatik und die Reduktion der daraus resultierenden Beeinträchtigungen an, einschließlich der Schul- bzw. Arbeitsfähigkeit.*
- (2) *Die psychotherapeutische Akutbehandlung erfordert einen zeitnahen Behandlungsbeginn, der spätestens zwei Wochen nach Indikationsstellung im Rahmen der Sprechstunde zu erfolgen hat.*
- (3) *Kann im Rahmen der Akutbehandlung keine ausreichende Besserung erreicht werden, sodass weiterhin ein Behandlungsbedarf besteht, ist die Indikation für eine Psychotherapie nach § 15 sowie für andere ambulante, teilstationäre und stationäre Maßnahmen zu prüfen. Bei Indikation für eine sich an die Akutbehandlung anschließende Psychotherapie nach § 15 können probatorische Sitzungen entsprechend den Regelungen nach § 12 durchgeführt werden.*
- (4) *Die Akutbehandlung wird in der Regel als Einzelpsychotherapie durchgeführt. Die Akutbehandlung kann als Einzelpsychotherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens 24-mal im Krankheitsfall durchgeführt werden.*
- (5) *Die Akutbehandlung ist anzeigepflichtig gemäß § 32.*

IX. Einfügung § 14 „Rezidivprophylaxe“

Der G-BA wurde mit dem GKV-VSG beauftragt, in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes zu beschließen. Diese sollen insbesondere auch die Förderung der Rezidivprophylaxe zum Gegenstand haben, um damit – so die Gesetzesbegründung – eine optimierte psychotherapeutische Behandlung für chronisch kranke Patienten zu gewährleisten. Chronisch psychisch kranken Patienten bzw. Patienten mit rezidivierend auftretenden psychischen Erkrankungen sollen demnach auf flexiblere, für die individuelle Situation passgenaue Therapieangebote in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zurückgreifen können, um eine optimierte psychotherapeutische Behandlung zu erhalten.

Die BPtK begrüßt grundsätzlich, dass der G-BA mit dem vorliegenden Beschlussentwurf eine explizite Berücksichtigung der Rezidivprophylaxe in der Richtlinie vorsieht und diese in einem eigenen Paragraphen regelt. Auch ist den Aussagen des Absatzes 1 zuzustimmen, dass eine ambulante psychotherapeutische Behandlung nach § 15 besonders nachhaltig ist und sich durch sogenannte Carry-over-Effekte aus der psychotherapeutischen Behandlung im Sinne einer nachhaltigen Reduktion des Rückfallrisikos nach Beendigung einer Psychotherapie auszeichnet.

Entsprechend den Leitlinienempfehlungen, z. B. der NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al., 2015), erfolgt in den psychotherapeutischen Behandlungen regelhaft zur Stabilisierung des Therapieerfolges und zur Senkung des Rückfallrisikos nach Erreichen einer Remission der psychischen Erkrankung eine Erhaltungstherapie. Die Erhaltungstherapie, die generell zur Stabilisierung des Therapieerfolges und zur Verhinderung von Rückfällen im Anschluss an die Akutphase empfohlen wird, ist von der Rezidivprophylaxe zu unterscheiden, die im Gegensatz dazu nicht bei allen Patienten indiziert ist. Die Rezidivprophylaxe ist beispielsweise im Bereich der unipolaren Depression insbesondere bei Patienten indiziert, „die ein erhöhtes Risiko für ein Wiederauftreten der Depression aufweisen und/oder bei denen lebensgeschichtlich erworbene ungünstige, die Störung unterhaltende Einflussfaktoren und verminderte Bewältigungsressourcen vorliegen, die

zur Auslösung weiterer Krisen oder zur Chronifizierung beitragen können“. Insbesondere diejenigen Patienten mit mehreren zurückliegenden depressiven Episoden, einer chronischen depressiven Störung und die Patienten, die während dieser Episoden starke funktionelle Einschränkungen erlebten, bedürfen einer längerfristigen Weiterführung der Behandlung (Geddes et al., 2003; NICE, 2004).

Im Bereich der unipolaren Depression konnte gezeigt werden, dass durch eine psychotherapeutische Langzeitbehandlung eine Stabilisierung der in der Akutphase erzielten Behandlungseffekte und eine höhere Nachhaltigkeit erreicht werden kann (z. B. Frank et al., 1990; Fava et al., 2004). Eine zusätzliche psychotherapeutische Rezidivprophylaxe kann gemäß den Ausführungen der NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression vor allem nützlich sein, wenn:

- der Aufbau von Bewältigungsfertigkeiten indiziert ist;
- langfristige psychosoziale Belastungen vorliegen;
- die Remission einer vorher chronifizierten (> 2 Jahre) depressiven Störung vorliegt;
- Patienten für eine bestimmte Zeit frei von Medikation sein müssen;
- über die depressive Episode hinaus Störungen im Bereich der Beziehungen, der Selbst- oder der Gefühlsregulation vorliegen.

Nach Einschätzung der BPTK ist das Versorgungspotenzial durch spezifische Angebote der Rezidivprophylaxe und konsequente Nutzung der Erhaltungstherapie noch deutlich ausbaufähig.

In Absatz 2 des Beschlussentwurfs werden ausschließlich im Kontext der Langzeittherapie die Möglichkeiten des „Ausschleichens von Behandlungen“ zur Erhaltung der erreichten Ziele beschrieben, um damit zur Stabilisierung des Patienten und langfristigen Sicherung von Behandlungserfolgen beizutragen. Diese Möglichkeit des „Ausschleichens von Behandlungen“ beschreibt ein wirksames psychotherapeutisches Vorgehen, dessen explizite Aufnahme in die Richtlinie zu begrüßen ist. Sie stellt jedoch keine Verbesserung der bisherigen Versorgungssituation dar, da es bereits heute ein mit den Vorgaben der aktuell gültigen Fassung der Psychotherapie-Richtlinie vereinbares Vorgehen darstellt, welches in der Praxis entsprechend zum Einsatz kommt. Auch die in Absatz 4 vorgesehene Regelung,

dass die für die Rezidivprophylaxe vorgesehenen Stunden bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden können, stellt letztlich keine relevante Verbesserung der Versorgung dar, da hier vor allem der Ansatz des Ausschleichens der Behandlung unter Nutzung von bereits bewilligten Therapiestunden zum Tragen kommt. Zwar entfällt damit die Vorgabe, dass bei einer Therapiepause von mehr als einem halben Jahr eine Behandlung erneut zu beantragen ist, zugleich wird aber der Zeitraum, in dem die Rezidivprophylaxe (und ggf. auch Teile der Erhaltungstherapie) durchgeführt werden kann, auf einen Zwei-Jahres-Zeitraum begrenzt.

Psychotherapeutische Ansätze zur Vermeidung von Wiedererkrankungen, die beispielsweise den Einsatz von „Booster-Sessions“ vorsehen, gerade auch spezifisch im Zusammenhang mit Belastungssitzungen und mit einem größeren zeitlichen Abstand zur Akutbehandlung, lassen sich so nur begrenzt umsetzen. Dabei existiert eine Vielzahl von Evidenznachweisen bei unterschiedlichen psychischen Störungen für die Verbesserung von langfristigen Therapieergebnissen (insbesondere bei schwerer belasteten Patientengruppen) durch den Einsatz von sog. „Booster-Sessions“, die einem Wiederauffrischen von psychotherapeutisch erarbeiteten Bewältigungsmöglichkeiten nach dem Ende der Therapie entsprechen. Auch im Bereich der Angststörungen wurde der Einsatz von Booster-Sessions zur Rezidivprophylaxe erprobt, um die Behandlungserfolge zu stabilisieren und die Rezidivrate zu senken (bei Panikstörung: Brown et al., 1997; Brown u. Barlow, 1995; Clark et al., 1994; Margraf et al., 1993, bei GAD: Butler et al., 1991; bei sozialer Phobie: Clark et al., 2006; Mörtberg et al., 2006; Stangier et al., 2011).

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass der Umfang psychotherapeutischer Erhaltungstherapien, z. B. bei unipolarer Depression, sogar in empirischen Studien bei zehn bis 36 Sitzungen lag, verteilt über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten. Weiterhin kommen sowohl die Erhaltungstherapie als auch die Interventionen der Rezidivprophylaxe nicht nur bei Langzeittherapien, sondern auch bei Kurzzeittherapien zum Einsatz. Eine Beschränkung der Zulässigkeit der Rezidivprophylaxe auf die Patientengruppe, die eine Langzeittherapie erhalten hat, stellt somit eine fachlich nicht gebotene Einschränkung des psychotherapeu-

tischen Therapieangebotes für chronisch bzw. rezidivierend kranke Patienten gerade keine Flexibilisierung dar. So kann ein Patient mit einer dritten depressiven Episode ggf. von einer Kurzzeittherapie ausreichend profitiert haben, sodass auch eine Stabilisierung des Behandlungserfolges über einen bestimmten Zeitraum erreicht werden konnte. Dennoch bedürfte dieser Patient wegen des erhöhten Risikos, eine weitere depressive Episode zu erleiden, voraussichtlich einer Rezidivprophylaxe, gerade auch in bestimmten Risikokonstellationen in deutlichem zeitlichen Abstand zum Ende der Therapie.

Auch die Vorgaben in Absatz 3 zur Kontingentierung der Sitzungen für eine Rezidivprophylaxe können unter fachlichen Gesichtspunkten nicht nachvollzogen werden. Der erforderliche zeitliche Umfang der Rezidivprophylaxe lässt sich gerade nicht aus der Stundenzahl der erfolgten Behandlung ableiten, sondern ist bei dem Patienten individuell vor dem Hintergrund der spezifischen Fallkonstellation, der ggf. vorhandenen Residualsymptomatik und der Belastungsfaktoren einzuschätzen. Auch die Vorgabe in Absatz 3, dass die Beantragung einer alleinigen Rezidivprophylaxe nicht zulässig ist, kann vor dem Hintergrund der einschlägigen Leitlinienempfehlungen nicht nachvollzogen werden. Wenn bei Ausschöpfung des bislang bewilligten Kontingentes eine Erhaltungstherapie abgeschlossen worden ist und nur noch eine Rezidivprophylaxe indiziert ist, muss es möglich sein, die hierfür erforderlichen Behandlungsstunden beantragen zu können.

Zumal es unter fachlichen Gesichtspunkten auch nicht nachvollziehbar ist, warum bereits zu Behandlungsbeginn in dem Antrag zur Langzeittherapie sehr spezifische Aussagen zur erforderlichen Stundenzahl der Rezidivprophylaxe getroffen werden sollen bzw. wie eine solche Einschätzung zu einer Situation, die voraussichtlich erst in über einem Jahr eintreten wird, überhaupt fachlich begründet möglich sein soll. Der konkrete Behandlungsverlauf einschließlich Zeitpunkt der vollständigen Remission einer Erkrankung, des Beginns und des Endes der Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe kann unmöglich bereits zu Behandlungsbeginn detailliert vorhergesagt werden. Vielmehr sind im Behandlungsverlauf immer wieder Indikationsentscheidungen für das konkrete psychotherapeutische Vorgehen in Abhängigkeit des bisherigen Behandlungsverlaufes und der individuellen Problemlagen des Patienten zu treffen.

Insgesamt führen die Vorgaben des § 14 zur Rezidivprophylaxe zu zahlreichen bürokratischen Regelungen, die mit keinem patientenrelevanten Nutzen verbunden sind und die keine Flexibilisierung des Therapieangebotes und keine Optimierung der psychotherapeutischen Behandlung für chronisch kranke Patienten bedeuten. Patienten, die aufgrund der ausgeprägten Chronizität der Erkrankung oder dem besonderen Risiko für eine Wiedererkrankung eine langfristige Anbindung benötigen, z. B. Patienten mit psychotischen Erkrankungen, bipolaren Störungen, Autismusspektrumsstörungen, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen oder Borderline-Persönlichkeitsstörung sollte zeitnah eine flexible, an den Leitlinien orientierte Behandlung auch nach Abschluss einer psychotherapeutischen Behandlung angeboten werden können. Dies würde auch helfen, bei Patienten unnötige stationäre Aufenthalte zu vermeiden und eine ausreichende Versorgung dieser Patienten im ambulanten Setting gewährleisten zu können. Daher schlägt die BPtK vor, den § 14 zur Rezidivprophylaxe wie folgt zu fassen:

- (1) *Psychotherapie nach § 15 beinhaltet grundsätzlich auch eine Erhaltungstherapie zur weiteren Stabilisierung eines erreichten Behandlungserfolges. Im Rahmen der Erhaltungstherapie kommen auch spezifische Konzepte und Interventionen zum Einsatz, die der Stärkung der Bewältigungsfähigkeiten der Patientin oder des Patienten für den Umgang mit kritischen Lebensereignissen und Belastungen dienen, um das Risiko für Rückfälle oder erneute Krankheitsepisoden zu reduzieren.*
- (2) *¹Die Rezidivprophylaxe kann nach Abschluss einer psychotherapeutischen Behandlung nach § 15 durchgeführt werden. ²Sie dient der längerfristigen Stabilisierung und Vermeidung eines erneuten Auftretens oder einer erneuten Verschlechterung der Symptomatik psychischer Erkrankungen, die mit dem besonderen Risiko des Auftretens von weiteren Krankheitsepisoden verbunden sind.*
- (3) *¹Sie kann durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten, die bzw. der die psychotherapeutische Behandlung nach § 15 bei der Patientin oder dem Patienten durchgeführt hat, insbesondere auch dann eingesetzt werden, wenn erneut erste Anzeichen einer weiteren Episode einer psychischen Erkrankung oder einer Verschlechterung einer persistierenden Symptomatik auftreten oder wenn bei der Patientin oder dem Patienten mit einer entsprechenden Krankheitsvorgeschichte akute psychosoziale oder somatische Belastungen auftreten, die das Risiko für einen ungünstigen Krankheitsverlauf deutlich erhöhen.*

- (4) *Die Rezidivprophylaxe kann als Einzelpsychotherapie in Einheiten von 25 Minuten höchstens 30-mal im Krankheitsfall durchgeführt werden.*
- (5) *Die Rezidivprophylaxe ist anzeigepflichtig gemäß § 32.*

X. Änderung § 20 „Anwendungsformen“

Die BPtK begrüßt die unter Punkt 2 vorgenommene Korrektur, die dem Ziel dient, dass die Indikationsstellung für eine Behandlung im Gruppensetting nicht strenger ausgelegt wird als die Indikation für eine Behandlung im Einzelsetting. Hierfür ist es angemessen, darauf abzustellen, dass eine Gruppenpsychotherapie bzw. die damit verbundene Interaktion zwischen mehreren Patientinnen und Patienten therapeutisch förderlich ist. Auch die redaktionellen Änderungen in § 20, bei denen der Begriff „Kranke“ durch den Begriff „Patienten“ ersetzt wurde, sind im Sinne einer weniger stigmatisierenden Sprache zu begrüßen. In diesem Zusammenhang sei noch darauf hingewiesen, dass unter anderem an diesen Stellen noch eine Anpassung im Sinne einer geschlechtergerechten Formulierung nachzuholen ist.

Hinsichtlich der Änderung und Vereinheitlichung der Gruppengrößen ist zunächst die Erweiterung des Spektrums der zulässigen Gruppengröße in den psychoanalytisch begründeten Gruppenpsychotherapien auf drei bis neun Patienten zu begrüßen.

Dagegen kann die Begründung für die Anpassung bei der Vorgabe der zulässigen Gruppengröße in der Verhaltenstherapie nicht nachvollzogen werden. Es ist sicherlich zutreffend, dass sich die Verhaltenstherapie seit ihrer Aufnahme in die Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 1987 auch im Bereich der Gruppenpsychotherapie umfänglich weiterentwickelt hat. Allerdings sind weder das Argument der geeigneten Gruppengröße, die es braucht, damit die spezifischen Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie ihre Wirksamkeit entfalten können, noch der Hinweis auf die fehlenden Studien zu Behandlungsgruppen mit nur zwei Gruppenteilnehmern stichhaltig. Alle genannten Wirkfaktoren wie Rückmeldung erhalten, annehmen und geben, Unterstützung, Altruismus, Modelllernen, Rollenspiele lassen sich auch in einer Kleingruppe mit zwei Patienten realisieren. Dass sich in der Literatur

keine Publikationen zur Gruppenpsychotherapie finden lassen, bei der die Gruppe spezifisch für nur zwei Personen konzipiert und durchgeführt wurde, lässt sich auch dadurch erklären, dass für dieses Kleingruppenformat mit nur zwei Teilnehmern kein zusätzlicher Nutzen gegenüber einer Gruppe aus drei oder vier Patienten erwartet wird und die Durchführung einer solchen Kleingruppe zugleich weniger ökonomisch für den Psychotherapeuten und die Studienautoren ist.

Für die ambulante psychotherapeutische Versorgung und die Förderung der Gruppenpsychotherapie wäre der Erhalt der aktuell gültigen Regelung jedoch hilfreich, weil diese es ermöglicht, dass eine Gruppenpsychotherapie mit einer Gruppengröße von drei oder vier Teilnehmern auch dann stattfinden kann, wenn ein bzw. zwei Gruppenmitglieder an einem Sitzungstermin nicht teilnehmen können. Darüber hinaus ist es bei Kleingruppen von zwei bis vier Patienten eher möglich, indikationsspezifische Gruppenpsychotherapie auch bei selteneren psychischen Erkrankungen durchzuführen, zum Beispiel für Patienten mit Autismusspektrumsstörungen, Geschlechtsdysphorie oder bei Patienten, bei denen psychotherapeutisch begleitete Expositionsübungen in der Gruppe indiziert sind. In diesen Fällen ist nicht zu erwarten, dass die Wirksamkeit der Behandlung durch die geringe Gruppengröße substantiell beeinträchtigt wird. Darüber hinaus ergeben sich hieraus keine ökonomischen Fehlanreize in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Die BPTK spricht sich daher dafür aus, dass zumindest für die Verhaltenstherapie die zulässige Gruppengröße auf den Bereich zwischen zwei und neun Patienten definiert wird.

XI.Änderung § 21 „Kombination von Anwendungsformen“

Die BPTK begrüßt, dass mit Einführung des neuen Absatzes 3 klargestellt wird, dass bei einer Änderung des Behandlungssettings während einer laufenden Kurzzeittherapie diese Änderung der Krankenkasse lediglich anzuzeigen ist. Inwieweit dies jedoch tatsächlich eine substantielle Flexibilisierung des Therapieangebotes und eine Förderung der Gruppenpsychotherapie bedeutet, hängt von der Regelung zum Antrags- bzw. Anzeigeverfahren bei der Kurzzeittherapie ab.

Uneindeutig erscheint der Regelungsinhalt der Einschränkung im Nebensatz von Satz 1, dass dies nicht gilt im Falle des Überschreitens des bewilligten Stundenkontingentes. Satz 2 sagt bereits, dass bei Langzeittherapie weiterhin ein Änderungsantrag zu stellen ist, wenn im Verlauf der Behandlung der Wechsel des Behandlungssettings geplant ist. Da ein Überschreiten des bewilligten Stundenkontingentes entweder den Wechsel von Kurzzeit- zu Langzeittherapie oder ein Überschreiten eines bereits bewilligten Stundenkontingentes innerhalb der Langzeittherapie bedeutet und in diesen Fällen ohnehin ein Antragsverfahren zum Tragen kommt, bei dem auch die Änderung des Settings zu beantragen wäre, wird nicht klar, für welche zusätzliche Fallkonstellation hier geregelt werden soll, dass hier weiterhin ein Änderungsantrag erforderlich sein soll.

Darüber hinaus befürwortet die BPtK, auch in der Langzeittherapie die Möglichkeiten des Wechsels des Behandlungssettings zu erleichtern und auch hier lediglich eine Änderungsanzeige für den Fall der Änderung des Behandlungssettings vorzusehen, damit Psychotherapeuten flexibler und bürokratieärmer auf den individuellen Behandlungsverlauf und die sich ggf. verändernde Bereitschaft des Patienten reagieren und fachlich indizierte Änderungen, z. B. zur Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie, zeitnah umsetzen können.

XII. Änderung § 27 „Behandlungsumfang und -begrenzung“

Unter fachlichen Gesichtspunkten ist es zwingend erforderlich, dass psychotherapeutische Behandlungen von Patientinnen und Patienten, bei denen z. B. wegen der Schwere der Erkrankung und der resultierenden Beeinträchtigungen, der Komorbidität oder der psychosozialen Belastungen eine Langzeittherapie indiziert ist, auch unmittelbar als Langzeittherapie beantragt werden können. Dabei wird es weiterhin die Fallkonstellation geben, dass in Ausnahmefällen nach den probatorischen Sitzungen noch nicht mit ausreichender Sicherheit der Behandlungsumfang, die Behandlungsfrequenz, das Behandlungssetting und die verfahrensspezifische Indikation festgelegt werden kann. Diese Festlegung sollte dann bei entsprechender Empfehlung des Gutachters erst nach einer Probetherapie erfolgen. Absatz 1 Satz 2 sollte daher nicht gestrichen werden, sondern wie folgt gefasst werden:

„In Ausnahmefällen, in denen der Behandlungsumfang ~~und~~, die Behandlungsfrequenz, das Behandlungssetting und die verfahrensspezifische Indikation zu Beginn der Behandlung nicht mit ausreichender Sicherheit festgelegt werden kann, soll die Festlegung nach einer Probetherapie erfolgen.“

Hinsichtlich der Regelung in § 27 Absatz 3 verweisen wir an dieser Stelle auf den Vorschlag der BPtK, der unter XIII. Änderung § 28 „Therapieansätze in den Verfahren nach § 15“ dargestellt und erläutert wird.

Die neu eingefügte Regelung in § 27 Absatz 4 bezieht sich auf die intensive Einbeziehung von engen Bezugspersonen im Rahmen der verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologisch fundierten Einzelpsychotherapie, die auch in Doppelstunden durchgeführt werden kann. Aus Sicht der BPtK sollte auch bei dieser Regelung die Möglichkeit der intensiven Einbeziehung von engen Bezugspersonen nicht von vorneherein auf die Partnerin, den Partner und Familienmitglieder beschränkt werden.

Die BPtK schlägt daher vor, Absatz 4 wie folgt zu ändern:

„(4) Im Rahmen der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und Verhaltenstherapie können Behandlungen als Einzelpsychotherapie der Indexpatientin oder des Indexpatienten auch in Doppelstunden bei intensiver Einbeziehung von ~~Partnerin oder Partner oder Familie~~ engen Bezugspersonen durchgeführt werden. Bei der Psychotherapie von Erwachsenen werden die entsprechenden Stunden auf das Gesamtkontingent angerechnet.“

In Absatz 5 wird für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie festgelegt, in welchen Fällen diese als Einzelpsychotherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden kann. Eine Beschränkung auf die Methode der niederfrequenten Therapie in einer längerfristigen, haltgewährenden therapeutischen Beziehung als Sonderform der

tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist dabei aus Sicht der BPtK nicht zielführend und würde für dieses Psychotherapieverfahren eine flexible Ausgestaltung der Behandlung entsprechend den individuellen Behandlungserfordernissen des Patienten verhindern. Auch eine Erweiterung dieser Regelung um die Kurzzeittherapie wie im Vorschlag des GKV-SV bzw. im Vorschlag der KBV zu § 28 Ziffer 1 würde dem nicht ausreichend Rechnung tragen. Die BPtK spricht sich daher dafür aus, Absatz 5 zu streichen und in Absatz 6 (der zu Absatz 5 wird) das Wort „kann“ durch die Wörter „und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie können“ zu ersetzen.

XIII. Änderung § 28 „Therapieansätze in den Verfahren nach § 15“

In § 27 Absatz 1 (alt § 23) wird dargelegt, dass *„es sowohl unter therapeutischen als auch unter wirtschaftlichen Aspekten erforderlich ist, nach Klärung der Diagnose und Indikationsstellung vor Beginn der Behandlung den Behandlungsumfang und die Behandlungsfrequenz festzulegen, damit sich die Patientin oder der Patient und die Therapeutin oder der Therapeut darauf einrichten können.“* Diese Regelung der Psychotherapie-Richtlinie soll gemäß Beschlussentwurf zu Recht auch weiterhin Bestand haben.

Eine Flexibilisierung des psychotherapeutischen Therapieangebotes, wie vom Gesetzgeber gefordert, muss beinhalten, dass Patienten künftig noch stärker als bisher ein ihren individuellen Behandlungsbedürfnissen entsprechendes Behandlungsangebot erhalten können. Das muss für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen und psychosozialen Belastungen oder weiteren behandlungsbedürftigen komorbiden psychischen Erkrankungen bedeuten, dass sie nach entsprechender diagnostischer Abklärung und Indikationsstellung ein Behandlungsangebot der erforderlichen Dauer und Frequenz sowie der gebotenen Komplexität erhalten können. So sollten beispielsweise Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei denen ggf. eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie indiziert ist, direkt im Rahmen einer Langzeittherapie behandelt werden können. Zahlreiche klinische Studien zur psychotherapeutischen

Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung sehen in diesem Sinne Behandlungsdauern vor, die der Langzeittherapie entsprechen (u. a. Amianto et al., 2011; Bateman et al., 1999, 2009; Cottraux et al., 2009; Doehring et al., 2010; Giesen-Bloo et al., 2006; Harned et al., 2014; Jorgensen et al., 2013; Leppanen et al., 2015; Linehan et al., 2006; Nadort et al., 2009; Priebe et al., 2012). Auch bei vielen anderen Krankheitsbildern gibt es gute Belege dafür, dass aufgrund der Schwere der Erkrankungen und dem Grad der Beeinträchtigung längere Behandlungen erforderlich sind, um ausreichende Therapieeffekte erreichen zu können (Altmann et al., 2014; Lock et al., 2005; Knekt et al., 2016; Leichsenring et al., 2008, 2013; Perry et al., 1999, Stiles et al., 2015). Im Zusammenhang mit der Entwicklung der NICE-Leitlinie zu Zwangsstörungen konnte beispielsweise gezeigt werden, dass die Anzahl der Therapiestunden pro Patient signifikant die Wirksamkeit der Intervention vorhersagt. In der Leitlinie wurde der Schluss gezogen, dass eine Dosis-Wirkungs-Beziehung besteht und Therapien, die mehr als 30 Stunden umfassen, bessere Ergebnisse erbringen als kürzere Therapien (NICE, 2006). Auch bei Posttraumatischen Belastungsstörungen, insbesondere bei multiplen Traumatisierungen und Formen der komplexen PTBS, sind regelhaft längere Behandlungsdauern erforderlich und die betroffenen Patientinnen und Patienten benötigen einen gesicherten Behandlungsrahmen, um sich auf eine traumafokussierte Behandlung einlassen und ausreichend profitieren zu können (Flatten et al., 2011). Ferner legt auch die NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression dar, dass psychotherapeutische Behandlungen längerer Dauer, bei denen eine Erhaltungstherapie über einen Zeitraum von acht bis 12 Monaten nach Abschluss der Akuttherapie fortgeführt wurde, bessere Behandlungsergebnisse und geringere Rückfallraten bewirken (de Jong-Meyer et al., 2007; DGPM, 2002; Oestergaard & Møldrup, 2011; DGPPN et al., 2015).

Die Strukturreform der ambulanten Psychotherapie sollte daher im Ergebnis dazu führen, dass die Möglichkeiten der passgenauen individuellen Indikationsstellung und Zuweisung zu dem bisherigen Spektrum der Richtlinien-therapie von Kurzzeittherapie im Einzel- oder Gruppensetting, der Langzeittherapie im Einzel- oder Gruppensetting und der Langzeittherapie in der Kombination aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie unvermindert fortbestehen, aber um weitere flexible An-

gebote wie die Sprechstunde oder die psychotherapeutische Akutbehandlung ergänzt werden. Der Vorschlag der KBV zur Änderung des § 28 wird dieser Vorgabe weitgehend gerecht, während der Vorschlag des GKV-SV eine weitere Engführung und Standardisierung der Behandlungsangebote zum Ziel hat.

So schlägt der GKV-SV vor, dass alle Behandlungen, losgelöst von der Schwere und Komplexität der Erkrankungen und der daraus resultierenden Behandlungsbedarfe, grundsätzlich als Kurzzeittherapie begonnen werden. Dabei ist die vom GKV-SV vorgeschlagene Aufteilung der Kurzzeittherapie in zwei Abschnitte à 12 Sitzungen willkürlich und wird nicht von belastbarer Evidenz gestützt. Der GKV-SV rekurriert hierzu in den Tragenden Gründen auf die Dosis-Wirkungs-Forschung im Bereich der Psychotherapie und verweist unter Bezugnahme auf einen Review von Hansen, Lambert und Forman (2002) darauf, dass den Ergebnissen der Dosis-Wirkungs-Studien zu entnehmen sei, dass zwischen 57 und 67 Prozent der Patienten nach durchschnittlich 12,7 Sitzungen ambulanter Psychotherapie eine signifikante Besserung erreicht hätten. Dagegen berichten dieselben Autoren in ihrer Publikation aus dem Jahr 2003, dass durchschnittlich 15 bis 19 Sitzungen erforderlich seien, damit 50 Prozent der Patienten eine klinisch bedeutsame Besserung erreichen (Hansen & Lambert, 2003).

Unabhängig davon unterstellt der Ansatz unzutreffender Weise, dass aus diesen Ergebnissen der Dosis-Wirkungs-Forschung in der Psychotherapie zu Response-raten im zeitlichen Verlauf Empfehlungen von Therapiedauern abgeleitet werden könnten. Dabei wird hier nur beschrieben, nach welcher Behandlungszeit ein bestimmter Anteil von Patienten eine klinische relevante Besserung erreicht hat. Dies bedeutet allerdings weder, dass die Patienten eine vollständige Remission ihrer Erkrankung erreicht haben, geschweige denn dass diese Patienten eine ausreichend lange Erhaltungstherapie erhalten haben, um langfristig stabile Behandlungsergebnisse zu erzielen und das Rückfallrisiko wirksam zu senken. Die Relevanz einer ausreichenden Behandlung bis zur vollständigen Remission ist vielfach in Studien gezeigt worden (z. B. Kühner et al., 2013) und spiegelt sich auch in den entsprechenden Leitlinienempfehlungen wider (z. B. NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression). Darüber hinaus wird dieser Ansatz den Behandlungsbedarfen mit einer exklusiven Fokussierung auf die Symptombelastung nicht gerecht. Anderen

patientenrelevanten Outcomes, die im Vergleich der Symptomverbesserung typischerweise eine langsamere Entwicklung nehmen, insbesondere interpersonelle Probleme, Beeinträchtigung der psychosozialen Funktionen und Lebensqualität, ist bei der Frage nach angemessenen Behandlungsdauern als weiteren wesentlichen Dimensionen zwingend Rechnung zu tragen. Schließlich sei darauf hingewiesen, dass die Behandlungsverläufe und Veränderungskurven der Symptombelastung und des Funktionsniveaus zwischen den Patienten variabel sind und Patienten mit einer initialen deutlichen Besserung und einer längeren „Platteauphase“ häufig weitere Verbesserungen in der späteren Phase der Therapie erzielen können, während andere einen langsameren, kontinuierlichen Heilungsprozess zeigen (Owen et al., 2015).

Letztlich verursacht der Ansatz des GKV-SV, die Kurzzeittherapie in zwei anzeigepflichtige Abschnitte à 12 Sitzungen aufzuteilen, lediglich einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand durch eine zusätzliche zweite Anzeige bei den Krankenkassen, dass die sogenannte KZT 2 begonnen wird. Diese Untergliederung mit zusätzlichem bürokratischen Aufwand ist mit keinerlei weiteren Konsequenzen, geschweige denn einer fachlich sinnvollen Steuerungswirkung verbunden. Sie steht damit auch im Widerspruch zu dem gesetzlichen Auftrag des GKV-VSG, das Antrags- und Gutachterverfahren zu vereinfachen.

Dabei zeigen die Abrechnungsdaten zur Kurzzeittherapie sehr deutlich, dass eine solche Unterteilung in zwei Abschnitte à 12 Sitzungen weder erforderlich noch zweckmäßig ist (Multmeier, 2014). Zum einen werden die bewilligten Stundenkontingente in der Kurzzeitpsychotherapie bei den meisten Patienten nicht vollständig ausgeschöpft, sondern die Behandlungsdauern variieren in der Versorgungspraxis ganz erheblich. Vieles spricht dafür, dass die Behandlungsdauern dem individuellen Bedarf des Patienten angepasst werden und sich nicht an den Kontingentgrenzen orientieren. Zum anderen benötigen die meisten Patienten auch in der Kurzzeittherapie mehr als 12 Sitzungen. Nach einer Auswertung der KBV liegt der Median für Kurzzeittherapien in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bei 20 Sitzungen. Schließlich erschwert die Aufteilung in zwei Abschnitte eine flexible, an den individuellen Behandlungsbedarfen orientierte Behandlungsplanung.

So wäre beispielsweise eine prolongierte Exposition im Rahmen einer mehrstündigen verhaltenstherapeutischen Sitzung um die 12. Sitzung aufgrund des erneuten Anzeigeverfahrens erschwert.

Die BPtK befürwortet daher insgesamt hier den Regelungsvorschlag der KBV.

Allerdings hält die BPtK ergänzend weitere Maßnahmen zur Förderung der Gruppenpsychotherapie für erforderlich, welche an dieser Stelle verortet werden können. In den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf wird auf Seite 33 aufgelistet, in welchen Regelungszusammenhängen die Zielsetzung des Gesetzgebers zur Förderung der Gruppenpsychotherapie aufgegriffen wurde. Mit Ausnahme der Regelung im § 34 zum Wegfall der Gutachterpflicht für Kurzzeittherapie im Gruppensetting werden mit den aufgelisteten Änderungen lediglich einzelne kleinere Details des Regelungsrahmens für die Gruppenpsychotherapie adressiert, die voraussichtlich nicht geeignet sein dürften, um eine wesentliche Erhöhung des Anteils an gruppenpsychotherapeutischen Leistungen am ambulanten psychotherapeutischen Leistungsgeschehen insgesamt zu bewirken. Um die Rahmenbedingungen der Gruppenpsychotherapie im Antrags- und Genehmigungsverfahren maßgeblich zu verbessern, spricht sich die BPtK daher dafür aus, dass bei Beantragung einer Langzeittherapie als Gruppenpsychotherapie und bei Umwandlung einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie als Gruppenpsychotherapie das Gutachterverfahren nicht obligatorisch vorgeschrieben wird. Dies würde es den Gruppenpsychotherapeutinnen und Gruppenpsychotherapeuten ermöglichen, auch schwerer beeinträchtigten Patienten, die einer längeren Behandlung bedürfen, niederschwelliger ein bedarfsangemessenes Angebot der Langzeittherapie im Gruppensetting zu unterbreiten, ohne dabei regelhaft den erheblichen Zusatzaufwand der umfassenden Berichtspflicht gegenüber dem Gutachter tragen zu müssen. Gerade bei dieser Patientengruppe, die von einer Langzeittherapie im Gruppensetting profitieren kann, stellt das Einsetzen des Gutachterverfahrens nach der Kurzzeittherapie in der gruppenpsychotherapeutischen Versorgung eine vermeidbare Barriere dar. Erfahrungen aus IV-Verträgen, bei denen auf das Gutachterverfahren für die Gruppenpsychotherapie verzichtet wurde, zeigen, dass durch solche Maßnahmen der Anteil gruppenpsychotherapeutischer Leistungen ganz erheblich

gesteigert werden kann (Schütz, 2013). Die Effekte der vorgeschlagenen Aufhebung des Gutachterverfahrens für die Langzeittherapie als Gruppenpsychotherapie auf die Inanspruchnahme der Gruppenpsychotherapie sollte dann analog der bereits beschlossenen Evaluation nach § 21 Absatz 4 ebenfalls geprüft und evaluiert werden.

Die BPtK schlägt daher vor, innerhalb des Regelungsvorschlages der KBV zu § 28 eine neue Ziffer 3 einzufügen und einen Absatz 2 zu ergänzen:

(1) Folgende Therapieansätze sind möglich:

- 1. Kurzzeitpsychotherapie bis zu 25 Stunden als Einzelpsychotherapie in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und in der Verhaltenstherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (Antragsverfahren);*
- 2. Kurzzeitpsychotherapie bis zu 25 Stunden als Gruppenpsychotherapie (Antragsverfahren);*
- 3. Langzeitpsychotherapie als Gruppenpsychotherapie (Antragsverfahren);*
- 4. Langzeitpsychotherapie mit einer Stundenzahl nach § 29, die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Psychotherapieverfahren in der Antragsbegründung festzulegen ist (Antragsverfahren mit Begutachtung);*
- 5. Die Umwandlung einer Kurzzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie in die Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie muss bis zur zwanzigsten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt und zugleich das Gutachterverfahren eingeleitet werden;*
- 6. Probepsychotherapie als Bestandteil der Langzeitpsychotherapie auf Antrag oder nach Empfehlung der Gutachterin oder des Gutachters für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie bis zu 25 Stunden, für Verhaltenstherapie bis zu 15 Stunden (Antragsverfahren mit Begutachtung).*

- (2) *Der G-BA überprüft innerhalb von 4 Jahren nach Inkrafttreten der Regelung deren Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der Gruppenpsychotherapie.*

Als Folge des Regelungsvorschlages ergeben sich dann auch Anpassungsnotwendigkeiten bei § 27 Absatz 3, § 33 Absatz 1 und Absatz 3 und § 34:

§ 27 Behandlungsumfang und -begrenzung

- (3) *Die Psychotherapiestunde im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie umfasst mindestens 50 Minuten. Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie entsprechen die zur Verfügung gestellten Kontingente und die Regelungen des Antragsverfahrens nach § 33 denen der überwiegend durchgeführten Anwendungsform.*

§ 33 Antragsverfahren

- (1) *¹Die Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie nach § 15 erfolgt durch die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten. ²Zu diesem Antrag teilen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor der Behandlung der Krankenkasse die Diagnose mit, begründen die Indikation und beschreiben Art und Umfang der geplanten Psychotherapie. ³Wird ein Antrag auf Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie gestellt oder soll eine Kurzzeittherapie als Einzelpsychotherapie in eine Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie umgewandelt werden, so soll dieser Antrag neben den Angaben zu Diagnose, Indikation sowie Art, Umfang, Frequenz und Prognose der geplanten Psychotherapie auch einen fallbezogenen Behandlungsplan enthalten (Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter). ⁴Die Krankenkasse hat über einen Antrag nach Satz 1 spätestens mit Ablauf von 3 Wochen, über einen Antrag nach Satz 3 spätestens mit Ablauf von 5 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. ⁵Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten,*

etwa weil der Antrag ergänzungs- oder klarstellungsbedürftig ist, oder der Sachverhalt eine überdurchschnittliche Komplexität aufweist, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung hinreichender Gründe und Übermittlung eines angemessenen neuen Entscheidungstermins rechtzeitig schriftlich mit. ⁶Erfolgt bis zum Ablauf der Frist nach Satz 4 keine solche Mitteilung oder verstreicht der neue Entscheidungstermin nach Satz 5 fruchtlos, gilt die beantragte Leistung als zur Erbringung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Sinne dieser Richtlinie genehmigt, dies gilt nicht für Leistungen, die nicht nach dieser Richtlinie zulasten der Krankenkassen erbracht werden können.

(1a) ...

(2) ...

(3) ¹Ist die Psychotherapie gemäß § 28 Absatz 1 Nummer 12 und 23 mit den dort festgelegten Leistungen nicht erfolgreich abzuschließen und soll die Psychotherapie deshalb fortgesetzt werden, bedarf es eines Antrages auf Feststellung der Leistungspflicht. ²Sofern ein Gutachter mit der Prüfung beauftragt wird, sind der Behandlungsverlauf, der erreichte Therapieerfolg und die ausführliche Begründung zur Fortsetzung der Behandlung einschließlich der prognostischen Einschätzung darzustellen.

(4) ...

§ 34 Gutachterverfahren

¹Bei Psychotherapie gemäß § 15 sind Anträge auf Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie zu begründen; in Ausnahmefällen gilt dies auch für Kurzzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie und Langzeitpsychotherapie als Gruppenpsychotherapie nach § 13 Absatz 4 Satz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung. Die Krankenkasse kann Anträge auf Fortführung einer Langzeitpsychotherapie durch eine Gutachterin oder einen Gutachter prüfen lassen. Im Falle der Ablehnung der Fortführung der Langzeitpsychotherapie muss die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme

einholen, sofern die formalen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt sind. Die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut hat den Konsiliarbericht im verschlossenen Umschlag dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter beizufügen.

XIV. Änderung § 29 „Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15“

Die BPtK begrüßt die in § 29 vorgenommene Verschlinkung des Gutachterverfahrens durch die Zusammenlegung von zwei Bewilligungsschritten in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie, die dazu führt, dass bei einem Antrag auf Langzeittherapie im Einzel- oder Gruppensetting in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (bei Erwachsenen) und der Verhaltenstherapie in dem ersten Bewilligungsschritt einheitlich zunächst 60 Stunden beantragt werden. Dies erscheint auch angemessen angesichts der bisherigen Erfahrungen in der Langzeittherapie, nach der die Behandlungskontingente in der Regel nicht ausgeschöpft werden, sondern die Therapiedauer an den individuellen Behandlungsbedarf vor dem Hintergrund des jeweiligen Behandlungsverlaufes angepasst wird. Es erscheint weiterhin sachgerecht, dass das Gutachterverfahren bei einem erneuten Verlängerungsantrag nicht obligatorisch stattzufinden hat, sondern es im Ermessen der Krankenkassen liegt, ob ein erneutes Gutachten eingeholt werden soll. In diesem Sinne begrüßt die BPtK auch die Einfügung der Sätze 3 und 4 in § 34 „Gutachterverfahren“ einschließlich der Regelung, dass im Falle einer Ablehnung der Fortführung einer Langzeittherapie die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme einholen muss.

XV. Änderung § 32 „Anzeigeverfahren“

Die Einrichtung eines reinen Anzeigeverfahrens ist insbesondere für die psychotherapeutische Akutbehandlung zu begrüßen. Dieses gewährleistet, dass entsprechend der gegebenen Dringlichkeit der Behandlung zeitnah innerhalb längstens

zwei Wochen nach Indikationsstellung im Rahmen der Sprechstunde mit der Behandlung begonnen werden kann. Mit Einführung der Akutbehandlung ist es nach Auffassung der BPtK nicht erforderlich, das Anzeigeverfahren auch auf die Kurzzeittherapie zu erstrecken, da dringende zeitnahe Behandlungen durch die Akutbehandlung in jedem Fall sichergestellt werden können. Durch den geplanten generellen Wegfall des Gutachterverfahrens im Antrags- und Genehmigungsverfahren zur Kurzzeittherapie und auch vor dem Hintergrund der gesetzlichen Fristen, die nach Vorschlag des Unparteiischen Vorsitzenden des Unterausschusses Psychotherapie in § 33 Absatz 1 Satz 4 bis 6 aufgenommen werden, ist ein für die anderen Fallkonstellationen hinreichend schneller Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung sichergestellt.

XVI. Änderung § 33 „Antragsverfahren“

Hinsichtlich der Formulierungen in § 33 Absatz 1 und 3 verweisen wir an dieser Stelle auf die entsprechenden Vorschläge der BPtK, die unter XIII. Änderung § 28 „Therapieansätze in den Verfahren nach § 15“ dargestellt und erläutert werden.

Darüber hinaus stimmt die BPtK dem Vorschlag des Unparteiischen Vorsitzenden des Unterausschusses Psychotherapie zu, in § 33 Absatz 1 Satz 4 bis 6 die Regelungen zu den gesetzlichen Fristen bei der Beantragung von Leistungen zulasten der GKV in den Normtext der Richtlinie aufzunehmen und damit für den konkreten Anwendungsfall der Beantragung von ambulanten Psychotherapien die Rechtssicherheit der antragstellenden Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

XVII. Änderung § 34 „Gutachterverfahren“

Hinsichtlich der Formulierung des § 34 verweisen wir an dieser Stelle auf den entsprechenden Vorschlag der BPtK, der unter XIII. Änderung § 28 „Therapieansätze in den Verfahren nach § 15“ dargestellt und erläutert wird.

Wie bereits im Zusammenhang mit der Stellungnahme zur Änderung des § 29 ausgeführt, begrüßt die BPtK, dass entsprechend dem Regelungsvorschlag in Satz 3 die Krankenkasse Anträge auf Fortführung einer Langzeittherapie durch

eine Gutachterin oder einen Gutachter prüfen lassen kann, aber nicht muss. Zugleich ist es sachgerecht, dass eine Ablehnung eines Fortführungsantrages die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme voraussetzt und nicht in das Ermessen der Krankenkasse gestellt werden kann.

Widersprüchlich in § 34 des Beschlussentwurfs erscheint dagegen die Einfügung in Satz 1 mit dem Verweis auf § 13 Absatz 4 Satz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung. Danach kann die Krankenkasse grundsätzlich jeden Antrag einem Gutachter zur Prüfung übergeben, sofern sie dies für erforderlich hält. Der § 34 Satz 1 zweiter Halbsatz wird dagegen ausdrücklich auf Ausnahmefälle abgestellt, bei denen von der Krankenkasse eine Prüfung des Antrages durch eine Gutachterin oder einen Gutachter veranlasst werden kann. Hier erscheint eine Anpassung der Psychotherapie-Vereinbarung erforderlich, aus der die Ausnahmetatbestände für eine Prüfung des Antrages auf Kurzzeittherapie auf Veranlassung durch die Krankenkasse hervorgehen.

XVIII. Änderung § 35 „Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter“

Die BPtK begrüßt grundsätzlich die im Beschlussentwurf vorgeschlagenen Änderungen der Regelungen zur Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter. Aus Sicht der BPtK ist es der Versorgungssituation und der Entwicklung der psychoanalytisch begründeten Verfahren angemessen, dass für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eigene Gutachter bestellt werden und für diese keine Doppelqualifikation in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie vorausgesetzt wird. Auch für den Bereich der Begutachtung von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen sollten analog dem Regelungsvorschlag für den Bereich der Behandlung von Erwachsenen eigene Gutachter bestellt werden, die über eine abgeschlossene Weiterbildung bzw. einen Fachkundenachweis in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie verfügen und eine mindestens dreijährige und zum Zeitpunkt der Be-

stellung auch aktuelle Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nachweisen können.

Für den Bereich der Begutachtung der analytischen Psychotherapie erscheint es dagegen vor dem Hintergrund, dass bei Erwachsenen etwa die Hälfte der Behandlungen mit analytischer Psychotherapie als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie begonnen wurden, sachgerecht die entsprechende Qualifikation bzw. den Fachkundenachweis sowohl für die analytische Psychotherapie als auch für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie vorauszusetzen.

Weiterhin befürwortet die BPTK, dass für die Begutachtung von Anträgen zur Gruppenpsychotherapie grundsätzlich auch eine Qualifikation im Bereich der Gruppenpsychotherapie in dem jeweiligen Verfahren vorliegen muss und eigene Behandlungserfahrung in der Gruppenpsychotherapie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nachzuweisen ist. Allerdings sollten die Kriterien 3 bis 6 nicht Eins zu Eins von der Einzelpsychotherapie auf die Gruppenpsychotherapie übertragen werden, damit für die Begutachtung von Anträgen zur Gruppenpsychotherapie auch hinreichend Gutachter in den drei Richtlinienverfahren zur Verfügung stehen, und nicht diejenigen Psychotherapeuten, die in größerem Umfang an der ambulanten gruppenpsychotherapeutischen Versorgung teilnehmen, ihr eigenes gruppenpsychotherapeutisches Angebot in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in erheblichem Umfang zugunsten der Gutachtertätigkeit reduzieren müssen.

Hinsichtlich der von den Gutachtern zu erfüllenden Kriterien wurde das Kriterium 6. des Nachweises einer mindestens dreijährigen Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet des jeweiligen Psychotherapieverfahrens um die aktuelle Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem entsprechenden Gebiet erweitert. Dies ist aus Sicht der BPTK sachgerecht, damit das Gutachterverfahren im Sinne eines Peer-Review durch erfahrene psychotherapeutische Kolleginnen und Kollegen weiterentwickelt werden kann, die selbst weiterhin an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Dies erscheint nicht zuletzt auch mit Blick auf die durch die vorgesehene

Strukturreform der ambulanten Psychotherapie angestoßenen Veränderungen im ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsgeschehen sinnvoll. Hierbei befürwortet die BPtK, die aktuelle Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, fest vorzuschreiben und auf eine Aufweichung dieses Kriteriums durch das Wort „grundsätzlich“ gemäß Vorschlag der KBV zu verzichten. Bei der Umsetzung wird darauf zu achten sein, dass ausreichend Gutachter bestellt werden, damit diese nicht aufgrund der überhöhten Zahl an zu erbringenden Gutachten gezwungen sind, ihre Praxistätigkeit zu stark einschränken zu müssen.

Dagegen sollte nach Auffassung der BPtK das Kriterium 7. „der Gutachter soll zu Beginn der Gutachtertätigkeit grundsätzlich nicht älter als 55 Jahre sein“ aus rechtlichen Gründen ersatzlos gestrichen werden. Die Anknüpfung an das Alter könnte eine Diskriminierung älterer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darstellen, die möglicherweise verfassungsrechtlich nicht haltbar ist und unter fachlichen Gesichtspunkten vor dem Hintergrund der beruflichen Erfahrung älterer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch nicht geboten erscheint. Insbesondere bei Umsetzung des Vorschlages des GKV-SV zu Kriterium 6., mit dem sichergestellt wird, dass die Gutachterinnen und Gutachter aktuell an der vertragsärztlichen Versorgung auf dem jeweiligen Gebiet des Psychotherapieverfahrens nach § 15 teilnehmen, ist eine Regelung, die den Einstieg in die Gutachtertätigkeit von älteren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten begrenzt, nicht mehr erforderlich, da so eine fortbestehende Verankerung in der vertragsärztlichen Versorgung ausreichend gewährleistet werden kann.

XIX. Änderung § 37 „Schriftliche Dokumentation“

Die Vorgaben des § 37 Absatz 1 zur schriftlichen Dokumentation sind für Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten bereits aufgrund der berufsrechtlichen Verpflichtungen in den Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammer verbindlich. Gemäß § 9 Absatz 2 der Muster-Berufsordnung sind Psychotherapeuten verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse,

Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Entsprechend muss auch aus berufsrechtlicher Sicht die individuelle Patienteninformation gemäß § 11 Absatz 15 Bestandteil der Patientenakte sein (Stellpflug & Berns, 2015).

Dagegen ist es mit Blick auf die informationelle Selbstbestimmung des Patienten nicht angemessen, dass die Krankenkasse standardmäßig das Beratungsergebnis der Sprechstunde zur Information erhalten soll. Der Hinweis, dass dies unter Beachtung des Datenschutzes geschehen soll, ist hierbei nicht ausreichend, da Unklarheiten, welche Informationen aufgrund des Datenschutzes den Krankenkassen nicht zur Verfügung gestellt werden dürfen, vorprogrammiert erscheinen. Nach § 100 SGB X dürfen Datenerhebungen bei den Leistungserbringern und Datenübermittlungen der Leistungserbringer an die Sozialleistungsträger nur im Einzelfall zur Erfüllung der Aufgaben der Kasse erfolgen und auch nur, wenn der Patient ausdrücklich eingewilligt hat oder die Datenübermittlung ausdrücklich per Gesetz zugelassen ist. Im SGB V ist jedoch keine Übermittlung der Informationen aus der Sprechstunde an die Krankenkassen vorgesehen. Hinzu kommt, dass § 100 SGB X auch nur die zweckgebundene Datenübermittlung zur Aufgabenerfüllung im Einzelfall gestattet, nicht jedoch – wie hier vom GKV-SV angestrebt – eine allgemeine Information. Die BPtK schließt sich daher dem Vorschlag der Patientenvertretung an, in Absatz 2 klarzustellen, dass gemäß § 294 ff. SGB V ausschließlich abrechnungsrelevante Daten an die Krankenkassen weiterzuleiten sind und die individuelle Patienteninformation zu diesem Zweck nicht verwendet werden darf.

XX. Änderung § 38 „Einsatz der Dokumentationsbögen“

Im Zuge der aktuellen Änderungen soll der Auftrag aus der Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung vom 11.12.1998 umgesetzt werden, Dokumentationsstandards für die ambulante Psychotherapie festzulegen. Hierzu sollen Dokumentationsbögen genutzt werden, die gemeinsam mit dem Patienten zu Behandlungsbeginn und zu Behandlungsende ausgefüllt werden sollen.

Für das Stellungnahmeverfahren erscheint es ausgesprochen problematisch, dass die Entwicklung und Auswahl der spezifischen Inhalte der Standarddokumentation und die Operationalisierung der Informationserfassung in den Tragenden Gründen weder dargestellt noch begründet werden. Insbesondere mangelt es an einer Darstellung der Erforderlichkeit der Erhebung der personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten in der ambulanten Psychotherapie für die Zwecke der Qualitätssicherung nach § 299 SGB V. § 299 Absatz 1 Satz 2 und 3 bestimmt hierzu:

In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Leistungserbringern zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der Festlegung der Daten nach Satz 2 in Abhängigkeit von der jeweiligen Maßnahme der Qualitätssicherung insbesondere diejenigen Daten zu bestimmen, die für die Ermittlung der Qualität von Diagnostik oder Behandlung mit Hilfe geeigneter Qualitätsindikatoren, für die Erfassung möglicher Begleiterkrankungen und Komplikationen, für die Feststellung der Sterblichkeit sowie für eine geeignete Validierung oder Risikoadjustierung bei der Auswertung der Daten medizinisch oder methodisch notwendig sind.

Ohne eine stringente Darlegung der Erforderlichkeit der Erhebung der Daten sind die Vorgaben nach § 38 in Kombination mit den Dokumentationsbögen als Anlage 2 der Psychotherapie-Richtlinie nach Einschätzung der BPTK nicht rechtskonform.

Ferner sieht die Regelung in § 38 eine Vollerhebung bei allen Patientinnen und Patienten vor, die eine Richtlinienpsychotherapie gemäß § 15 erhalten. Nach § 299 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 besteht hierbei wiederum eine gesonderte Begründungspflicht:

Abweichend von Satz 4 Nummer 1 können die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen

- 1. auch eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patienten vorsehen, sofern dies aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewich-*

tigen methodischen Gründen, die als Bestandteil der Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen dargelegt werden müssen, erforderlich ist.

Wenn also wie in § 38 eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patientinnen und Patienten vorgesehen ist, bedarf es der Darlegung der gewichtigen medizinisch-fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründe hierfür in der Richtlinie bzw. in dem Beschluss zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie.

Darüber hinaus wäre auch unter inhaltlichen Gesichtspunkten zu erwarten gewesen, dass eine Diskussion des vorgelegten Vorschlages für den Dokumentationsbogen vor dem Hintergrund der Konzeptskizze des AQUA-Instituts für ein einrichtungsvergleichendes sektorspezifisches QS-Verfahren in der ambulanten Psychotherapie erfolgt, die seinerzeit vom Unterausschuss Psychotherapie beauftragt worden war. Hierbei sollte mit der Expertise des AQUA-Instituts u. a. geprüft werden, welche patientenbezogenen Informationen leistungserbringerseitig für ein solches QS-Verfahren erhoben werden sollten, um insbesondere die Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung einrichtungsvergleichend abbilden zu können. Die Erforderlichkeit, Eignung und Datensparsamkeit einer Reihe von Datenfeldern in den Dokumentationsbögen erscheint für diese Zwecke zumindest fraglich.

Hinsichtlich der Erhebungszeitpunkte, zu denen die Dokumentationsbögen gemeinsam mit dem Patienten auszufüllen sind, ergeben sich aus der Formulierung in § 38 Absatz 1 einige Fragen. Zunächst stellt sich die Frage, wie zweckmäßig die Vorgabe ist, dass die Dokumentationsbögen grundsätzlich gemeinsam mit der Patientin bzw. mit dem Patienten auszufüllen sind. Daten zu mehreren Datenfeldern des Dokumentationsbogens können sinnvollerweise über die Verwendung eines Anamnesebogens erfasst werden und dann entsprechend für die Dokumentation zu Behandlungsbeginn übertragen werden. Auch die Nutzung elektronischer Dokumentationssysteme ist für diese Zwecke denkbar, so dass unflexible Vorgaben, die auf ein gemeinsames Ausfüllen eines Dokumentationsbogens in der Paper-Pencil-Version hinauslaufen, vermieden werden sollten. Auch die noch zu spezifizierenden Vorgaben für die individuelle Patienteninformation, die das Ergebnis der Sprechstunde zusammenfassen soll, sind hier noch nicht berücksichtigt.

Schließlich wäre es ineffizient, wertvolle Therapiezeit auf das gemeinsame Ausfüllen von Dokumentationsbögen zu verwenden, ohne dass daraus ein erkennbarer Mehrwert für die Patientin oder den Patienten oder für die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten resultiert, zumal die patientenrelevanten Informationen bereits in der individuellen Patienteninformation enthalten sein sollten.

Dies macht zugleich deutlich, dass die Definition des Erhebungszeitpunktes in § 38 Absatz 1 flexibler zu fassen ist. Bestimmte Informationen des Dokumentationsbogens bei Behandlungsbeginn werden routinemäßig bereits im Rahmen der Sprechstunde und nicht erst zu Beginn der Richtlinien-therapie erfasst werden (u. a. Geschlecht, Arbeitsunfähigkeit bei Therapiebeginn, berufliche Situation, Rentenantrag, Vorbehandlungen, Zuweiser, behandlungsrelevante psychische Diagnosen, somatische Diagnosen, aktuelle psychopharmakologische Medikation). Es wäre nicht zweckmäßig, diese zu Beginn der Richtlinien-therapie erneut über einen eigenen Dokumentationsbogen zu erheben.

Darüber hinaus legt die Formulierung in § 1 Absatz 1 Satz 2 nahe, dass der Dokumentationsbogen bereits vor Beginn der Behandlung auszufüllen ist, anderenfalls könnte der Dokumentationsbogen bei Beantragung einer gutachterpflichtigen Psychotherapie dem Bericht an den Gutachter nicht beigelegt werden. Zumindest der Vorschlag der KBV sieht sinnvollerweise vor, dass nach den probatorischen Sitzungen eine antrags- und gutachterpflichtige Psychotherapie gemäß § 15 unmittelbar beantragt werden kann.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich für den Zeitpunkt der Erfassung der Daten aus den „Dokumentationsbögen bei Behandlungsende“ hinsichtlich der Definition des Behandlungsendes. Aus dem Normtext des § 14 Rezidivprophylaxe könnte abgeleitet werden, dass das Behandlungsende bei der Langzeittherapie künftig definiert wird als der Übergang von Abschlussphase einer Richtlinien-therapie inklusive Erhaltungstherapie hin zu der Phase der Rezidivprophylaxe. Bei der Kurzzeittherapie sind dagegen laut Beschlussentwurf Konzepte und Techniken der Rezidivprophylaxe als Bestandteil der Abschlussphase einer solchen Therapie definiert, sodass hierbei das Therapieende eher als die letzte Therapiestunde insgesamt definiert wäre.

Aus Sicht der BPtK sollten den Patienten und Psychotherapeuten hinsichtlich des Zeitpunktes der Erfassung und Dokumentation der Daten gemäß den Dokumentationsbögen ein Ermessensspielraum zugestanden werden, damit diese sinnvoll in die Diagnostik und das Behandlungsgeschehen integriert werden können. Die BPtK schlägt daher vor, § 38 Absatz 1 wie folgt zu fassen:

(1) „Bis zum Beginn und bis zum Ende einer Richtlinienpsychotherapie gemäß § 15 sind die Daten gemäß Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie (Anlage 2) gemeinsam mit dem Patienten auszufüllen zu erfassen und zu dokumentieren. Wird ein Antrag auf Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie gestellt oder soll eine Kurzzeittherapie als Einzelpsychotherapie in eine Langzeitpsychotherapie als Einzelpsychotherapie umgewandelt werden, sind dem Bericht an den Gutachter die Angaben gemäß Dokumentationsbogen zu Behandlungsbeginn beizufügen. Die Dokumentation gemäß Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie ist Bestandteil der Patientenakte.“

Darüber hinaus spricht sich die BPtK dafür aus, den Vorschlag der Patientenvertretung zu Absatz 1 als Absatz 2 des § 38 aufzunehmen. Auch der Vorschlag einer Evaluation der einheitlichen Dokumentation innerhalb von fünf Jahren nach Beschlussfassung wird von der BPtK befürwortet. Auch mit Blick auf die Richtlinienkompetenz des G-BA im Bereich der sektorspezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erscheint es sinnvoll, dass die Maßgaben für die Evaluation der einheitlichen Dokumentation in der Regelungskompetenz des G-BA verbleiben. Die BPtK befürwortet daher den Vorschlag der Patientenvertretung zu § 38 Absatz 2, welcher als neuer Absatz 3 des § 38 in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen werden sollte.

Schließlich sieht die BPtK konkreten Überarbeitungsbedarf bei den einzelnen Datenfeldern der Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie. So bestehen zum Teil Redundanzen bei der Erfassung bestimmter Datenfelder zum Behand-

lungsende gegenüber den bei Behandlungsbeginn erhobenen Informationen, einige Datenfelder erscheinen in ihren Kodiermöglichkeiten unvollständig, über- oder unterdifferenziert.

In Anlage 2 I. Ziffer 1 sollte analog den Bestimmungen zu Reisepässen etc. als dritte Kategorie zum Merkmal Geschlecht die Angabe „unbestimmt“ ergänzt werden. Bei Ziffer 2 sollte eine Eingrenzung auf die sprachlichen Barrieren erfolgen, da zum einen die Dimensionen sprachliche und kulturelle Barrieren nicht vermischt werden sollten und zum anderen die Dimension der kulturellen Barrieren in diesem Rahmen nur begrenzt objektivierbar ist, sodass der Nutzen dieses Datenfeldes bei voraussichtlich schwacher Interraterreliabilität gering ausfallen dürfte. Die Kodiermöglichkeiten zur jetzigen beruflichen Situation sind unvollständig und zum Teil zu wenig differenziert, um aussagekräftig zu sein. So sollte beispielsweise zwischen Altersrente, Frühpension und Erwerbsminderungsrente unterschieden werden. Auch die Möglichkeit, eine beschützte Beschäftigung zu kodieren, wäre sinnvoll. Auch die Ziffern 7 und 8 sollten stärker differenziert werden (u. a. Minderung der Erwerbsfähigkeit, in %, wegen psychischer Erkrankung; Erwerbsminderungsrente, befristet/unbefristet, Grad der Behinderung) und auch die Frage beinhalten, ob ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente geplant ist. Unter Ziffer 9 und 10 sollten ferner auch psychiatrische und psychosomatische Behandlungen ggf. gesondert kodiert werden können.

In Anlage 2 II. können weiterhin die Ziffern 1 und 2 entfallen. Ziffer 3 sollte analog Anlage 2 I. überarbeitet werden. Ziffer 6 sollte dahingehend präzisiert werden, dass nach einem Antrag auf Erwerbsminderungsrente gefragt wird. Schließlich sollte Ziffer 15 weiter überarbeitet werden (u. a. Einvernehmliche Beendigung mit Ausschöpfung des Stundenkontingentes bei 15.2, Ergänzung des Wortes „Vorzeitige“ bei 15.4 und 15.5., Zusammenlegung der Kodierungen 15.7 und 15.8, Ergänzung weiterer Überweisungsoptionen, z. B. ambulante psychiatrische Behandlung).

Bei den Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie Kinder und Jugendliche (Anlage 2 III.) schlägt die BPTK bei den Ziffern 1 bis 3 eine Angleichung an die

Dokumentation bei Erwachsenen vor. Bei Ziffer 6.4 sollte eine weitere Ausdifferenzierung vorgenommen werden.

Grundsätzlich erscheint bei Kindern und Jugendlichen die Erfassung klinischer Informationen auf Basis des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 (MAS) sinnvoll. Allerdings ist es nicht zielführend, wenn dabei grundsätzlich verpflichtend eine differenzierte Abklärung von umschriebenen Entwicklungsstörungen und des Intelligenzniveaus für alle Patientinnen und Patienten vorgeschrieben wird. Eine differenzierte Intelligenzdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen als Standard einer jeden psychotherapeutischen Behandlung erscheint unter fachlichen Gesichtspunkten nicht erforderlich und würde in unangemessener Weise Ressourcen für diese ggf. nicht indizierten diagnostischen Leistungen beanspruchen. Die Intelligenzdiagnostik sollte vielmehr konditional durchgeführt werden, insbesondere, wenn Hinweise auf eine intellektuelle Über- oder Unterforderung (chronisches Under- oder Overachievement) bestehen, die bedeutsam sind für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung der vorliegenden psychischen Erkrankungen. Darüber hinaus ist es fachlich unzulässig, die Intelligenz, wie im Dokumentationsbogen analog des MAS nahegelegt, differenziert einzuschätzen, ohne dass eine differenzierte Intelligenzdiagnostik mit geeigneten Testverfahren durchgeführt worden ist. Auch die Differenzialdiagnostik von Teilleistungsstörungen sollte nur bei entsprechender Indikation vorgenommen und nicht standardmäßig im Detail abgeprüft werden. Entsprechende Antwortmöglichkeiten sollten daher für diejenigen Fälle unter 16.2 und 16.3 definiert werden, bei denen keine Hinweise für das Vorliegen von umschriebenen Entwicklungsstörungen oder eine Intelligenzminderung bestehen bzw. keine Indikation für eine differenzierte diagnostische Abklärung dieses Bereiches besteht. Für die Erfassung der MAS-Achse IV regt die BPTK an, hinter den Datenfeldern für die Kodierung der somatischen Erkrankungen als 5-stellige Diagnose nach ICD-10 ein Feld vorzusehen, in dem dokumentiert wird, welche mitbehandelnde Facharztgruppe ggf. die somatische Diagnose gestellt hat und die entsprechende Behandlung verantwortet. Bei der MAS-Achse V sollte darüber hinaus ein anderes, weniger stigmatisierendes Wording erwogen werden, insbesondere auf den Begriff „abnorm“ sollte in diesem Zusammenhang verzichtet werden.

Schließlich wird der Einsatz des SDQ als Standardverfahren zur Unterstützung der Diagnostik und zur Evaluation der ambulanten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen als problematisch eingestuft. Dieses Screening-Instrument kann eine hilfreiche Unterstützung bei der Identifikation von psychisch oder verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen in den Settings Kita und Schule oder in der primärärztlichen Versorgung sowie im Bereich der Ergotherapie sein, um dann eine weitere diagnostische Abklärung bei den positiv gescreenten Kindern und Jugendlichen bei einem Spezialisten zu veranlassen. Allerdings war dieser psychometrische Test selbst für den Einsatz als Screeningverfahren im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen im G-BA als zu unspezifisch abgelehnt worden. Für den Einsatz in dem Bereich der spezialisierten fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist dieses Instrument in jedem Fall unangemessen. Mit den fünf Skalen des SDQ lässt sich nur ein Bruchteil der relevanten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter abdecken. Lediglich die Skala Hyperaktivität ist dabei ansatzweise in der Lage, den Störungsbereich der Hyperkinetischen Störungen etwas besser zu erfassen. Die Itemformulierungen des SDQ sind dabei insgesamt eher zur Erfassung überdauernder Merkmale ausgerichtet, erlauben keine Erfassung der Symptomschwere und führen in der Konsequenz dazu, dass die Skalen nicht hinreichend änderungssensitiv sind, um Behandlungseffekte in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen adäquat abzubilden. Evidenz zur Änderungssensitivität in klinischen Populationen liegt bislang nicht vor (Wolpert et al., 2015). Darüber hinaus sind auch die psychometrischen Qualitäten des SDQ als Selbsteinschätzungsinstrument bei 11- bis 16-Jährigen unzulänglich. In einer aktuellen Studie zur deutschsprachigen Version der SDQ von Lohbeck (2015) an einer Stichprobe von 1.500 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 16 Jahren konnte zwar die Faktorenstruktur des Instruments anhand exploratorischer und konfirmatorischer Faktorenanalysen bestätigt werden, die Reliabilitäten der fünf Skalen (Cronbachs Alpha .55–.77, Retest .58–.67) fielen jedoch extrem gering aus. Darüber hinaus sind auch die internen Konsistenzen der Subskalen der Fremdeinschätzungsverfahren für Eltern und Lehrer unzureichend (Van Roy et al., 2008) und die Konstruktvalidität der Skalen erscheint angesichts der geringen Übereinstimmungen zwischen dem Fremdurteil der Eltern/Lehrer und dem Selbsturteil bei Jugendlichen

fraglich (Goodman et al., 2010). Insgesamt kann auch aus diesen Gründen ein Ersatz in der Routineversorgung nicht empfohlen werden.

Die BPtK regt an, nochmals genau zu prüfen, welchen Zwecken die standardmäßige Erfassung von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten mit einem sehr globalen, generischen Instrument wie dem SDQ zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende dienen soll und inwieweit diese Zwecke mit welchen alternativen Verfahren oder Regelungen besser erfüllt werden können. Aus Sicht der BPtK wäre es zielführender, vor dem Hintergrund der Heterogenität der psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter die konkrete Auswahl eines oder mehrerer spezifischer psychometrischer Instrumente zur Erfassung und Verlaufskontrolle der Symptomatik bei den jeweiligen Patienten der fachlichen Bewertung des behandelnden Psychotherapeuten zu überlassen, anstatt ein wenig geeignetes generisches Instrument vorzuschreiben, welches bei allen Patienten zwingend anzuwenden ist. Zu diesem Zweck könnte in Absatz 1 als Satz 2 (neu) eingefügt werden:

„²Dabei sollten zu Beginn und Ende einer Richtlinienpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 15 validierte störungsbezogene psychometrische Verfahren eingesetzt werden.“

In den Tragenden Gründen wäre hierzu zu erläutern:

„Die Auswahl des bzw. der jeweiligen psychometrischen Verfahren fällt in die fachliche Entscheidungskompetenz des behandelnden Psychotherapeuten oder der behandelnden Psychotherapeutin und soll vor dem Hintergrund der behandelnden Diagnosen getroffen werden. Der Einsatz des psychometrischen Verfahrens setzt dabei die Fähigkeit und Bereitschaft des behandelnden Patienten oder der behandelnden Patientin voraus, das bzw. die jeweiligen psychometrischen Verfahren korrekt auszufüllen. Hierbei können bei entsprechender Indikation ergänzend oder alternativ Fremdeinschätzungsverfahren eingesetzt werden.“

Insgesamt empfiehlt die BPtK, aufgrund des umfassenden Überarbeitungsbedarfes die Regelung des § 38 einschließlich der zugehörigen Anlagen aus dem aktuellen Beschlussentwurf herauszunehmen, hierzu weitere Beratungen im G-BA

durchzuführen und anschließend mit einem gesonderten Beschlussentwurf ein gesondertes Stellungnahmeverfahren zu den Dokumentationsbögen durchzuführen. Hierbei sollte auch der Unterausschuss Qualitätssicherung eingebunden werden, damit die nach § 38 festzulegenden Dokumentationsstandards auf die Erfordernisse geplanter QS-Verfahren im Bereich der Versorgung von psychischen Erkrankungen abgestimmt werden können.

XXI. Literatur

- Altmann, U., Steffanowski, A., Wittmann, W., Kramer, D., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Steyer, R., Strauß, B. (2014). Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64, 181–191.
- Amianto, F., Ferrero, A., Pierò, A., Cairo, E., Rocca, G., Simonelli, B., Fassina, S., Abbate-Daga, G., Fassino, S. (2011). Supervised team management, with or without structured psychotherapy, in heavy users of a mental health service with borderline personality disorder: A two-year follow-up preliminary randomized study. *BMC Psychiatry*, 11, 181.
- Bateman, A., Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1563–1569.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1355–1364.
- Brown, T.A., Barlow, D.H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 754–765.
- Brown, G.K., Beck, A.T., Newman, C.F., Beck, J.S., Tran, G.Q. (1997). A comparison of focused and standard cognitive therapy for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 329–345.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167–175.
- Clark, D.M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568–578.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759–769.
- Cotraux, J., Note, I.D., Boutitie, F., Millierey, M., Genouihlac, V., Yao, S., Note, B., Mollard, E., Bonasse, F., Gaillard, S., Djamoussian, D., Guillard Cde, M., Culem, A., Gueyffier, F. (2009). Cognitive therapy versus rogerian supportive

therapy in borderline personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 307–316.

De Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C., Schramm, E. (2007). Evidenzbasierte Leitlinien zur Psychotherapie Affektiver Störungen. Göttingen: Hogrefe.

Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM), Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) (2002). Psychotherapie der Depression. Abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/download/files/2004/07/x0001045.pdf>; [cited: 11. Mai 2016]

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage (2015). Version 3. Abrufbar unter: www.depression.versorgungsleitlinien.de; [cited: 6. Mai 2016]

Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 389–395.

Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1872–1876.

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, Ch., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L., Wöller, W. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Langfassung. Abrufbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-010.html>; [cited: 06. Mai 2016]

Frank, E., Kupfer, D.J., Perel, J.M., Cornes, C., Jarrett, D.B., Mallinger, A.G., Thase, M.E., McEachran, A.B., Grochocinski, V.J. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093–1099.

Geddes, J.R., Carney, S.M., Davies, C., Furukawa, T.A., Kupfer, D.J., Frank, E., Goodwin, G.M. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*, 361, 653–661.

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658.

- Goodman, A., Lamping, D.L., Ploubidis, G.B. (2010). When to use broader internalizing and externalizing subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1179–1191.
- Hansen, N.B., Lambert, M.J., Forman, E.M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology – Science and Practice*, 9, 329–343.
- Hansen, N.B., Lambert, M.J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, 5, 1–12.
- Harned, M.S., Korlund, K.E., Linehan, M.M. (2014). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and ptsd. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 7–17.
- Jørgensen, C.R., Freund, C., Bøye, R., Jordet, H., Andersen, D., Kjølbbye, M. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: A randomized trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 305–17.
- Knekt, E., Virtala, M., Vaarama, J., Lehtonen, J., Lindfors, O. (2016). The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychological Medicine*, 46, 1175–1188.
- Kühner, C., Huffziger, S. (2013). Factors predicting the long-term illness course in a cohort of depressed inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263, 413–423.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Hilsenroth, M., Rabung, S. (2013). The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 41, 361–384.
- Leichsenring, F., Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551–1565.
- Leppanen, V., Karki, A., Saariaho, T., Lindeman, S., Hakko, H., Karki, A., Saariaho, T., Lindeman, S., Hakko, H. (2015). Changes in schemas of patients with severe borderline personality disorder: The oulu bpd study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 78–85.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korlund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K., Lindenboim, N. (2006).

- Twoyear randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by expert for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.
- Lock, J., Agras, S., Bryson, S., Kraemer, H.A. (2005). Comparison of Short- and Long-Term Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 632–639.
- Lohbeck, A., Schultheiß, J., Petermann, F., Pertermann, U. (2015). Die deutsche Selbstbeurteilungsversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu-S). *Psychometrische Eigenschaften, Faktorenstruktur und Grenzwerte. Diagnostica*, 61, 222–235.
- Margraf, J., Barlow, D.H., Clark, D.M., Telch, M.J. (1993). Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 1–8.
- Mörtberg, E., Karlsson, A., Fyring, C., Sundin, O. (2006). Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: a randomized controlled study. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 646–660.
- Multmeier, J. (2014). *Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland – eine Kohortenbetrachtung der KBV. Projekt Psychotherapie, 02/2014, 12-22.*
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wensing, M., van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961–973.
- National Collaborating Centre for Mental Health (NICE) (2004). *Depression: Management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23.* Abrufbar unter: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=235213>; [cited: 22. Mai 2006].
- National Collaborating Centre for Mental Health (NICE) (2006). *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. National Clinical Practice Guideline Number 31.* Abrufbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/evidence/full-guideline-194883373> [cited: 11. Mai 2016].
- Oestergaard, S., Møldrup, C. (2011). Optimal duration of combined psychotherapy and pharmacotherapy for patients with moderate and severe depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 131, 24–36.
- Owen, J., Adelson, J., Budge, S., Wampold, B., Kopta, M., Minami, T., Miller, S. (2015). Trajectories of Change in Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 817–827.

- Perry, J.C., Banon, E., Ianni, F. (1999). Effectiveness of Psychotherapy for Personality Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1312–1321.
- Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., Molo-sankwe, I., McCrone, P., Zinkler, M. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: A pragmatic randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 356–65.
- Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M., Clark, D.M. (2011). Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 68, 692–700.
- Stiles, W., Barkham, S., Wheeler, S. (2015). Duration of psychological therapy: relation to recovery and improvement rates in UK routine practice. *The British Journal of Psychiatry*, 207, 115–122.
- Schütz, A. (2013). Mehr Gruppentherapie. *MEDITIMES* (3) 15.
- Stellpflug, M., Berns, I. (2015). *Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Text und Kommentierung, 3. Auflage.* Heidelberg: Psychotherapeutenverlag.
- Van Roy, B., Veenstra, M., Clench-Aas, J. (2008). Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre-, early and late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1304–1312.
- Wolpert, M., Cheng, H., Deighton, J. (2015). Measurement Issues: Review of four patient reported outcome measures: SDQ, RCADS, C/ORS and GBO – their strengths and limitations for clinical use and service evaluation. *Child and Adolescent Mental Health*, 20, 63–70.