

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren

Vom 16. Juli 2015

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Expertenbefragung.....	2
2.2	Systematische Literaturrecherche	3
2.3	Ergebnisse der Literatursichtung.....	4
2.4	Zusammenfassende Bewertung und Schlussfolgerungen.....	4
3	Würdigung der Stellungnahmen	5
4	Bürokratiekostenermittlung.....	8
5	Verfahrensablauf	8
6	Fazit.....	9
7	Anhang.....	10
	Literaturrecherche – Auswahlkriterien und Ergebnisse.....	10
	Ergebnisse der Publikationen im Einzelnen.....	16
8	Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens.....	23
8.1	Institutionen/ Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt wurde.....	23
8.2	Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren	24
8.3	Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren	26
8.4	Fristgerecht eingegangene schriftliche Stellungnahmen der in Tabelle 1 aufgeführten Institutionen/ Organisationen.....	45
8.5	Mündliche Anhörung und Wortprotokoll	62

1 Rechtsgrundlagen

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

2 Eckpunkte der Entscheidung

Die Patientenvertretung hat am 10. Januar 2013 den Antrag gestellt, § 19 Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) ersatzlos zu streichen, demzufolge die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren grundsätzlich ausgeschlossen ist. Stattdessen solle, so die Patientenvertretung, in § 23b PT-RL geregelt werden, dass psychoanalytisch begründete Verfahren als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden können.

Zurzeit ist gemäß § 19 Satz 2 PT-RL eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie bei den psychoanalytisch begründeten Verfahren lediglich im Ausnahmefall möglich, nämlich bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in der Sonderform der niederfrequenten Therapie in einer längerfristigen, haltgewährenden therapeutischen Beziehung gemäß § 14a Absatz 3 Nr. 4 PT-RL.

Die Patientenvertretung begründet ihren Antrag damit, dass der von der PT-RL angenommenen Unvereinbarkeit von Gruppen- und Einzeltherapiesitzungen keine ausreichende Evidenz zugrunde liege. Sie verweist auf schriftliche Stellungnahmen von Experten zu diesem Thema, die dem Unterausschuss Psychotherapie vorlagen. Die Experten hätten dem Unterausschuss nahe gelegt, die grundsätzlich ausgeschlossene Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapiesitzungen im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren aufzuheben, und dargelegt, dass die kombinierte Therapieform unter sorgfältiger Prüfung des Krankheits-/Gesundheitszustandes des Patienten bzw. der Patientin, seiner bzw. ihrer „patientenindividuellen“ Indikation und Bedürfnisse fachlich geboten sein könne.

Der konkrete Beschlussvorschlag der Patientenvertretung sieht neben der Streichung von § 19 PT-RL vor, in § 23b Absatz 1 PT-RL folgende Ziffer 2a zu ergänzen:

„Psychoanalytisch begründete Verfahren nach Ziffer 1 und 2 können als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden, wobei die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamttherapiekontingent als Einzelstunde gezählt wird.“

Das Plenum hat den Antrag der Patientenvertretung in seiner Sitzung am 18. April 2013 beraten und den Unterausschuss Psychotherapie (UA PT) mit der Beratung des Themas beauftragt. Der UA PT hat am 4. Juni 2013 beschlossen, eine AG zur Bearbeitung des Beratungsantrages einzurichten. Die AG wurde vom UA PT mit der Durchführung einer Expertenbefragung sowie mit einer systematischen Literaturrecherche zu der Fragestellung beauftragt.

2.1 Expertenbefragung

Die AG Einzel- und Gruppentherapie hat in ihrer Sitzung am 30. Oktober 2013 eine Expertenbefragung zur Flexibilisierung in Bezug auf die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie bei den psychoanalytisch begründeten Verfahren durchgeführt. Von den sechs der von den Bänken und der Patientenvertretung benannten Experten konnten vier an der Befragung teilnehmen; alle Experten haben im Vorfeld der Sitzung schriftliche Stellungnahmen zu den von der AG erarbeiteten Fragen eingereicht.

Fünf der Experten plädierten aufgrund ihrer klinischen Erfahrung für eine Kombinierbarkeit zumindest in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Drei dieser Experten hielten die Kombinierbarkeit nur im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie für sinnvoll. Zwei der Experten hielten auch eine Kombination in der analytischen Psychotherapie für sinnvoll. Ein Experte sprach sich explizit gegen eine Kombination und für die Beibehaltung der bisherigen Regelung in der Richtlinie aus. Es würden keine belastbaren (Forschungs-) Ergebnisse vorliegen, die eine solche grundlegende Änderung begründen könnten.

Alle Experten, die für die Kombinierbarkeit votierten, sprachen sich dafür aus, keine Vorgaben zum Verhältnis von Einzel- und Gruppentherapie zu machen, sondern dieses im Rahmen einer Behandlungsplanung in die fachliche Entscheidung des Therapeuten zu legen. Die Experten erwarteten von der Kombinierbarkeit eine Verbesserung der Versorgung, weil dadurch auf Seiten der Patienten und Therapeuten die Wahrscheinlichkeit steige, Gruppentherapien zu nutzen bzw. anzubieten; Wartezeiten würden sich reduzieren und die Häufigkeit von Therapieabbrüchen sinke.

Der Experte, der gegen die Kombinierbarkeit war, erwartete dadurch negative Auswirkungen auf die psychoanalytisch begründete Gruppentherapie. Die Einführung einer „beliebigen Kombinierbarkeit“ von Einzel- und Gruppentherapie könne die spezifische Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie erheblich beeinträchtigen.

2.2 Systematische Literaturrecherche

Die AG beauftragte die Fachberatung Medizin, eine systematische Literaturrecherche zu Studien bzw. Publikationen ohne Einschränkung auf einen Publikationstyp durchzuführen, die sich mit folgenden Fragestellungen beschäftigen:

1. Kombinationen von Einzel- und Gruppentherapie in psychoanalytisch begründeten Verfahren
2. Teilnehmerzahlen (Mindest- und Höchst-Teilnehmerzahl) für psychoanalytisch begründete Gruppentherapien (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Verfahren).

Darüber hinaus wurde um Berücksichtigung folgender, vom GKV-SV aufgeführter Fragen bei der Literatursuche gebeten:

- 1) Inwieweit wirkt sich die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie auf die Dauer der Behandlung aus?
- 2) Wie ist die medizinische Effizienz der Kombination einzuschätzen?
- 3) Wann ist der richtige Zeitpunkt für eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie?
- 4) Wie wird die Wirksamkeit von offenen/geschlossenen Gruppen eingeschätzt? (Behandlungserfolg/ hop-on - hop-off)

Die gewünschten Recherchen wurden im Januar 2014 durch die Fachberatung Medizin durchgeführt. Hierbei wurden 2172 Dokumente identifiziert. Diese wurden durch die AG-Mitglieder einem zweiseitigen Auswahlprozess unterzogen, aus dem 60 Publikationen resultierten (vgl. Recherchestrategie, Auswahlkriterien und Auflistung der 60 Publikationen im Anhang).

2.3 Ergebnisse der Literatursichtung

Bei den 60 eingeschlossenen Publikationen handelt es sich vorwiegend um narrative Artikel, die Einzelmeinungen, teilweise unterlegt mit Einzelfalldarstellungen, und die Auffassungen von anerkannten Fachleuten auf diesem Gebiet wiedergeben.

Von den 60 bewerteten Studien erschienen nach Auffassung der AG in der Gesamtbeurteilung lediglich 14 Veröffentlichungen aufgrund des Publikationstyps und der berichteten Inhalte geeignet, zu Teilaspekten der Fragestellungen der AG Hinweise zu geben. Diese Publikationen werden im Anhang kurz dargestellt.

In den im Rahmen der Literatursichtung berücksichtigten Publikationen wird übereinstimmend eine Kombinationsbehandlung mit Einzel- und Gruppentherapie bei unterschiedlichen Störungsbildern auf der Grundlage der klinischen Erfahrung der Autoren, anhand von Falldarstellungen und wenigen Ergebnissen aus vergleichenden Untersuchungen befürwortet. Dies bezieht sich in den meisten Publikationen auf den international gebräuchlichen Terminus „psychodynamic therapy“. Eine Unterscheidung zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie, wie im deutschen Versorgungskontext, wird in diesen Publikationen nicht getroffen.

In den berücksichtigten Publikationen wird eine Teilnehmerzahl von drei bzw. fünf bis zehn als geeignete Gruppengröße angesehen.

In Bezug auf die Erbringung der Einzel- und Gruppentherapie durch denselben oder verschiedene Therapeuten zeigt sich in den entsprechenden Publikationen eine Tendenz zur Bevorzugung der Behandlungsdurchführung durch ein- und denselben Therapeuten.

2.4 Zusammenfassende Bewertung und Schlussfolgerungen

Im Rahmen der Anhörung durch die AG Einzel- und Gruppenpsychotherapie sprachen sich fünf von sechs Experten für eine Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie aus. Zwei der Experten hielten eine solche Kombinierbarkeit auch in der analytischen Psychotherapie für sinnvoll, während sich ein Experte gegen eine Kombinierbarkeit sowohl in der analytischen als auch in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie aussprach (siehe Kapitel 2.1, Seite 3).

Sofern die Einzel- und die Gruppentherapie durch verschiedene Therapeuten durchgeführt wird, wird ein regelmäßiger Austausch der Therapeuten für notwendig erachtet bzw. ein Gesamtbehandlungsplan empfohlen.

Die AG Einzeltherapie / Gruppentherapie hält daher auf der Grundlage der berücksichtigten Publikationen und zur Sicherung der Qualität der Behandlung im Falle einer Kombinationsbehandlung durch unterschiedliche Therapeuten eine gemeinsame Abstimmung des Behandlungsplans für geboten. Diese sei von den jeweiligen Therapeuten in der Patientenakte zu dokumentieren.

In der Zusammenschau lassen sich aus der Expertenbefragung und aus der gesichteten Literatur Hinweise auf positive Effekte einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie sowohl in der tiefenpsychologisch fundierten als auch in der analytischen Psychotherapie ableiten. Zwar hat sich ein Experte gegen eine Erweiterung der Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie bei den psychoanalytisch begründeten Verfahren ausgesprochen und zwei weitere Experten haben die erweiterte Kombinierbarkeit nur für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie empfohlen. Diese Standpunkte konnten jedoch durch die gesichtete Literatur nicht gestützt werden. Lediglich eine Studie (Kurzweil 2012, siehe Anhang, S. 14) weist auf eine mögliche Überlegenheit von Einzeltherapie gegenüber Kombinationsbehandlung bzw. Gruppentherapie bei der Behandlung von an Depression erkrankten Müttern von Säuglingen oder Kleinkindern hin. Vor diesem Hintergrund soll die Möglichkeit der Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie für die

tiefenpsychologisch fundierte und die analytische Psychotherapie eröffnet und § 19 sowie § 23b Absatz 1, Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie entsprechend geändert werden.

Wegen der eingeschränkten Erkenntnismöglichkeiten aus der vorliegenden Literatur soll der G-BA auf Basis von Routinedaten innerhalb von 4 Jahren nach Inkrafttreten der Regelung in § 19 Absatz 1 PT-RL deren Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie in den psychoanalytisch begründeten Verfahren überprüfen.

Ziel der Evaluation ist es, auf der Basis einer nichtpersonenbezogenen Auswertung von Routinedaten die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie in den psychoanalytisch begründeten Verfahren vor Inkrafttreten der Regelung in § 19 Absatz 1 PT-RL und deren Entwicklung für den Zeitraum von vier Jahren nach Inkrafttreten zu vergleichen. Die Auswirkungen des Beschlusses auf die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren sollen differenziert dargestellt werden.

Gegenstand der Überprüfung soll sein:

- die Anzahl der Patienten in einer ambulanten Psychotherapie,
- der Anteil der Patienten mit einer Gruppentherapie, einer Einzeltherapie sowie einer Kombination aus einer Einzel- und Gruppentherapie,
- diese Daten jeweils aufgeschlüsselt nach Altersgruppen, Geschlecht, angewandten Verfahren und Diagnosen,
- die Behandlungsdauer für Patienten mit einer reinen Gruppentherapie, einer reinen Einzeltherapie sowie einer Kombination aus einer Einzel- und Gruppentherapie – aufgeschlüsselt nach Verfahren und Diagnosen.

Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt durch den Unterausschuss Psychotherapie des G-BA.

3 Würdigung der Stellungnahmen

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen, die Bundesärztekammer (BÄK) und die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) haben mit Datum vom 20. März 2015 (BÄK) bzw. vom 31. März 2015 (BPtK) schriftliche Stellungnahmen vorgelegt.

Die **BÄK** begrüßt die geplante Änderung der Psychotherapierichtlinie zur Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren. Insbesondere befürwortet sie die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans vor Beginn der Behandlung bei Kombination von Einzel- und Gruppentherapie sowie die Abstimmung zwischen verschiedenen Therapeuten und gegenseitige Information über den Verlauf der Behandlung sowie die geplante Evaluation des G-BA zu den Auswirkungen der Regeländerung auf die Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie in den psychoanalytisch begründeten Verfahren auf Basis von Routinedaten.

Auch die **BPtK** begrüßt ausdrücklich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dem vorliegenden Beschlussentwurf eine Flexibilisierung bei der Kombination der Anwendungsformen Einzel- und Gruppentherapie in den Verfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie analog den Regelungen für das Psychotherapieverfahren Verhaltenstherapie vorsieht. Insgesamt teilt die BPtK die inhaltlichen Ziele des vorliegenden Beschlussentwurfs. Einzelne Formulierungen des Beschlussentwurfs erscheinen der BPtK jedoch noch potenziell missverständlich beziehungsweise unter systematischen Gesichtspunkten verbesserungswürdig. Daher hat die BPtK konkrete Änderungsvorschläge zu den einzelnen, im Beschlussentwurf des G-BA aufgeführten Änderungen unterbreitet und diese begründet.

Die **BPtK** schlägt vor,

Satz 2 des § 19 Absatz 1 des Beschlussentwurfs ersatzlos zu streichen und § 19 Absatz 1 aus systematischen Gründen im Sinne einer allgemeinen Regelung für alle drei anerkannten Psychotherapieverfahren wie folgt neu zu formulieren:

§ 19 Absatz 1:

„Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie können als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden.“

Der G-BA folgt diesem Vorschlag der BPtK mit der Modifizierung, dass Satz 2 aus dem Beschlussentwurf des G-BA („Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination auch gemäß § 14a Absatz 3 Nummer 4 aufgrund eines dazu besonders begründeten Erstantrages durchgeführt werden“) beibehalten wird. Letzteres begründet der G-BA damit, dass bei der Methode gem. § 14a Absatz 3 Nummer 4 PT-RL die Kombination von Einzeltherapie und Gruppentherapie essentiell ist und dies weiterhin mit der Formulierung in § 19 Absatz 1 hervorgehoben werden soll. Aufgrund eines weiteren Hinweises der BPtK werden, zur Klarstellung und um Missverständnisse zu vermeiden, in Satz 2 die Worte *„aufgrund eines besonders begründeten Erstantrages“* gestrichen. Zusätzlich wurde vom G-BA in Satz 1 zur Klarstellung das Wort *„jeweils“* eingefügt:

§ 19 Absatz 1:

„Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie können jeweils als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden. Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination auch gemäß § 14a Absatz 3 Nummer 4 durchgeführt werden.“

Ebenfalls wurde dem Vorschlag der BPtK gefolgt, dass bei Annahme des Regelungsvorschlags der BPtK zu § 19 Absatz 1 PT-RL entsprechend § 19 Absatz 2 des Beschlussentwurfs des G-BA entfallen könne.

Des Weiteren hatte die BPtK vorgeschlagen, in § 19 Absatz 2 (neu, im Beschlussentwurf § 19 Absatz 3) in Anlehnung an eine vergleichbare Regelung zur neuropsychologischen Therapie in der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (Anlage 19, § 5 Absatz 4) wie folgt zu formulieren:

§ 19 Absatz 2:

„Bei Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist dies entsprechend im Behandlungsplan zu berücksichtigen. Bei gleichzeitiger Behandlung durch verschiedene Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten sollen diese sich wechselseitig über den Behandlungsplan informieren, wenn die Patientin oder der Patient einwilligt. Eine gegenseitige Information über den Verlauf der Behandlung ist anzustreben.“

Diesem Änderungsvorschlag der BPtK folgt der G-BA nicht, da eine verbindliche Regelung der gemeinsamen Behandlungsplanung und Abstimmung im Behandlungsprozess vorgesehen war. Die von der BPtK vorgeschlagenen Formulierungen erscheinen dem G-BA in diesem Sinne zu wenig verbindlich. Der G-BA greift jedoch den Vorschlag einer notwendigen Einwilligung des Patienten auf:

§ 19 Absatz 2 (neu):

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

Des Weiteren hat die BPtK vorgeschlagen, § 19 Absatz 3 (neu, im BE § 19 Absatz 4) wie folgt zu fassen:

§ 19 Absatz 3:

„Der G-BA evaluiert auf der Basis von Sozialdaten für einen Zeitraum von 4 Jahren nach Inkrafttreten der Regelung in § 19 Absatz 1 die Auswirkungen dieser Regelungsänderung auf die Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie in den psychoanalytisch begründeten Verfahren und in der Verhaltenstherapie.“

Nach Auffassung des G-BA ist die Überprüfung auf die psychoanalytisch begründeten Verfahren zu beschränken, da sich die Regelungsänderung allein auf diese Verfahren bezieht. Eine Einbeziehung von Sozialdaten ist nicht erforderlich, da die Fragestellung sich mit den anonymisierten Abrechnungsdaten der KBV ausreichend beantworten lässt.

Der G-BA greift die Anregung der BPtK zum Gegenstand der Überprüfung auf und präzisiert die Formulierung wie folgt:

§ 19 Absatz 3:

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

Ein weiterer Vorschlag der BPtK lautet, die Sätze 2, 3 und 4 des Beschlussentwurfs des G-BA zu § 23b Absatz 1 Nummer 2a stattdessen in § 23b Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 2 jeweils als Sätze 2, 3 und 4 einzufügen.

Der G-BA schließt sich der Argumentation der BPtK an, die Vorgaben zu den Kontingenten aus systematischen Gründen nicht unter Nummer 2a (neu) zu fassen, da diese missverständlicher Weise allein der in Nummer 2 geregelten tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie zugeordnet werden könnten. Anders als von der BPtK vorgeschlagen, wird die Regelung allerdings nicht jeweils Nummer 1 und 2 zugeordnet, sondern in Nummer 3 gefasst:

§ 23b Absatz 1 Nummer 3:

„Psychoanalytisch begründete Verfahren nach Ziffer 1 und 2 können als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden. Die zur Verfügung gestellten Kontingente entsprechen denen der überwiegend durchgeführten Anwendungsform. Dabei wird die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamttherapiekontingent von Einzeltherapie als Einzelstunde gezählt. Entsprechend wird die in der Einzeltherapie erbrachte Stunde im Gesamttherapiekontingent von Gruppentherapie als Doppelstunde gezählt.“

4 Bürokratiekostenermittlung

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

5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Verfahrensschritte
10.01.2013		Antrag der Patientenvertretung zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie zur Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren
18.04.2013	Plenum	Der Beratungsantrag wird angenommen und das Beratungsverfahren gem. 2. Kap. § 5 Abs. 1 VerfO eingeleitet. Der Unterausschuss Psychotherapie wird mit der Beratung des o. g. Themas beauftragt
04.06.2013	UA PT	Einrichtung einer AG zur Bearbeitung des Beratungsantrages, die zum o.g. Thema eine Expertenbefragung durchführen soll
25.07.2013	AG Einzel- und Gruppentherapie	Vorbereitung der Expertenanhörung
30.10.2013	AG Einzel- und Gruppentherapie	Durchführung und Auswertung der Expertenanhörung Auftrag Literaturrecherche zu folgenden zwei Fragestellungen: <ol style="list-style-type: none">1. Kombinationen von Einzel- und Gruppentherapie in psychoanalytisch begründeten Verfahren2. Teilnehmerzahlen (Mindest- und Höchst-Teilnehmerzahl) für psychoanalytisch begründete Gruppentherapien
04.12.2013	UA PT	Kenntnisnahme der Ergebnisse der Expertenanhörung und Auftrag Literaturrecherche
18.02.2014	AG Einzel- und Gruppentherapie	Festlegung der Screeningkriterien zur Literaturlauswertung und Beginn der Literaturlauswertung
09.07.2014	AG Einzel- und Gruppentherapie	Literaturlauswertung
10.09.2014	UA PT	Sachstandsbericht der AG Einzel- und Gruppentherapie
17.09.2014	AG Einzel- und Gruppentherapie	Literaturlauswertung
18.11.2014	AG Einzel- und Gruppentherapie	Restliche Literaturlauswertung Erarbeitung des Beschlussentwurfes und der Tragenden Gründe
10.12.2014	AG Einzel- und Gruppentherapie	Erarbeitung des Beschlussentwurfes und der Tragenden Gründe

29.01.2015	AG Einzel- und Gruppentherapie	Erarbeitung des Beschlussentwurfes und der Tragenden Gründe
02.03.2015	UA PT	Einleitung der Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V im schriftlichen Verfahren
06.05.2015	AG Einzel- und Gruppentherapie	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
10.06.2015	UA PT	Mündliche Stellungnahmen (Anhörung) u. Würdigung der Stellungnahmen, abschließende Beratung der Beschlussentwürfe u. der Tragenden Gründe
16.07.2015	Plenum	Beschlussfassung
	BMG	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V
	BAnz	Veröffentlichung des Beschlusses
		Inkrafttreten des Beschlusses über die Richtlinienänderung

6 Fazit

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

Berlin, den 16. Juli 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

7 Anhang

Literaturrecherche – Auswahlkriterien und Ergebnisse

Im Januar 2014 wurde eine systematische Literaturrecherche zu den oben genannten Fragestellungen durchgeführt. Zur Suche wurden die bibliographischen Datenbanken Medline, PsycINFO, PSYINDEX über die Suchoberfläche OVID und die Datenbanken der Cochrane Library verwendet. Ergänzend wurde zur Identifizierung von thematisch möglicherweise relevanten Lehrbüchern das Suchportal medpilot (www.medpilot.de) mit folgenden Begriffen durchsucht: (Gruppentherapie AND Einzeltherapie) OR (group therapy AND individual therapy). Zudem wurden die von den Experten zur Verfügung gestellten Dokumente nach möglicherweise relevanten Literaturhinweisen bzw. Hinweisen auf laufende Projekte/Studien gesichtet. Insgesamt ergab dies 2172 Fundstellen.

Recherchestrategie

Cochrane Library

The Cochrane Library am 13.01.2014

Suchschritt	Suchfrage
1	MeSH descriptor: [Self Psychology] explode all trees
2	MeSH descriptor: [Psychoanalysis] explode all trees
3	MeSH descriptor: [Psychoanalytic Therapy] explode all trees
4	(psychodynamic or psychosomatic or psychoanalytic* or time next limited or interactional or supportive next expressive or transference next focused or focal next interpersonal):ti,ab
5	(therap* or psychotherap* or treatment* or intervention*):ti,ab
6	#1 or #2 or #3
7	#4 and #5
8	(dynamic and psychotherap*):ti,ab
9	(dynamic next therap* or dynamic next treatment* or dynamic next intervention* or self next psychology or "psychology of self" or psychoanalysis or psychoanalytically next oriented):ti,ab
10	(analytically next oriented or analytic* next therap* or analytic* next psychotherap* or analytic* next intervention* or analytic* next treatment* or individual next psychology):ti,ab
11	#6 or #7 or #8 or #9 or #10
12	group:ti
13	MeSH descriptor: [Psychotherapy, Group] explode all trees
14	#12 or #13
15	#11 and #14

MEDLINE

Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present, Ovid MEDLINE(R) Daily Update November 20, 2013 am 10.01.2014

Suchschritt	Suchfrage
1	exp SELF PSYCHOLOGY/
2	exp PSYCHOANALYSIS/
3	exp PSYCHOANALYTIC THERAPY/
4	(psychodynamic or psychosomatic or psychoanalytic* or time limited or interactional or supportive expressive or transference focused or focal interpersonal).ti,ab.
5	(therap* or psychotherap* or treatment* or intervention*).ti,ab.
6	4 and 5
7	1 or 2 or 3
8	(dynamic and psychotherap*).ti,ab.
9	dynamic therap*.ti,ab.
10	dynamic treatment*.ti,ab.
11	dynamic intervention*.ti,ab.
12	self psychology.ti,ab.
13	psychology of self.ti,ab.
14	psychoanalysis.ti,ab.
15	psychoanalytically oriented.ti,ab.
16	analytically oriented.ti,ab.
17	analytic* therap*.ti,ab.
18	analytic* psychotherap*.ti,ab.
19	analytic* intervention*.ti,ab.
20	analytic* treatment*.ti,ab.
21	individual psychology.ti,ab.
22	8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21
23	6 or 7 or 22
24	group.ti.
25	exp group psychotherapy/
26	24 or 25
27	23 and 26
28	((randomized controlled trial or controlled clinical trial).pt. or randomi#ed.ab. or randomly.ab. or placebo\$.ab. or drug therapy.fs. or trial.ab. or groups.ab. or (control\$ adj3 (trial\$ or study or studies)).ab,ti. or ((singl\$ or doubl\$ or tripl\$ or trebl\$) adj3 (blind\$ or mask\$ or dummy)).mp.) not (animals not (humans and animals)).sh.
29	((medline or medlars or embase or pubmed or cochrane or scisearch or

	psychinfo or psycinfo or psychlit or psyclit or cinahl or (hand adj2 search\$) or (manual\$ adj2 search\$) or electronic database\$ or bibliographic database\$ or computerized database\$ or online database\$ or pooling or pooled or mantel haenszel or peto or dersimonian or der simonian or fixed effect).tw,sh. or (retraction of publication or retracted publication).pt.) and (review or review,tutorial or review, academic).pt.) or meta-analysis.pt. or meta-analysis.sh. or (meta-analys\$ or meta analys\$ or metaanalys\$ or (systematic\$ adj5 review\$) or (systematic\$ adj5 overview\$) or (quantitativ\$ adj5 review\$) or (quantitativ\$ adj5 overview\$) or (quantitativ\$ adj5 synthesis\$) or (methodologic\$ adj5 review\$) or (methodologic\$ adj5 overview\$) or (integrative research review\$ or research integration)).tw,sh. or ((search* and (medline or medlars or embase or pubmed or cinahl or amed or psychlit or psyclit or psychinfo or psycinfo or scisearch or cochrane or database* or computer*)) or ((data adj3 extract*) or extracted data or (systematic* adj2 search*))).ti,ab.
30	27 and 28
31	27 and 29
32	30 or 31
33	individual.ti.
34	(individual adj6 (therap* or psychotherap* or CBT or treatment* or intervention* or counseling or counselling)).ab.
35	33 or 34
36	27 and 35
37	32 or 36

PsycINFO

PsycINFO 1806 to January Week 1 2014 am 10.01.2014

Suchschritt	Suchfrage
1	exp PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY/
2	exp SELF PSYCHOLOGY/
3	exp PSYCHOANALYTIC THERAPY/
4	exp PSYCHOANALYSIS/
5	exp ANALYTICAL PSYCHOTHERAPY/
6	exp INDIVIDUAL PSYCHOLOGY/
7	exp ADLERIAN PSYCHOTHERAPY/
8	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7
9	(psychodynamic or psychosomatic or psychoanalytic* or time limited or interactional or supportive expressive or transference focused or focal interpersonal).ti,ab,kp.
10	(therap* or psychotherap* or treatment* or intervention*).ti,ab,kp.
11	9 and 10
12	(dynamic and psychotherap*).ti,ab,kp.

13	dynamic therap*.ti,ab,kp.
14	dynamic treatment*.ti,ab,kp.
15	dynamic intervention*.ti,ab,kp.
16	self psychology.ti,ab,kp.
17	psychology of self.ti,ab,kp.
18	psychoanalysis.ti,ab,kp.
19	psychoanalytically oriented.ti,ab,kp.
20	analytically oriented.ti,ab,kp.
21	analytic* therap*.ti,ab,kp.
22	analytic* psychotherap*.ti,ab,kp.
23	analytic* intervention*.ti,ab,kp.
24	analytic* treatment*.ti,ab,kp.
25	individual psychology.ti,ab,kp.
26	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25
27	8 or 11 or 26
28	group.ti.
29	exp group psychotherapy/
30	(group therapy or group psychotherapy).kp.
31	28 or 29 or 30
32	27 and 31
33	((comprehensive* or systematic*) adj3 (bibliographic* or review* or literature)) or (meta-analy* or metaanaly* or "research synthesis" or ((information or data) adj3 synthesis) or (data adj2 extract*))) .ti,ab,id. or ((review adj5 (rational or evidence)) .ti,ab,id. and "Literature Review".md.) or (cinahl or cochrane or embase or medline or psyclit or (psycinfo not "psycinfo database") or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science").ab. or ("systematic review" or "meta analysis").md. or (literature review.md. and (studies or trials).ti,ab.) or (meta analysis or metaanalysis or systematic review).kp. or exp meta analysis/
34	(treatment effectiveness evaluation or clinical trials or mental health program evaluation or placebo).sh. or (placebo\$ or randomi#ed or trial\$ or (control\$ adj3 (trial\$ or study or studies or group\$)) or factorial\$ or allocat\$ or assign\$ or volunteer\$ or (crossover\$ or cross over\$)).ti,ab. or randomly.ab. or ((singl\$ or doubl\$ or trebl\$ or tripl\$) adj3 (blind\$ or mask\$ or dummy)).mp. or (quasi adj (experimental or random\$)).mp. or "2000".md. or (randomized controlled trial or controlled clinical trial or controlled trial).kp.
35	32 and 33
36	32 and 34
37	35 or 36
38	individual.ti.

39	(individual adj6 (therap* or psychotherap* or CBT or treatment* or intervention* or counseling or counselling)).ab.
40	38 or 39
41	32 and 40
42	41 or 37

PSYNDEX

PSYNDEXplus Literature and Audiovisual Media 1977 to November 2013 am 10.01.2014

Suchschritt	Suchfrage
1	exp PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY/
2	exp SELF PSYCHOLOGY/
3	exp PSYCHOANALYTIC THERAPY/
4	exp PSYCHOANALYSIS/
5	exp ANALYTICAL PSYCHOTHERAPY/
6	exp INDIVIDUAL PSYCHOLOGY/
7	exp ADLERIAN PSYCHOTHERAPY/
8	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7
9	(psychodynamic or psychosomatic or psychoanalytic* or time limited or interactional or supportive expressive or transference focused or focal interpersonal).ti,ab,kp.
10	(therap* or psychotherap* or treatment* or intervention*).ti,ab,kp.
11	9 and 10
12	(dynamic and psychotherap*).ti,ab,kp.
13	dynamic therap*.ti,ab,kp.
14	dynamic treatment*.ti,ab,kp.
15	dynamic intervention*.ti,ab,kp.
16	self psychology.ti,ab,kp.
17	psychology of self.ti,ab,kp.
18	psychoanalysis.ti,ab,kp.
19	psychoanalytically oriented.ti,ab,kp.
20	analytically oriented.ti,ab,kp.
21	analytic* therap*.ti,ab,kp.
22	analytic* psychotherap*.ti,ab,kp.
23	analytic* intervention*.ti,ab,kp.
24	analytic* treatment*.ti,ab,kp.
25	individual psychology.ti,ab,kp.
26	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25

27	8 or 11 or 26
28	group.ti.
29	exp group psychotherapy/
30	(group therapy or group psychotherapy).kp.
31	28 or 29 or 30
32	(psychodynamisch* therap* or psychodynamisch* psychotherap*).ti,ab.
33	dynamisch* psychotherap*.ti,ab.
34	selbstpsychologie.ti,ab.
35	(analytisch* therap* or analytisch* psychotherap* or psychoanalytisch* therap* or psychoanalytisch* psychotherap*).ti,ab.
36	psychoanalyse.ti,ab.
37	individualpsychologie.ti,ab.
38	(interaktionell* therap* or interaktionell* psychotherap*).ti,ab.
39	32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38
40	27 or 39
41	31 and 40
42	(treatment effectiveness evaluation or clinical trials or mental health program evaluation or placebo).sh. or (placebo\$ or randomi#ed or trial\$ or (control\$ adj3 (trial\$ or study or studies or group\$)) or factorial\$ or allocat\$ or assign\$ or volunteer\$ or (crossover\$ or cross over\$) or (kontrollierte* adj25 studie*) or (klinische* adj25 studie*) or kontrollgruppe* or randomi#iert* or (doppelblind\$ or doppel-blind\$)).ti,ab. or randomly.ab. or ((singl\$ or doubl\$ or trebl\$ or tripl\$) adj3 (blind\$ or mask\$ or dummy)).mp. or (quasi adj (experimental or random\$)).mp. or clinical study.ep. or (experimental study or multicenter study).md. or randomized controlled trial.kp. or controlled clinical trial.kp. or controlled trial.kp.
43	((comprehensive* or systematic*) adj3 (bibliographic* or review* or literature)) or (meta-analy* or metaanaly* or "research synthesis" or ((information or data) adj3 synthesis) or (data adj2 extract*)).ti,ab. or "1310".md. or "1014".md. or (cinahl or cochrane or embase or medline or psyclit or psycinfo or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science").ab. or exp meta analysis/ or meta analysis.kp. or metaanalysis.kp. or systematic review.kp. or (literaturuebersicht\$ or (systematisch\$ and (review or uebersicht\$))).ti,ab.
44	41 and 42
45	41 and 43
46	44 or 45
47	(individual adj6 (therap* or psychotherap* or CBT or treatment* or intervention* or counseling or counselling)).ab.
48	individual.ti.
49	47 or 48
50	41 and 49
51	46 or 50

Im Hinblick auf die Literatursichtung hielt die AG fest, dass diejenigen Publikationen eingeschlossen werden sollen, die eine oder mehrere der von der AG definierten bzw. vom GKV-SV aufgeführten Fragen (siehe S. 3 – 4) behandeln, und dass keine Einschränkungen hinsichtlich des Evidenzniveaus und des Publikationsjahres vorgenommen werden sollten. Darüber hinaus legte die AG folgende bei der Literatursichtung und -bewertung zu verwendenden Ausschlussgründe fest:

- I. Keine Volltextpublikation (z.B. Posterabstrakt)
- II. Keine seelische Krankheit i.S. der Richtlinien
- III. Keine Verwendung der psychoanalytisch begründeten Richtlinienverfahren
- IV. Thematisch nicht relevant

Aus der von der AG durchgeführten 1. Sichtung anhand von Titel und Abstrakt der Fundstellen resultierte eine Literaturliste, die 216 Dokumente umfasst (davon 13 von den Experten genannte Publikationen, 196 Publikationen aus bibliographischen Datenbanken und 7 über medpilot identifizierte Lehrbücher).

Diese 216 Dokumente wurden im Volltext beschafft und erneut einer Sichtung anhand der o.g. Kriterien unterzogen. Als möglicherweise relevant verblieben 60 Publikationen, deren wesentliche Ergebnisse orientierend anhand einer von der AG entwickelten Auswertungstabelle dargestellt wurden. In dieser Tabelle wurden zu jeder Publikation die entsprechenden Informationen zum Dokumententyp, der Population, dem Untersuchungsgegenstand bzw. der Intervention, dem Komparator, den Ergebnissen zur Kombination von Einzel- und Gruppentherapie, den Ergebnissen hinsichtlich der Gruppengröße sowie weitere Anmerkungen und die Entscheidung der AG bezüglich der Berücksichtigung der Publikation bei der Beschlussfassung erfasst.

Ergebnisse der Publikationen im Einzelnen

Von den zunächst 60 dargestellten Studien erschienen nach Auffassung der AG in der Gesamtbeurteilung lediglich 14 Veröffentlichungen aufgrund des Publikationstyps und der berichteten Inhalte geeignet, zu Teilaspekten der Fragestellungen der AG Hinweise zu geben. Diese Publikationen werden nachfolgend kurz dargestellt.

Nur in sechs Veröffentlichungen werden an kleinen Patientenkollektiven in verschiedenen Settings Behandlungsergebnisse von kombinierter Einzel- und Gruppentherapie (zum Teil nur an einem Teil des Gesamtkollektivs) berichtet.

- **De Zulueta, F. & Mark, P.** (2000) berichten über ein dreijähriges Projekt einer Kombinationsbehandlung von Patienten mit schwerer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei vier (von insgesamt sieben) Patienten werden Vorteile der Kombinationstherapie geschildert, bei zwei Patienten konnten keine wesentlichen Veränderungen erreicht werden. Die Kombinationstherapie wurde von verschiedenen Therapeuten durchgeführt, die sich hinsichtlich der Behandlung untereinander abgestimmt haben.
- **Eichhorn, H., Salz, M., Nishan, C.** (1982) untersuchten in ihrer Studie die Effektivität der intendierten dynamischen Gruppenpsychotherapie in offenen Gruppen im Vergleich mit geschlossenen Gruppen. Des Weiteren wurde der Grad der Strukturiertheit sowie das Gruppenerleben in den beiden unterschiedlichen Gruppentherapie-settings untersucht. Nach Behandlungsende wiesen alle Patienten

(N=160) - unabhängig vom jeweiligen Setting - signifikante positive Veränderungen auf.

- **Guseva**, O.V., Lovlev, B.V. und Shchelkova, O.L. (2002) untersuchten die Wirksamkeit einer Kombinationsbehandlung mit fokussierter psychodynamischer Einzel- und Gruppenkurzzeittherapie bei 33 schizophrenen Patienten im stationären Setting mit Vorher-Nachher-Vergleich. Die Autoren berichten über positive Effekte durch die Kombinationstherapie, insbesondere über eine Erhöhung der Selbstkontrolle.
- **Jorgensen**, C.R. et al. (2013) verglichen die Wirksamkeit einer mentalisierungsbasierten Psychotherapie (MBT nach Fonagy & Bateman) mit einer supportiven Gruppentherapie bei 85 Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung durch jeweils dieselben Therapeuten. Nach Randomisierung erhielten 58 Patienten eine intensive MBT- Kombinationstherapie aus Einzel – und Gruppentherapie (2 Termine/Woche) und 27 Patienten eine weniger intensive supportive Gruppentherapie (zweiwöchentliche Treffen), jeweils über den Zeitraum von zwei Jahren. Von den Autoren wurden für beide Gruppen signifikante Veränderungen in den erhobenen Parametern (z.B. allgemeines Funktionsniveau, soziales Funktionsniveau, diagnostische Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem SKID-Interview) berichtet. Lediglich die durch die Therapeuten beurteilte GAF-Skala zeigte ein signifikant höheres Ausmaß an positiven Veränderungen in der Gruppe, die eine MBT-Kombinationsbehandlung erhalten hatte. In dieser Gruppe fand sich ebenfalls ein Trend zu einer höheren Erholungsrate.
- **Kurzweil**, S. (2012) führte eine prospektiv vergleichende Studie an Patientinnen mit Säuglingen und Kleinkindern durch, die an Depression erkrankt waren. 23 Patientinnen erhielten eine psychodynamische Einzeltherapie, 20 eine psychodynamische Gruppentherapie und 15 eine Kombinationstherapie aus beidem. In allen Untersuchungsgruppen fanden sich signifikante Verbesserungen in der Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Skala zur globalen Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus) und der Selbstbeurteilung, wobei die Einzeltherapie das beste Ergebnis erbrachte. Die Kombinationstherapie zeige Effekte, die nicht geringer waren als bei alleiniger Gruppentherapie. Die Kombinationstherapie wurde von demselben Therapeuten durchgeführt.
- **Senf**, W., Kordy, H., von Rad M., Braeutigam, W. (1984) untersuchten im Rahmen eines Follow-up Projektes 110 Patienten mit unterschiedlichen psychischen Diagnosen (allerdings keine ICD Diagnosen), die zunächst stationär und dann ambulant mit der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie behandelt worden waren. Die Autoren fanden Hinweise auf positive Effekte durch die Kombinationsbehandlung.

Bei den weiteren Publikationen handelt es sich entweder um theoretische Übersichtsarbeiten oder um Expertenmeinungen (jeweils ohne empirische Behandlungsergebnisse von Patienten mit kombinierter Einzel- und Gruppentherapie).

- **Bieber**, T, Capponn, D., Durkin ,H.E, Rosenbaum B. (1964) berichteten in ihrem Artikel über die Vor- und Nachteile der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie anhand einer theoretischen Diskussion von verschiedenen Fachleuten, welche sich überwiegend für die Kombinationsbehandlung aussprachen.
- **Kulawik**, H. (1982) diskutiert in seiner Publikation das Für und Wider der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung und beschreibt verschiedene Möglichkeiten der Kombination (parallele Einzel- und Gruppentherapie durch den selben oder durch zwei verschiedene Therapeuten, kontinuierliche Gruppentherapie

mit nur gelegentlich stattfindenden Einzelsitzungen, einander ablösende Anwendung von Einzel- und Gruppentherapie) sowie Indikationen für kombinierte Behandlungen. Bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, bei Kranken ohne emotionale Einbindung in eine soziale Gemeinschaft und bei langdauernden Charakterstörungen wird eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie empfohlen.

- **Staats**, H. (2005) beschreibt auf der Grundlage seiner klinischen Erfahrungen in einer ärztlich-psychologischen Beratungsstelle für Studierende verschiedene Modelle zur Kombinationsbehandlung von Einzel- und Gruppentherapie und betont, dass die kombinierte Behandlung durch denselben Therapeuten erfolgreicher sei als durch unterschiedliche Therapeuten. Insgesamt spricht sich der Autor für die kombinierte Durchführung von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes auch für den ambulanten Bereich aus.
- **Staats**, H. (2012) legt in seinem theoretischen Übersichtsartikel zum Thema Kombinationsformen von Einzel- und Gruppentherapie, Handhabung von Übertragung und Gegenübertragung, anhand seiner klinischen Erfahrung in einer ärztlich-psychologischen Beratungsstelle für Studierende die Vorteile und Schwierigkeiten einer Kombinationsbehandlung dar. Bei der Therapie durch zwei Therapeuten sieht er einen regelmäßigen Austausch von Einzel- und Gruppentherapeuten als notwendig an. Als wichtigste Indikation für die Kombinationsbehandlung werden Persönlichkeitsstörungen benannt.

Zur Frage der Gruppengröße fanden sich vier Publikationen.

- **Kaplan**, H. & **Sadock**, B. (1989) empfehlen eine Gruppengröße zwischen drei und zehn Teilnehmern. Die optimale Gruppengröße liegt nach Meinung der Autoren bei acht bis zehn Teilnehmern. Des Weiteren sprechen sie sich für eine Durchführung der Einzel- und Gruppentherapie durch denselben Therapeuten aus.
- In den Artikel von **Porter** et al. (1993) wurde die Kombinationsbehandlung aufgrund der klinischen Erfahrungen der Autoren beschrieben. So würden in der Gruppentherapie multiple Übertragungen, andere Formen des Widerstandes etc. auftreten und in den Gruppen könnten neue Verhaltensweisen ausprobiert werden. Als Gruppengröße wurde eine Teilnehmerzahl von sechs bis acht mit einem Maximum von zehn Teilnehmern empfohlen.
- **Wolf**, A., **Kutash** I.L., **Nattland**, C. (1993) sehen eine Gruppengröße von acht bis zehn Patienten als ideal an. Eine solche Gruppengröße biete einen ausreichenden Übertragungsraum bezüglich der Kernfamilie und einiger wichtiger Personen außerhalb der Familie. Bei weniger als acht Gruppentherapie Teilnehmern sei keine ausreichende interpersonelle Provokation und Aktivität mehr möglich. Bei Gruppen über zehn Personen sei es für den Therapeuten und den Patienten gleichermaßen schwierig, den Überblick zu behalten.
- **Yalom**, (1979) empfiehlt als ideale Gruppengröße sieben Teilnehmer mit einem Spielraum zwischen fünf und zehn Teilnehmern.

Auflistung der 60 als möglicherweise relevant eingeschätzten Publikationen

Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. In: **Kaplan H, Sadock B (Eds.):** Comprehensive textbook of psychiatry, Vols. 1 & 2 (5th ed.). Baltimore, MD, US: Williams & Wilkins Co, 1989. S. 1442-1573.

Aronson ML. Technical Problems in Combined Therapy. Int J Group Psychother 1964; 14: 425-32.

Becker H. Kombination von psychoanalytischer Einzelpsychotherapie und Gruppentherapie. In: **Becker H, Senf W (Eds.):** Praxis der stationären Psychotherapie. Stuttgart: Thieme, 1988. S. 112-116.

Bieber T, Cappon D, Durkin HE, Rosenbaum B. A symposium on combined individual and group psychotherapy discussion. Int J Group Psychother 1964; 14: 433-54.

Bieber TB. The emphasis on the individual in psychoanalytic group therapy. Int J Soc Psychiatry 1957; 2: 275-80.

Billow RM. The radical nature of combined psychotherapy. Int J Group Psychother 2009; 59 (1): 1-28.

Caligor J. Individual and group therapy: combining psychoanalytic treatments. New York: Basic Books, 1984.

de Zulueta F, Mark P. Attachment and contained splitting: A combined approach of group and individual therapy to the treatment of patients suffering from borderline personality disorder. Group Analysis 2000; 33 (4): 486-500.

de Zulueta F, Mark P. Bindung und (aus)gehaltene Spaltung: Eine Kombination von Gruppen- und Einzelpsychotherapie zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persoenlichkeitsstoerung. Arbeitshefte Gruppenanalyse 2001; 16: 114-29.

Eichhorn H, Salz M, Nischan C. Empirische Untersuchungen zur Psychotherapie von Neurosen in offenen und geschlossenen Gruppen. [Empirical studies on psychotherapy of neuroses in open and closed groups]. In: **Hoeck, K.** Gruppenpsychotherapieforschung. Leipzig: Barth, 1982. S. 133-146.

Ezquerro A, Bajaj P. Combining individual and group analytic psychotherapy: When the group is not enough, or is it? Group 2007; 31 (1-2): 5-16.

Geller JJ. The use of group psychotherapy for long-term analytic treatment. Z Psychosom Med Psychoanal 1969; 15 (1): 44-51.

Guseva OV, Iovlev BV, Shchelkova OI. Combined (individual and group) psychodynamic psychotherapy in the rehabilitation of schizophrenic patients. International Journal of Mental Health 2002; 31 (2): 61-7.

Hey G. Die Indikation von Gruppen- und Einzeltherapie in der Behandlung des Alkoholismus aus psychoanalytischer Sicht. Suchtgefahren 1986; 32 (4): 243-53.

Hirsch M. Kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie der Bulimie. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 1990; 35 (6): 315-22.

- Jorgensen CR, Freund C, Boye R, Jordet H, Andersen D, Kjolbye M.** Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127 (4): 305-17.
- Kauff PF.** Transference in combined individual and group psychotherapy. *Int J Group Psychotherap* 2009; 59 (1): 29-46.
- Kulawik H.** Kombination der dynamischen Gruppenpsychotherapie mit der psychodynamischen Einzeltherapie. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)* 1982; 34 (4): 222-8.
- Kulawik H, Schmaus C.** Psychotherapie-Methoden-Kombination: Zwischenbilanz und Neubesinnung. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)* 1982; 34 (11): 641-6.
- Kurzweil S.** Psychodynamic therapy for depression in women with infants and young children. *Am J Psychother* 2012; 66 (2): 181-99.
- La Valle JJ.** Combined group and individual psychoanalysis: An antidote to Ferenczi's identification with the aggressor. *Group* 1999; 23 (3-4): 173-85.
- Levin S.** Some comparative observations of psychoanalytically oriented group and individual psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 1963; 33: 148-60.
- Lofton P, Daughterty C, Mayerson P.** Combined Group and Individual Treatment for the Borderline Patient. *Group* 1983; 7 (3): 21-6.
- Marks MJ.** Psychoanalytic developmental psychology groups. In: **Kutash I, Wolf A (Eds.):** The group psychotherapist's handbook: Contemporary theory and technique. New York, NY, US: Columbia University Press, 1990. S. 116-134.
- Meissner WW.** The psychotherapies: Individual, family, and group. In: **Nicholi A (Ed.):** The new Harvard guide to psychiatry. Cambridge, MA, England: Belknap Press, 1988. S. 449-480.
- Menarini R.** The symptom in the group situation. (Trans S. D. Weston). *Group Analysis* 1996; 29 (4): 441-7.
- Ormont LR.** The resolution of resistances by conjoint psychoanalysis. *Psychoanal Rev* 1964; 51 (3): 89-101.
- Ormont LR.** Principles and practice of conjoint psychoanalytic treatment (1981). In: **Furgeri, LB (Ed.)** The technique of group treatment: The collected papers of Louis R. Ormont. Madison, CT, US: Psychosocial Press, 2001. S. 233-243.
- Ormont LR.** The practice of conjoint therapy combining individual and group treatment. New York: Human Sciences Press, 1978.
- Pines M.** The Evolution of Group Analysis. London: Routledge & Kegan Paul, 1983.
- Porter K.** Combined individual and group psychotherapy: a review of the literature 1965-1978. *Int J Group Psychother* 1980; 30 (1): 107-14.
- Porter K, Kaplan HI, Sadock BJ, Edwards N, O'Hearne JJ, Berger MM, Sussman N.** Special practices in group psychotherapy. In: **Kaplan H, Sadock B (Eds.):** Comprehensive group psychotherapy (3rd ed.). Baltimore, MD, US: Williams & Wilkins Co, 1993. S. 314-371.

- Praper P.** The difficult patient in combined therapy: A case study. *Psiholoska Obzorja / Horizons of Psychology* 2002; 11 (1): 25-30.
- Roth BE.** Some problems with treatment: destructive enactments in combined therapy. *Int J Group Psychother* 2009; 59 (1): 47-66.
- Sager CJ.** A Symposium on Combined Individual and Group Psychotherapy: Insight and Interaction in Combined Therapy. *Int J Group Psychother* 1964; 14: 403-12.
- Sager CJ.** Combined individual and group psychoanalysis: Symposium, 1959: Concurrent individual and group analytic psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 1960; 30 (2): 225-41.
- Schachter J.** Concurrent individual and individual-in-a-group psychoanalytic psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc* 1988; 36 (2): 455-80.
- Schechter DE.** The integration of group therapy with individual psychoanalysis. *Curr Psychiatr Ther* 1961; 1: 145-51.
- Schechter DE.** The integration of group therapy with individual psychoanalysis. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 1959; 22: 267-76.
- Schermer VL.** On the vicissitudes of combining individual and group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 2009; 59 (1): 149-62.
- Schlachet PJ.** Unity in duality: The synthesis of individual and group psychoanalytic psychotherapy. *Group* 1990; 14 (4): 205-17.
- Schulze E.** Ueberlegenheit der kombinierten Gruppen- und Einzeltherapie gegenueber der alleinigen Gruppentherapie? eine empirische Studie an stationaeren Psychotherapiepatienten. Hannover, Med. Hochsch., Diss., 2004.
- Senf W, Kordy H, von Rad M, Braeutigam W.** Indication in psychotherapy on the basis of a follow-up study. *Psychother Psychosom* 1984; 42: 37-47.
- Silverman SE, Rotenberg CT.** Multilateral transference relationship and therapeutic regression: A case report. *J Am Acad Psychoanal* 1995; 23 (2): 335-52.
- Staats H.** Ambulante analytische Einzel- und Gruppentherapie bei Patienten mit Persoenlichkeitsstoerungen. Hilfreiche Kombination oder Einladung zum Agieren? In: **Schloesser A, Gerlach A (Eds.):** Grenzen ueberschreiten - Unterschiede integrieren. Psychoanalytische Psychotherapie im Wandel. Giessen: Psychosozial-Verlag, 2012. S. 59-74.
- Staats H.** Gruppenpsychotherapie als Teil eines Gesamtbehandlungsplans - stationaer und auch ambulant? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 2005; 41 (2): 153-75.
- Stein A.** The Nature of Transference in Combined Therapy. *Int J Group Psychother* 1964; 14: 413-24.
- Swiller HI.** Alexithymia: treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1988; 38 (1): 47-61.
- Torda C.** An effective therapeutic method for the LSD user. *Percept Mot Skills* 1970; 30 (1): 79-88.
- Ulman KH.** The ghost in the group room: countertransference pressures associated with conjoint individual and group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 2002; 52 (3): 387-407.

van Haren W. (Therapie-) Krisen in der Gruppe: Positive Negativerfahrungen. *Psychotherapeut* 2014; 59: 52-6.

van Montfoort R, Thelosen E. Combined individual and group-analytic psychotherapy with young psychotics. *Group Analysis* 1994; 27 (4): 497-503.

Wallace BC. Cocaine dependence treatment on an inpatient detoxification unit. *J Subst Abuse Treat* 1987; 4 (2): 85-92.

Wassell BB. Group psychoanalysis. Chapter 13: Combined Psychoanalysis - The Treatment of Choice. Oxford, England: Philosophical Library, 1959.

Willems H. Psychotherapie und Gesellschaft. Voraussetzungen, Strukturen und Funktionen von Individual- und Gruppentherapien. Opladen: Westdeutscher Verl., 1994.

Wolberg AR. The psychoanalytic treatment of the borderline patient in the individual and group setting. *Topical Problems of Psychotherapy* 1960; 2: 174-97.

Wolf A, Kutash IL, Nattland C. The primacy of the individual in psychoanalysis in groups. Lanham, MD, US: Jason Aronson 1993. -xiv, 290 pp.

Wolfe HH, Solomon EB. Individual and group psychotherapy: Complementary growth experiences. *Int J Group Psychother* 1973; 23 (2): 177-84.

Wruck P, Finger K, Thaut C. Individueller Phasenverlauf und Rollenwandel bei Neurosepatienten in offenen intendiert-dynamischen Psychotherapiegruppen. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)* 1983; 35 (7): 416-24.

Yalom ID. Gruppenpsychotherapie - Grundlagen und Methoden. Ein Handbuch. Muenchen: Kindler, 1974.

8 Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

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

Der Unterausschuss Psychotherapie hat mit Schreiben vom 2. März 2015 das Stellungnahmeverfahren zu den die Gruppentherapie betreffenden Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie eingeleitet.

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

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

Tabelle 1

Institution / Organisation	Beschluss des UA PT	Unterlagen versandt	Fristende	Eingang der SN	Mündliche Anhörung
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V	02.03.2015	03.03.2015	31.03.2015	20.03.2015	verzichtet
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V	02.03.2015	03.03.2015	31.03.2015	31.03.2015	10.06.2015

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie- Richtlinie: Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 (BAnz 17.04.2009 Nr. 58, S.1399), zuletzt geändert am 16. Oktober 2014 (BAnz AT 02.01.2015 B 2), wie folgt zu ändern:

- I. § 19 wird wie folgt geändert:
 1. Der Wortlaut wird Absatz 1.
 2. Im neuen Absatz 1 werden in Satz 1 die Wörter „grundsätzlich ausgeschlossen“ durch das Wort „möglich“ ersetzt.
 3. Im neuen Absatz 1 wird in Satz 2 das Wort „nur“ durch das Wort „auch“ ersetzt.
 4. Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„Verhaltenstherapie kann als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden.“
 5. Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„Aufbauend auf der Diagnostik ist bei Kombinationen von Einzel- und Gruppentherapie vor Beginn der Behandlung ein Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. Bei gleichzeitiger Behandlung durch verschiedene Therapeuten ist der Gesamtbehandlungsplan in Abstimmung zu erstellen und eine gegenseitige Information über den Verlauf der Behandlung sicherzustellen.“
 6. Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„Der G-BA evaluiert auf Basis von Routinedaten für einen Zeitraum von 4 Jahren nach Inkrafttreten der Regelung in § 19 Absatz 1 die Auswirkungen der Regeländerung auf die Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie in den psychoanalytisch begründeten Verfahren.“

II. § 23b Absatz 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

„Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Ziffer 1 und 2 können als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden. Die zur Verfügung gestellten Kontingente entsprechen denen der überwiegend durchgeführten Anwendungsform.

Dabei wird die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamtherapiekontingent der Einzeltherapie als Einzelstunde gezählt. Entsprechend wird die in der Einzeltherapie erbrachte Einzelstunde im Gesamtherapiekontingent der Gruppentherapie als Doppelstunde gezählt.“

2. In Nummer 3 Satz 2 werden vor dem Wort „Verhaltenstherapie“ die Wörter „In der“ eingefügt.

3. In Nummer 3 Satz 2 werden die Angabe „kann als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden, wobei“ sowie das Wort „wird“ gestrichen.

4. In Nummer 3 Satz 2 wird nach dem Wort „Verhaltenstherapie“ das Wort „wird“ eingefügt.

III. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie- Richtlinie: Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren

Vom Beschlussdatum

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Expertenbefragung.....	2
2.2	Systematische Literaturrecherche	3
2.3	Ergebnisse der Literatursichtung.....	4
2.4	Zusammenfassende Bewertung und Schlussfolgerungen.....	4
3	Würdigung der Stellungnahmen	5
4	Bürokratiekostenermittlung.....	5
5	Verfahrensablauf.....	5
6	Fazit.....	6

1 Rechtsgrundlagen

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

2 Eckpunkte der Entscheidung

Die Patientenvertretung hat am 10. Januar 2013 den Antrag gestellt, § 19 Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) ersatzlos zu streichen, demzufolge die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren grundsätzlich ausgeschlossen ist. Stattdessen solle, so die Patientenvertretung, in § 23b PT-RL geregelt werden, dass psychoanalytisch begründete Verfahren als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden können.

Zurzeit ist gemäß § 19 Satz 2 PT-RL eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie bei den psychoanalytisch begründeten Verfahren lediglich im Ausnahmefall möglich, nämlich bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in der Sonderform der niederfrequenten Therapie in einer längerfristigen, haltgewährenden therapeutischen Beziehung gemäß § 14a Absatz 3 Nr. 4 PT-RL.

Die Patientenvertretung begründet ihren Antrag damit, dass der von der PT-RL angenommenen Unvereinbarkeit von Gruppen- und Einzeltherapiesitzungen keine ausreichende Evidenz zugrunde liege. Sie verweist auf schriftliche Stellungnahmen von Experten zu diesem Thema, die dem Unterausschuss Psychotherapie vorlagen. Die Experten hätten dem Unterausschuss nahe gelegt, die grundsätzlich ausgeschlossene Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapiesitzungen im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren aufzuheben, und dargelegt, dass die kombinierte Therapieform unter sorgfältiger Prüfung des Krankheits-/Gesundheitszustandes des Patienten bzw. der Patientin, seiner bzw. ihrer „patientenindividuellen“ Indikation und Bedürfnisse fachlich geboten sein könne.

Der konkrete Beschlussvorschlag der Patientenvertretung sieht neben der Streichung von § 19 PT-RL vor, in § 23b Absatz 1 PT-RL folgende Ziffer 2a zu ergänzen:

„Psychoanalytisch begründete Verfahren nach Ziffer 1 und 2 können als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden, wobei die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamttherapiekontingent als Einzelstunde gezählt wird.“

Das Plenum hat den Antrag der Patientenvertretung in seiner Sitzung am 18. April 2013 beraten und den Unterausschuss Psychotherapie (UA PT) mit der Beratung des Themas beauftragt. Der UA PT hat am 4. Juni 2013 beschlossen, eine AG zur Bearbeitung des Beratungsantrages einzurichten. Die AG wurde vom UA PT mit der Durchführung einer Expertenbefragung sowie mit einer systematischen Literaturrecherche zu der Fragestellung beauftragt.

2.1 Expertenbefragung

Die AG Einzel- und Gruppentherapie hat in ihrer Sitzung am 30. Oktober 2013 eine Expertenbefragung zur Flexibilisierung in Bezug auf die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie bei den psychoanalytisch begründeten Verfahren durchgeführt. Von den sechs der von den Bänken und der Patientenvertretung benannten Experten konnten vier an der Befragung teilnehmen; alle Experten haben im Vorfeld der Sitzung schriftliche Stellungnahmen zu den von der AG erarbeiteten Fragen eingereicht.

Fünf der Experten plädierten aufgrund ihrer klinischen Erfahrung für eine Kombinierbarkeit zumindest in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Drei dieser Experten hielten die Kombinierbarkeit nur im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie für sinnvoll. Zwei der Experten hielten auch eine Kombination in der analytischen Psychotherapie für sinnvoll. Ein Experte sprach sich explizit gegen eine Kombination und für die Beibehaltung der bisherigen Regelung in der Richtlinie aus. Es würden keine belastbaren (Forschungs-) Ergebnisse vorliegen, die eine solche grundlegende Änderung begründen könnten.

Alle Experten, die für die Kombinierbarkeit votierten, sprachen sich dafür aus, keine Vorgaben zum Verhältnis von Einzel- und Gruppentherapie zu machen, sondern dieses im Rahmen einer Behandlungsplanung in die fachliche Entscheidung des Therapeuten zu legen. Die Experten erwarteten von der Kombinierbarkeit eine Verbesserung der Versorgung, weil dadurch auf Seiten der Patienten und Therapeuten die Wahrscheinlichkeit steige, Gruppentherapien zu nutzen bzw. anzubieten; Wartezeiten würden sich reduzieren und die Häufigkeit von Therapieabbrüchen sinke.

Der Experte, der gegen die Kombinierbarkeit war, erwartete dadurch negative Auswirkungen auf die psychoanalytisch begründete Gruppentherapie. Die Einführung einer „beliebigen Kombinierbarkeit“ von Einzel- und Gruppentherapie könne die spezifische Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie erheblich beeinträchtigen.

2.2 Systematische Literaturrecherche

Die AG beauftragte die Fachberatung Medizin, eine systematische Literaturrecherche zu Studien bzw. Publikationen ohne Einschränkung auf einen Publikationstyp durchzuführen, die sich mit folgenden Fragestellungen beschäftigen:

1. Kombinationen von Einzel- und Gruppentherapie in psychoanalytisch begründeten Verfahren
2. Teilnehmerzahlen (Mindest- und Höchst-Teilnehmerzahl) für psychoanalytisch begründete Gruppentherapien (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Verfahren).

Darüber hinaus wurde um Berücksichtigung folgender, vom GKV-SV aufgeführter Fragen bei der Literatursuche gebeten:

- 1) Inwieweit wirkt sich die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie auf die Dauer der Behandlung aus?
- 2) Wie ist die medizinische Effizienz der Kombination einzuschätzen?
- 3) Wann ist der richtige Zeitpunkt für eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie?
- 4) Wie wird die Wirksamkeit von offenen/geschlossenen Gruppen eingeschätzt? (Behandlungserfolg/ hop-on - hop-off)

Die gewünschten Recherchen wurden im Januar 2014 durch die Fachberatung Medizin durchgeführt. Hierbei wurden 2172 Dokumente identifiziert. Diese wurden durch die AG-Mitglieder einem zweischrittigen Auswahlprozess unterzogen, aus dem 60 Publikationen resultierten (vgl. Recherchestrategie, Auswahlkriterien und Auflistung der 60 Publikationen im Anhang).

2.3 Ergebnisse der Literatursichtung

Bei den 60 eingeschlossenen Publikationen handelt es sich vorwiegend um narrative Artikel, die Einzelmeinungen, teilweise unterlegt mit Einzelfalldarstellungen, und die Auffassungen von anerkannten Fachleuten auf diesem Gebiet wiedergeben.

Von den 60 bewerteten Studien erschienen nach Auffassung der AG in der Gesamtbeurteilung lediglich 14 Veröffentlichungen aufgrund des Publikationstyps und der berichteten Inhalte geeignet, zu Teilaspekten der Fragestellungen der AG Hinweise zu geben. Diese Publikationen werden im Anhang kurz dargestellt.

In den im Rahmen der Literatursichtung berücksichtigten Publikationen wird übereinstimmend eine Kombinationsbehandlung mit Einzel- und Gruppentherapie bei unterschiedlichen Störungsbildern auf der Grundlage der klinischen Erfahrung der Autoren, anhand von Falldarstellungen und wenigen Ergebnissen aus vergleichenden Untersuchungen befürwortet. Dies bezieht sich in den meisten Publikationen auf den international gebräuchlichen Terminus „psychodynamic therapy“. Eine Unterscheidung zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie, wie im deutschen Versorgungskontext, wird in diesen Publikationen nicht getroffen.

In den berücksichtigten Publikationen wird eine Teilnehmerzahl von drei bzw. fünf bis zehn als geeignete Gruppengröße angesehen.

In Bezug auf die Erbringung der Einzel- und Gruppentherapie durch denselben oder verschiedene Therapeuten zeigt sich in den entsprechenden Publikationen eine Tendenz zur Bevorzugung der Behandlungsdurchführung durch ein- und denselben Therapeuten.

2.4 Zusammenfassende Bewertung und Schlussfolgerungen

Im Rahmen der Anhörung durch die AG Einzel- und Gruppenpsychotherapie sprachen sich fünf von sechs Experten für eine Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie aus. Zwei der Experten hielten eine solche Kombinierbarkeit auch in der analytischen Psychotherapie für sinnvoll, während sich ein Experte gegen eine Kombinierbarkeit sowohl in der analytischen als auch in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie aussprach (siehe Kapitel 2.1, Seite 3).

Sofern die Einzel- und die Gruppentherapie durch verschiedene Therapeuten durchgeführt wird, wird ein regelmäßiger Austausch der Therapeuten für notwendig erachtet bzw. ein Gesamtbehandlungsplan empfohlen.

Die AG Einzeltherapie / Gruppentherapie hält daher auf der Grundlage der berücksichtigten Publikationen und zur Sicherung der Qualität der Behandlung im Falle einer Kombinationsbehandlung durch unterschiedliche Therapeuten eine gemeinsame Abstimmung des Behandlungsplans für geboten. Diese sei von den jeweiligen Therapeuten in der Patientenakte zu dokumentieren.

In der Zusammenschau lassen sich aus der Expertenbefragung und aus der gesichteten Literatur Hinweise auf positive Effekte einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie sowohl in der tiefenpsychologisch fundierten als auch in der analytischen Psychotherapie ableiten. Zwar hat sich ein Experte gegen eine Erweiterung der Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie bei den psychoanalytisch begründeten Verfahren ausgesprochen und zwei weitere Experten haben die erweiterte Kombinierbarkeit nur für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie empfohlen. Diese Standpunkte konnten jedoch durch die gesichtete Literatur nicht gestützt werden. Lediglich eine Studie (Kurzweil 2012, siehe Anhang, S. 14) weist auf eine mögliche Überlegenheit von Einzeltherapie gegenüber Kombinationsbehandlung bzw. Gruppentherapie bei der Behandlung von an Depression erkrankten Müttern von Säuglingen oder Kleinkindern hin. Vor diesem Hintergrund soll die Möglichkeit der Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie für die

tiefenpsychologisch fundierte und die analytische Psychotherapie eröffnet und § 19 sowie § 23b Absatz 1, Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie entsprechend geändert werden.

Wegen der eingeschränkten Erkenntnismöglichkeiten aus der vorliegenden Literatur soll der G-BA auf Basis von Routinedaten für einen Zeitraum von 4 Jahren nach Inkrafttreten der Regelung in § 19 Absatz 1 PT-RL deren Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie in den psychoanalytisch begründeten Verfahren evaluieren.

Ziel der Evaluation ist es, auf der Basis der anonymisierten und aggregierten Routinedaten die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie in den psychoanalytisch begründeten Verfahren vor Inkrafttreten der Regelung in § 19 Absatz 1 der PT-RL und deren Entwicklung für den Zeitraum von vier Jahren nach Inkrafttreten zu vergleichen. Dabei sollen insbesondere folgende Parameter berücksichtigt werden: Alter, Geschlecht, angewendete Verfahren, Diagnosen und Behandlungsdauer. Die Auswirkungen des Beschlusses auf die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren sollen differenziert dargestellt werden.

Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt durch den Unterausschuss Psychotherapie des G-BA.

3 Würdigung der Stellungnahmen

4 Bürokratiekostenermittlung

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

5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Verfahrensschritte
10.01.2013		Antrag der Patientenvertretung zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie zur Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren
18.04.2013	Plenum	Der Unterausschuss Psychotherapie wird mit der Beratung des o. g. Themas beauftragt
04.06.2013	UA PT	Einrichtung einer AG zur Bearbeitung des Beratungsantrages, die zum o.g. Thema eine Expertenbefragung durchführen soll
25.07.2013	AG Einzel- und Gruppentherapie	Vorbereitung der Expertenanhörung
30.10.2013	AG Einzel- und Gruppentherapie	Durchführung und Auswertung der Expertenanhörung Auftrag Literaturrecherche zu folgenden zwei Fragestellungen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kombinationen von Einzel- und Gruppentherapie in psychoanalytisch begründeten Verfahren 2. Teilnehmerzahlen (Mindest- und Höchst-Teilnehmerzahl) für psychoanalytisch begründete

Gruppentherapien		
04.12.2013	UA PT	Kenntnisnahme der Ergebnisse der Expertenanhörung und Auftrag Literaturrecherche
18.02.2014	AG Einzel- und Gruppentherapie	Festlegung der Screeningkriterien zur Literaturlauswertung und Beginn der Literaturlauswertung
09.07.2014	AG Einzel- und Gruppentherapie	Literaturlauswertung
10.09.2014	UA PT	Sachstandsbericht der AG Einzel- und Gruppentherapie
17.09.2014	AG Einzel- und Gruppentherapie	Literaturlauswertung
18.11.2014	AG Einzel- und Gruppentherapie	Restliche Literaturlauswertung Erarbeitung des Beschlussentwurfes und der Tragenden Gründe
10.12.2014	AG Einzel- und Gruppentherapie	Erarbeitung des Beschlussentwurfes und der Tragenden Gründe
29.01.2015	AG Einzel- und Gruppentherapie	Erarbeitung des Beschlussentwurfes und der Tragenden Gründe
	UA PT	Einleitung der Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V im schriftlichen Verfahren
	AG Einzel- und Gruppentherapie	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
	UA PT	Mündliche Stellungnahmen (Anhörung) u. Würdigung der Stellungnahmen, abschließende Beratung der Beschlussentwürfe u. der Tragenden Gründe
	Plenum	Beschlussfassung
	BMG	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V
	BÄnz	Veröffentlichung des Beschlusses
		Inkrafttreten des Beschlusses über die Richtlinienänderung

6 Fazit

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

7 Anhang

Literaturrecherche – Auswahlkriterien und Ergebnisse

Im Januar 2014 wurde eine systematische Literaturrecherche zu den oben genannten Fragestellungen durchgeführt. Zur Suche wurden die bibliographischen Datenbanken Medline, PsycINFO, PSYINDEX über die Suchoberfläche OVID und die Datenbanken der Cochrane Library verwendet. Ergänzend wurde zur Identifizierung von thematisch möglicherweise relevanten Lehrbüchern das Suchportal medpilot (www.medpilot.de) mit folgenden Begriffen durchsucht: (Gruppentherapie AND Einzeltherapie) OR (group therapy AND individual therapy). Zudem wurden die von den Experten zur Verfügung gestellten Dokumente nach möglicherweise relevanten Literaturhinweisen bzw. Hinweisen auf laufende Projekte/Studien gesichtet. Insgesamt ergab dies 2172 Fundstellen.

Recherchestrategie

Cochrane Library

The Cochrane Library am 13.01.2014

Suchschritt	Suchfrage
1	MeSH descriptor: [Self Psychology] explode all trees
2	MeSH descriptor: [Psychoanalysis] explode all trees
3	MeSH descriptor: [Psychoanalytic Therapy] explode all trees
4	(psychodynamic or psychosomatic or psychoanalytic* or time next limited or interactional or supportive next expressive or transference next focused or focal next interpersonal):ti,ab
5	(therap* or psychotherap* or treatment* or intervention*):ti,ab
6	#1 or #2 or #3
7	#4 and #5
8	(dynamic and psychotherap*):ti,ab
9	(dynamic next therap* or dynamic next treatment* or dynamic next intervention* or self next psychology or "psychology of self" or psychoanalysis or psychoanalytically next oriented):ti,ab
10	(analytically next oriented or analytic* next therap* or analytic* next psychotherap* or analytic* next intervention* or analytic* next treatment* or individual next psychology):ti,ab
11	#6 or #7 or #8 or #9 or #10
12	group:ti
13	MeSH descriptor: [Psychotherapy, Group] explode all trees
14	#12 or #13
15	#11 and #14

MEDLINE

Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present, Ovid MEDLINE(R) Daily Update November 20, 2013 am 10.01.2014

Suchschritt	Suchfrage
-------------	-----------

1	exp SELF PSYCHOLOGY/
2	exp PSYCHOANALYSIS/
3	exp PSYCHOANALYTIC THERAPY/
4	(psychodynamic or psychosomatic or psychoanalytic* or time limited or interactional or supportive expressive or transference focused or focal interpersonal).ti,ab.
5	(therap* or psychotherap* or treatment* or intervention*).ti,ab.
6	4 and 5
7	1 or 2 or 3
8	(dynamic and psychotherap*).ti,ab.
9	dynamic therap*.ti,ab.
10	dynamic treatment*.ti,ab.
11	dynamic intervention*.ti,ab.
12	self psychology.ti,ab.
13	psychology of self.ti,ab.
14	psychoanalysis.ti,ab.
15	psychoanalytically oriented.ti,ab.
16	analytically oriented.ti,ab.
17	analytic* therap*.ti,ab.
18	analytic* psychotherap*.ti,ab.
19	analytic* intervention*.ti,ab.
20	analytic* treatment*.ti,ab.
21	individual psychology.ti,ab.
22	8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21
23	6 or 7 or 22
24	group.ti.
25	exp group psychotherapy/
26	24 or 25
27	23 and 26
28	((randomized controlled trial or controlled clinical trial).pt. or randomi#ed.ab. or randomly.ab. or placebo\$.ab. or drug therapy.fs. or trial.ab. or groups.ab. or (control\$ adj3 (trial\$ or study or studies)).ab,ti. or ((singl\$ or doubl\$ or tripl\$ or trebl\$) adj3 (blind\$ or mask\$ or dummy)).mp.) not (animals not (humans and animals)).sh.
29	((medline or medlars or embase or pubmed or cochrane or scisearch or psychinfo or psycinfo or psychlit or psyclit or cinahl or (hand adj2 search\$) or (manual\$ adj2 search\$) or electronic database\$ or bibliographic database\$ or computeri?ed database\$ or online database\$ or pooling or pooled or mantel haenszel or peto or dersimonian or der simonian or fixed effect).tw,sh. or (retraction of publication or retracted publication).pt.) and (review or review,tutorial or review, academic).pt.) or meta-analysis.pt. or

8

	meta-analysis.sh. or (meta-analys\$ or meta analys\$ or metaanalys\$ or (systematic\$ adj5 review\$) or (systematic\$ adj5 overview\$) or (quantitativ\$ adj5 review\$) or (quantitativ\$ adj5 overview\$) or (quantitativ\$ adj5 synthesis\$) or (methodologic\$ adj5 review\$) or (methodologic\$ adj5 overview\$) or (integrative research review\$ or research integration)).tw,sh. or ((search* and (medline or medlars or embase or pubmed or cinahl or amed or psychlit or psyclit or psychinfo or psycinfo or scisearch or cochrane or database* or computer*)) or ((data adj3 extract*) or extracted data or (systematic* adj2 search*))).ti,ab.
30	27 and 28
31	27 and 29
32	30 or 31
33	individual.ti.
34	(individual adj6 (therap* or psychotherap* or CBT or treatment* or intervention* or counseling or counselling)).ab.
35	33 or 34
36	27 and 35
37	32 or 36

PsycINFO

PsycINFO 1806 to January Week 1 2014 am 10.01.2014

Suchschritt	Suchfrage
1	exp PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY/
2	exp SELF PSYCHOLOGY/
3	exp PSYCHOANALYTIC THERAPY/
4	exp PSYCHOANALYSIS/
5	exp ANALYTICAL PSYCHOTHERAPY/
6	exp INDIVIDUAL PSYCHOLOGY/
7	exp ADLERIAN PSYCHOTHERAPY/
8	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7
9	(psychodynamic or psychosomatic or psychoanalytic* or time limited or interactional or supportive expressive or transference focused or focal interpersonal).ti,ab,kp.
10	(therap* or psychotherap* or treatment* or intervention*).ti,ab,kp.
11	9 and 10
12	(dynamic and psychotherap*).ti,ab,kp.
13	dynamic therap*.ti,ab,kp.
14	dynamic treatment*.ti,ab,kp.
15	dynamic intervention*.ti,ab,kp.
16	self psychology.ti,ab,kp.

17	psychology of self.ti,ab,kp.
18	psychoanalysis.ti,ab,kp.
19	psychoanalytically oriented.ti,ab,kp.
20	analytically oriented.ti,ab,kp.
21	analytic* therap*.ti,ab,kp.
22	analytic* psychotherap*.ti,ab,kp.
23	analytic* intervention*.ti,ab,kp.
24	analytic* treatment*.ti,ab,kp.
25	individual psychology.ti,ab,kp.
26	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25
27	8 or 11 or 26
28	group.ti.
29	exp group psychotherapy/
30	(group therapy or group psychotherapy).kp.
31	28 or 29 or 30
32	27 and 31
33	(((comprehensive* or systematic*) adj3 (bibliographic* or review* or literature)) or (meta-analy* or metaanaly* or "research synthesis" or ((information or data) adj3 synthesis) or (data adj2 extract*)))ti,ab,id. or ((review adj5 (rational or evidence)).ti,ab,id. and "Literature Review".md.) or (cinahl or cochrane or embase or medline or psyclit or (psycinfo not "psycinfo database") or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science").ab. or ("systematic review" or "meta analysis").md. or (literature review.md. and (studies or trials).ti,ab.) or (meta analysis or metaanalysis or systematic review).kp. or exp meta analysis/
34	(treatment effectiveness evaluation or clinical trials or mental health program evaluation or placebo).sh. or (placebo\$ or randomi#ed or trial\$ or (control\$ adj3 (trial\$ or study or studies or group\$)) or factorial\$ or allocat\$ or assign\$ or volunteer\$ or (crossover\$ or cross over\$)).ti,ab. or randomly.ab. or ((singl\$ or doubl\$ or trebl\$ or tripl\$) adj3 (blind\$ or mask\$ or dummy)).mp. or (quasi adj (experimental or random\$)).mp. or "2000".md. or (randomized controlled trial or controlled clinical trial or controlled trial).kp.
35	32 and 33
36	32 and 34
37	35 or 36
38	individual.ti.
39	(individual adj6 (therap* or psychotherap* or CBT or treatment* or intervention* or counseling or counselling)).ab.
40	38 or 39
41	32 and 40
42	41 or 37

10

PSYINDEX

PSYINDEXplus Literature and Audiovisual Media 1977 to November 2013 am 10.01.2014

Suchschritt	Suchfrage
1	exp PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY/
2	exp SELF PSYCHOLOGY/
3	exp PSYCHOANALYTIC THERAPY/
4	exp PSYCHOANALYSIS/
5	exp ANALYTICAL PSYCHOTHERAPY/
6	exp INDIVIDUAL PSYCHOLOGY/
7	exp ADLERIAN PSYCHOTHERAPY/
8	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7
9	(psychodynamic or psychosomatic or psychoanalytic* or time limited or interactional or supportive expressive or transference focused or focal interpersonal).ti,ab,kp.
10	(therap* or psychotherap* or treatment* or intervention*).ti,ab,kp.
11	9 and 10
12	(dynamic and psychotherap*).ti,ab,kp.
13	dynamic therap*.ti,ab,kp.
14	dynamic treatment*.ti,ab,kp.
15	dynamic intervention*.ti,ab,kp.
16	self psychology.ti,ab,kp.
17	psychology of self.ti,ab,kp.
18	psychoanalysis.ti,ab,kp.
19	psychoanalytically oriented.ti,ab,kp.
20	analytically oriented.ti,ab,kp.
21	analytic* therap*.ti,ab,kp.
22	analytic* psychotherap*.ti,ab,kp.
23	analytic* intervention*.ti,ab,kp.
24	analytic* treatment*.ti,ab,kp.
25	individual psychology.ti,ab,kp.
26	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25
27	8 or 11 or 26
28	group.ti.
29	exp group psychotherapy/
30	(group therapy or group psychotherapy).kp.
31	28 or 29 or 30

11

32	(psychodynamisch* therap* or psychodynamisch* psychotherap*).ti,ab.
33	dynamisch* psychotherap*.ti,ab.
34	selbstpsychologie.ti,ab.
35	(analytisch* therap* or analytisch* psychotherap* or psychoanalytisch* therap* or psychoanalytisch* psychotherap*).ti,ab.
36	psychoanalyse.ti,ab.
37	individualpsychologie.ti,ab.
38	(interaktionell* therap* or interaktionell* psychotherap*).ti,ab.
39	32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38
40	27 or 39
41	31 and 40
42	(treatment effectiveness evaluation or clinical trials or mental health program evaluation or placebo).sh. or (placebo\$ or randomi#ed or trial\$ or (control\$ adj3 (trial\$ or study or studies or group\$)) or factorial\$ or allocat\$ or assign\$ or volunteer\$ or (crossover\$ or cross over\$) or (kontrollierte* adj25 studie*) or (klinische* adj25 studie*) or kontrollgruppe* or randomi#iert* or (doppelblind\$ or doppel-blind\$)).ti,ab. or randomly.ab. or ((singl\$ or doubl\$ or trebl\$ or tripl\$) adj3 (blind\$ or mask\$ or dummy)).mp. or (quasi adj (experimental or random\$)).mp. or clinical study.ep. or (experimental study or multicenter study).md. or randomized controlled trial.kp. or controlled clinical trial.kp. or controlled trial.kp.
43	((comprehensive* or systematic*) adj3 (bibliographic* or review* or literature)) or (meta-analy* or metaanaly* or "research synthesis" or ((information or data) adj3 synthesis) or (data adj2 extract)).ti,ab. or "1310".md. or "1014".md. or (cinahl or cochrane or embase or medline or psyclit or psycinfo or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science").ab. or exp meta analysis/ or meta analysis.kp. or metaanalysis.kp. or systematic review.kp. or (literaturuebersicht\$ or (systematisch\$ and (review or uebersicht\$))).ti,ab.
44	41 and 42
45	41 and 43
46	44 or 45
47	(individual adj6 (therap* or psychotherap* or CBT or treatment* or intervention* or counseling or counselling)).ab.
48	individual.ti.
49	47 or 48
50	41 and 49
51	46 or 50

Im Hinblick auf die Literatursichtung hielt die AG fest, dass diejenigen Publikationen eingeschlossen werden sollen, die eine oder mehrere der von der AG definierten bzw. vom GKV-SV aufgeführten Fragen (siehe S. 3 – 4) behandeln, und dass keine Einschränkungen hinsichtlich des Evidenzniveaus und des Publikationsjahres vorgenommen werden sollten. Darüber hinaus legte die AG folgende bei der Literatursichtung und -bewertung zu verwendenden Ausschlussgründe fest:

- I. Keine Volltextpublikation (z.B. Posterabstrakt)
- II. Keine seelische Krankheit i.S. der Richtlinien
- III. Keine Verwendung der psychoanalytisch begründeten Richtlinienverfahren
- IV. Thematisch nicht relevant

Aus der von der AG durchgeführten 1. Sichtung anhand von Titel und Abstrakt der Fundstellen resultierte eine Literaturliste, die 216 Dokumente umfasst (davon 13 von den Experten genannte Publikationen, 196 Publikationen aus bibliographischen Datenbanken und 7 über medpilot identifizierte Lehrbücher).

Diese 216 Dokumente wurden im Volltext beschafft und erneut einer Sichtung anhand der o.g. Kriterien unterzogen. Als möglicherweise relevant verblieben 60 Publikationen, deren wesentliche Ergebnisse orientierend anhand einer von der AG entwickelten Auswertungstabelle dargestellt wurden. In dieser Tabelle wurden zu jeder Publikation die entsprechenden Informationen zum Dokumententyp, der Population, dem Untersuchungsgegenstand bzw. der Intervention, dem Komparator, den Ergebnissen zur Kombination von Einzel- und Gruppentherapie, den Ergebnissen hinsichtlich der Gruppengröße sowie weitere Anmerkungen und die Entscheidung der AG bezüglich der Berücksichtigung der Publikation bei der Beschlussfassung erfasst.

Ergebnisse der Publikationen im Einzelnen

Von den zunächst 60 dargestellten Studien erschienen nach Auffassung der AG in der Gesamtbeurteilung lediglich 14 Veröffentlichungen aufgrund des Publikationstyps und der berichteten Inhalte geeignet, zu Teilaspekten der Fragestellungen der AG Hinweise zu geben. Diese Publikationen werden nachfolgend kurz dargestellt.

Nur in sechs Veröffentlichungen werden an kleinen Patientenkollektiven in verschiedenen Settings Behandlungsergebnisse von kombinierter Einzel- und Gruppentherapie (zum Teil nur an einem Teil des Gesamtkollektivs) berichtet.

- **De Zulueta, F. & Mark, P.** (2000) berichten über ein dreijähriges Projekt einer Kombinationsbehandlung von Patienten mit schwerer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei vier (von insgesamt sieben) Patienten werden Vorteile der Kombinationstherapie geschildert, bei zwei Patienten konnten keine wesentlichen Veränderungen erreicht werden. Die Kombinationstherapie wurde von verschiedenen Therapeuten durchgeführt, die sich hinsichtlich der Behandlung untereinander abgestimmt haben.
- **Eichhorn, H., Salz, M., Nishan, C.** (1982) untersuchten in ihrer Studie die Effektivität der intendierten dynamischen Gruppenpsychotherapie in offenen Gruppen im Vergleich mit geschlossenen Gruppen. Des Weiteren wurde der Grad der Strukturiertheit sowie das Gruppenerleben in den beiden unterschiedlichen Gruppentherapiesettings untersucht. Nach Behandlungsende wiesen alle Patienten (N=160) - unabhängig vom jeweiligen Setting - signifikante positive Veränderungen auf.
- **Guseva, O.V., Lovlev, B.V. und Shchelkova, O.L.** (2002) untersuchten die Wirksamkeit einer Kombinationsbehandlung mit fokussierter psychodynamischer Einzel- und Gruppenkurzzeittherapie bei 33 schizophrenen Patienten im stationären Setting mit Vorher-Nachher-Vergleich. Die Autoren berichten über positive Effekte

durch die Kombinationstherapie, insbesondere über eine Erhöhung der Selbstkontrolle.

- **Jorgensen, C.R. et al. (2013)** verglichen die Wirksamkeit einer mentalisierungsbasierten Psychotherapie (MBT nach Fonagy & Bateman) mit einer supportiven Gruppentherapie bei 85 Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung durch jeweils dieselben Therapeuten. Nach Randomisierung erhielten 58 Patienten eine intensive MBT- Kombinationstherapie aus Einzel – und Gruppentherapie (2 Termine/Woche) und 27 Patienten eine weniger intensive supportive Gruppentherapie (zweiwöchentliche Treffen), jeweils über den Zeitraum von zwei Jahren. Von den Autoren wurden für beide Gruppen signifikante Veränderungen in den erhobenen Parametern (z.B. allgemeines Funktionsniveau, soziales Funktionsniveau, diagnostische Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem SKID-Interview) berichtet. Lediglich die durch die Therapeuten beurteilte GAF-Skala zeigte ein signifikant höheres Ausmaß an positiven Veränderungen in der Gruppe, die eine MBT-Kombinationsbehandlung erhalten hatte. In dieser Gruppe fand sich ebenfalls ein Trend zu einer höheren Erholungsrate.
- **Kurzweil, S. (2012)** führte eine prospektiv vergleichende Studie an Patientinnen mit Säuglingen und Kleinkindern durch, die an Depression erkrankt waren. 23 Patientinnen erhielten eine psychodynamische Einzeltherapie, 20 eine psychodynamische Gruppentherapie und 15 eine Kombinationstherapie aus beidem. In allen Untersuchungsgruppen fanden sich signifikante Verbesserungen in der Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Skala zur globalen Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus) und der Selbstbeurteilung, wobei die Einzeltherapie das beste Ergebnis erbrachte. Die Kombinationstherapie zeige Effekte, die nicht geringer waren als bei alleiniger Gruppentherapie. Die Kombinationstherapie wurde von demselben Therapeuten durchgeführt.
- **Senf, W., Kordy, H., von Rad M., Braeutigam, W. (1984)** untersuchten im Rahmen eines Follow-up Projektes 110 Patienten mit unterschiedlichen psychischen Diagnosen (allerdings keine ICD Diagnosen), die zunächst stationär und dann ambulant mit der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie behandelt worden waren. Die Autoren fanden Hinweise auf positive Effekte durch die Kombinationsbehandlung.

Bei den weiteren Publikationen handelt es sich entweder um theoretische Übersichtsarbeiten oder um Expertenmeinungen (jeweils ohne empirische Behandlungsergebnisse von Patienten mit kombinierter Einzel- und Gruppentherapie).

- **Bieber, T, Capponn, D., Durkin ,H.E, Rosenbaum B. (1964)** berichteten in ihrem Artikel über die Vor- und Nachteile der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie anhand einer theoretischen Diskussion von verschiedenen Fachleuten, welche sich überwiegend für die Kombinationsbehandlung aussprachen.
- **Kulawik, H. (1982)** diskutiert in seiner Publikation das Für und Wider der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung und beschreibt verschiedene Möglichkeiten der Kombination (parallele Einzel- und Gruppentherapie durch den selben oder durch zwei verschiedene Therapeuten, kontinuierliche Gruppentherapie mit nur gelegentlich stattfindenden Einzelsitzungen, einander ablösende Anwendung von Einzel- und Gruppentherapie) sowie Indikationen für kombinierte Behandlungen. Bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, bei Kranken ohne emotionale Einbindung in eine soziale Gemeinschaft und bei langdauernden Charakterstörungen wird eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie empfohlen.

- **Staats, H.** (2005) beschreibt auf der Grundlage seiner klinischen Erfahrungen in einer ärztlich-psychologischen Beratungsstelle für Studierende verschiedene Modelle zur Kombinationsbehandlung von Einzel- und Gruppentherapie und betont, dass die kombinierte Behandlung durch denselben Therapeuten erfolgreicher sei als durch unterschiedliche Therapeuten. Insgesamt spricht sich der Autor für die kombinierte Durchführung von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes auch für den ambulanten Bereich aus.
- **Staats, H.** (2012) legt in seinem theoretischen Übersichtsartikel zum Thema Kombinationsformen von Einzel- und Gruppentherapie, Handhabung von Übertragung und Gegenübertragung, anhand seiner klinischen Erfahrung in einer ärztlich-psychologischen Beratungsstelle für Studierende die Vorteile und Schwierigkeiten einer Kombinationsbehandlung dar. Bei der Therapie durch zwei Therapeuten sieht er einen regelmäßigen Austausch von Einzel- und Gruppentherapeuten als notwendig an. Als wichtigste Indikation für die Kombinationsbehandlung werden Persönlichkeitsstörungen benannt.

Zur Frage der Gruppengröße fanden sich vier Publikationen.

- **Kaplan, H. & Sadock, B.** (1989) empfehlen eine Gruppengröße zwischen drei und zehn Teilnehmern. Die optimale Gruppengröße liegt nach Meinung der Autoren bei acht bis zehn Teilnehmern. Des Weiteren sprechen sie sich für eine Durchführung der Einzel- und Gruppentherapie durch denselben Therapeuten aus.
- In den Artikel von **Porter et al.** (1993) wurde die Kombinationsbehandlung aufgrund der klinischen Erfahrungen der Autoren beschrieben. So würden in der Gruppentherapie multiple Übertragungen, andere Formen des Widerstandes etc. auftreten und in den Gruppen könnten neue Verhaltensweisen ausprobiert werden. Als Gruppengröße wurde eine Teilnehmerzahl von sechs bis acht mit einem Maximum von zehn Teilnehmern empfohlen.
- **Wolf, A., Kutash I.L., Nattland, C.** (1993) sehen eine Gruppengröße von acht bis zehn Patienten als ideal an. Eine solche Gruppengröße biete einen ausreichenden Übertragungsraum bezüglich der Kernfamilie und einiger wichtiger Personen außerhalb der Familie. Bei weniger als acht Gruppentherapie Teilnehmern sei keine ausreichende interpersonelle Provokation und Aktivität mehr möglich. Bei Gruppen über zehn Personen sei es für den Therapeuten und den Patienten gleichermaßen schwierig, den Überblick zu behalten.
- **Yalom, (1979)** empfiehlt als ideale Gruppengröße sieben Teilnehmer mit einem Spielraum zwischen fünf und zehn Teilnehmern.

Auflistung der 60 als möglicherweise relevant eingeschätzten Publikationen

Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. In: **Kaplan H, Sadock B (Eds.):** Comprehensive textbook of psychiatry, Vols. 1 & 2 (5th ed.). Baltimore, MD, US: Williams & Wilkins Co, 1989. S. 1442-1573.

Aronson ML. Technical Problems in Combined Therapy. *Int J Group Psychother* 1964; 14: 425-32.

Becker H. Kombination von psychoanalytischer Einzelpsychotherapie und Gruppentherapie. In: **Becker H, Senf W (Eds.):** Praxis der stationären Psychotherapie. Stuttgart: Thieme, 1988. S. 112-116.

Bieber T, Cappon D, Durkin HE, Rosenbaum B. A symposium on combined individual and group psychotherapy discussion. *Int J Group Psychother* 1964; 14: 433-54.

Bieber TB. The emphasis on the individual in psychoanalytic group therapy. *Int J Soc Psychiatry* 1957; 2: 275-80.

Billow RM. The radical nature of combined psychotherapy. *Int J Group Psychother* 2009; 59 (1): 1-28.

Caligor J. Individual and group therapy: combining psychoanalytic treatments. New York: Basic Books, 1984.

de Zulueta F, Mark P. Attachment and contained splitting: A combined approach of group and individual therapy to the treatment of patients suffering from borderline personality disorder. *Group Analysis* 2000; 33 (4): 486-500.

de Zulueta F, Mark P. Bindung und (aus)gehaltene Spaltung: Eine Kombination von Gruppen- und Einzelpsychotherapie zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persoenlichkeitsstoerung. *Arbeitshefte Gruppenanalyse* 2001; 16: 114-29.

Eichhorn H, Salz M, Nischan C. Empirische Untersuchungen zur Psychotherapie von Neurosen in offenen und geschlossenen Gruppen. [Empirical studies on psychotherapy of neuroses in open and closed groups]. In: **Hoeck, K.** Gruppenpsychotherapieforschung. Leipzig: Barth, 1982. S. 133-146.

Ezquerro A, Bajaj P. Combining individual and group analytic psychotherapy: When the group is not enough, or is it? *Group* 2007; 31 (1-2): 5-16.

Geller JJ. The use of group psychotherapy for long-term analytic treatment. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1969; 15 (1): 44-51.

Guseva OV, Iovlev BV, Shchelkova OI. Combined (individual and group) psychodynamic psychotherapy in the rehabilitation of schizophrenic patients. *International Journal of Mental Health* 2002; 31 (2): 61-7.

Hey G. Die Indikation von Gruppen- und Einzeltherapie in der Behandlung des Alkoholismus aus psychoanalytischer Sicht. *Suchtgefahren* 1986; 32 (4): 243-53.

Hirsch M. Kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie der Bulimie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 1990; 35 (6): 315-22.

Jorgensen CR, Freund C, Boye R, Jordet H, Andersen D, Kjolbye M. Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127 (4): 305-17.

Kauff PF. Transference in combined individual and group psychotherapy. *Int J Group Psychotherap* 2009; 59 (1): 29-46.

Kulawik H. Kombination der dynamischen Gruppenpsychotherapie mit der psychodynamischen Einzeltherapie. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)* 1982; 34 (4): 222-8.

Kulawik H, Schmaus C. Psychotherapie-Methoden-Kombination: Zwischenbilanz und Neubesinnung. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)* 1982; 34 (11): 641-6.

Kurzweil S. Psychodynamic therapy for depression in women with infants and young children. *Am J Psychother* 2012; 66 (2): 181-99.

La Valle JJ. Combined group and individual psychoanalysis: An antidote to Ferenczi's identification with the aggressor. *Group* 1999; 23 (3-4): 173-85.

Levin S. Some comparative observations of psychoanalytically oriented group and individual psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 1963; 33: 148-60.

Lofton P, Daughterty C, Mayerson P. Combined Group and Individual Treatment for the Borderline Patient. *Group* 1983; 7 (3): 21-6.

Marks MJ. Psychoanalytic developmental psychology groups. In: **Kutash I, Wolf A (Eds.):** The group psychotherapist's handbook: Contemporary theory and technique. New York, NY, US: Columbia University Press, 1990. S. 116-134.

Meissner WW. The psychotherapies: Individual, family, and group. In: **Nicholi A (Ed.):** The new Harvard guide to psychiatry. Cambridge, MA, England: Belknap Press, 1988. S. 449-480.

Menarini R. The symptom in the group situation. (Trans S. D. Weston). *Group Analysis* 1996; 29 (4): 441-7.

Ormont LR. The resolution of resistances by conjoint psychoanalysis. *Psychoanal Rev* 1964; 51 (3): 89-101.

Ormont LR. Principles and practice of conjoint psychoanalytic treatment (1981). In: **Furgeri, LB (Ed.)** The technique of group treatment: The collected papers of Louis R. Ormont. Madison, CT, US: Psychosocial Press, 2001. S. 233-243.

Ormont LR. The practice of conjoint therapy combining individual and group treatment. New York: Human Sciences Press, 1978.

Pines M. The Evolution of Group Analysis. London: Routledge & Kegan Paul, 1983.

Porter K. Combined individual and group psychotherapy: a review of the literature 1965-1978. *Int J Group Psychother* 1980; 30 (1): 107-14.

Porter K, Kaplan HI, Sadock BJ, Edwards N, O'Hearne JJ, Berger MM, Sussman N. Special practices in group psychotherapy. In: **Kaplan H, Sadock B (Eds.):** Comprehensive group psychotherapy (3rd ed.). Baltimore, MD, US: Williams & Wilkins Co, 1993. S. 314-371.

- Praper P.** The difficult patient in combined therapy: A case study. *Psiholoska Obzorja / Horizons of Psychology* 2002; 11 (1): 25-30.
- Roth BE.** Some problems with treatment: destructive enactments in combined therapy. *Int J Group Psychother* 2009; 59 (1): 47-66.
- Sager CJ.** A Symposium on Combined Individual and Group Psychotherapy: Insight and Interaction in Combined Therapy. *Int J Group Psychother* 1964; 14: 403-12.
- Sager CJ.** Combined individual and group psychoanalysis: Symposium, 1959: Concurrent individual and group analytic psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 1960; 30 (2): 225-41.
- Schachter J.** Concurrent individual and individual-in-a-group psychoanalytic psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc* 1988; 36 (2): 455-80.
- Schechter DE.** The integration of group therapy with individual psychoanalysis. *Curr Psychiatr Ther* 1961; 1: 145-51.
- Schechter DE.** The integration of group therapy with individual psychoanalysis. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 1959; 22: 267-76.
- Schermer VL.** On the vicissitudes of combining individual and group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 2009; 59 (1): 149-62.
- Schlachet PJ.** Unity in duality: The synthesis of individual and group psychoanalytic psychotherapy. *Group* 1990; 14 (4): 205-17.
- Schulze E.** Ueberlegenheit der kombinierten Gruppen- und Einzeltherapie gegenueber der alleinigen Gruppentherapie? eine empirische Studie an stationaeren Psychotherapiepatienten. Hannover, Med. Hochsch., Diss., 2004.
- Senf W, Kordy H, von Rad M, Braeutigam W.** Indication in psychotherapy on the basis of a follow-up study. *Psychother Psychosom* 1984; 42: 37-47.
- Silverman SE, Rotenberg CT.** Multilateral transference relationship and therapeutic regression: A case report. *J Am Acad Psychoanal* 1995; 23 (2): 335-52.
- Staats H.** Ambulante analytische Einzel- und Gruppentherapie bei Patienten mit Persoenlichkeitsstoerungen. Hilfreiche Kombination oder Einladung zum Agieren? In: **Schloesser A, Gerlach A (Eds.):** Grenzen ueberschreiten - Unterschiede integrieren. *Psychoanalytische Psychotherapie im Wandel*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 2012. S. 59-74.
- Staats H.** Gruppenpsychotherapie als Teil eines Gesamtbehandlungsplans - stationaer und auch ambulant? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 2005; 41 (2): 153-75.
- Stein A.** The Nature of Transference in Combined Therapy. *Int J Group Psychother* 1964; 14: 413-24.
- Swiller HI.** Alexithymia: treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1988; 38 (1): 47-61.
- Torda C.** An effective therapeutic method for the LSD user. *Percept Mot Skills* 1970; 30 (1): 79-88.
- Ulman KH.** The ghost in the group room: countertransferential pressures associated with conjoint individual and group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 2002; 52 (3): 387-407.

van Haren W. (Therapie-) Krisen in der Gruppe: Positive Negativerfahrungen. *Psychotherapeut* 2014; 59: 52-6.

van Montfoort R, Thelosen E. Combined individual and group-analytic psychotherapy with young psychotics. *Group Analysis* 1994; 27 (4): 497-503.

Wallace BC. Cocaine dependence treatment on an inpatient detoxification unit. *J Subst Abuse Treat* 1987; 4 (2): 85-92.

Wassell BB. Group psychoanalysis. Chapter 13: Combined Psychoanalysis - The Treatment of Choice. Oxford, England: Philosophical Library, 1959.

Willems H. Psychotherapie und Gesellschaft. Voraussetzungen, Strukturen und Funktionen von Individual- und Gruppentherapien. Opladen: Westdeutscher Verl., 1994.

Wolberg AR. The psychoanalytic treatment of the borderline patient in the individual and group setting. *Topical Problems of Psychotherapy* 1960; 2: 174-97.

Wolf A, Kutash IL, Nattland C. The primacy of the individual in psychoanalysis in groups. Lanham, MD, US: Jason Aronson 1993. -xiv, 290 pp.

Wolfe HH, Solomon EB. Individual and group psychotherapy: Complementary growth experiences. *Int J Group Psychother* 1973; 23 (2): 177-84.

Wruck P, Finger K, Thaut C. Individueller Phasenverlauf und Rollenwandel bei Neurosepatienten in offenen intendiert-dynamischen Psychotherapiegruppen. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)* 1983; 35 (7): 416-24.

Yalom ID. Gruppenpsychotherapie - Grundlagen und Methoden. Ein Handbuch. Muenchen: Kindler, 1974.

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



**Stellungnahme
der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V über eine
Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren

Berlin, 20. März 2015

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 03.03.2015 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgefordert, eine Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V über eine Änderung der Psychotherapierichtlinie (PT-RL): Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren abzugeben.

Die Patientenvertretung hatte am 10. Januar 2013 den Antrag gestellt, auch die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren zuzulassen und nicht nur im Ausnahmefall gemäß § 14a Absatz 3 Nr. 4 PT-RL zu ermöglichen. Die Patientenvertretung hatte ihren Antrag damit begründet, dass der von der PT-RL angenommenen Unvereinbarkeit von Gruppen- und Einzeltherapiesitzungen keine ausreichende Evidenz zugrunde liege, und dies mit Stellungnahmen von Experten zu diesem Thema untermauert. Die Experten hätten dargelegt, dass die kombinierte Therapieform unter sorgfältiger Prüfung des Krankheits-/Gesundheitszustands der jeweiligen Patienten, ihrer „patientenindividuellen“ Indikation und Bedürfnisse fachlich geboten sein könne.

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung

Die Bundesärztekammer begrüßt den Beschlussentwurf über die Änderung der PT-RL, in dem die Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren grundsätzlich möglich sein soll. Neben der daraus resultierenden Flexibilisierung der Behandlungsbedingungen für die einzelne Patientin bzw. den einzelnen Patienten und das jeweilige Störungsbild sieht die Bundesärztekammer darüber hinaus das Potential einer verbesserten Versorgung psychischer Erkrankungen im Sinne von § 2 der Richtlinie durch vermehrte Angebote von bzw. Teilnahme an Gruppentherapien und der damit verbundenen Reduktion von Wartezeiten.

Die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans vor Beginn der Behandlung bei Kombination von Einzel- und Gruppentherapie sowie die Abstimmung zwischen verschiedenen Therapeuten und gegenseitige Information über den Verlauf der Behandlung wird von der Bundesärztekammer als sinnvoll erachtet, ebenso die geplante Evaluation des G-BA zu den Auswirkungen der Regeländerung auf die Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie in den psychoanalytisch begründeten Verfahren auf Basis von Routinedaten.

Dass die zur Verfügung gestellten Kontingente der überwiegend durchgeführten Anwendungsform entsprechen sollen und die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamttherapiekontingent der Einzeltherapie als Einzelstunde gezählt werden soll bzw. die in der Einzeltherapie erbrachte Einzelstunde im Gesamttherapiekontingent der Gruppentherapie als Doppelstunde ist nachzuvollziehen.

Fazit

Die Bundesärztekammer begrüßt die geplante Änderung der Psychotherapierichtlinie zur Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren.

Berlin, den 20.03.2015

Dezernat 6 – Wissenschaft, Forschung und Ethik
Bundesärztekammer

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 31. März 2015

BPTK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 278785-0
Fax: 030 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeine Bewertung.....	3
II. Änderung des § 19 „Kombination von Anwendungsformen“ der Psychotherapie-Richtlinie.....	5
III. Änderung des § 23b „Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 13“ Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie.....	12
IV. Literatur.....	14

I. Allgemeine Bewertung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt ausdrücklich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dem vorliegenden Beschlussentwurf eine Flexibilisierung bei der Kombination der Anwendungsformen Einzel- und Gruppentherapie in den Verfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie analog den Regelungen für das Psychotherapieverfahren Verhaltenstherapie vorsieht.

Nach Einschätzung der BPTK ist das Versorgungspotenzial gruppenpsychotherapeutischer Angebote noch ausbaufähig. 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 gruppenpsychotherapeutischen 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.

Gemäß den Auswertungen zum PNP-Vertrag in Baden-Württemberg aus dem Jahr 2013 ließ sich der Anteil gruppenpsychotherapeutischer Leistungen an sämtlichen psychotherapeutischen Leistungen durch eine Entbürokratisierung der Rahmenbedingungen innerhalb weniger Quartale auf 9 Prozent steigern (Schütz, 2013, AOK Baden-Württemberg, 2013). In der Regelversorgung stagnierte der Anteil der gruppenpsychotherapeutischen Leistungen im selben Zeitraum bei 1,7 Prozent. Der Vertrag sieht an verbesserten Rahmenbedingungen für gruppenpsychotherapeutische Leistungen neben den Vereinfachungen im Gutachterverfahren insbesondere auch die Zulässigkeit der Kombination von Einzel- und Gruppenpsy-

chotherapie in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie vor. Somit können Psychotherapeuten die verschiedenen Therapieoptionen beziehungsweise Anwendungsformen flexibel nebeneinander nutzen und im Verlauf der Behandlung an den individuellen Bedarf des Patienten anpassen.

Die mit dem vorliegenden Beschlussentwurf geplanten Erleichterungen für die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie in den psychoanalytisch begründeten Verfahren beinhaltet daher einen wichtigen Baustein zur Flexibilisierung der Rahmenbedingungen für die Erbringung gruppenpsychotherapeutischer Leistungen in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Damit werden Kombinationen der Anwendungsformen bei einem breiten Spektrum von Indikationen und Problemkonstellationen ermöglicht – von intensiven Kombinationsbehandlungen aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie zum Beispiel bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen bis hin zu Kurzzeit-Gruppenpsychotherapien, bei denen unterstützende Einzeltherapiesitzungen die Inanspruchnahme von Gruppentherapien für Patienten erleichtern und das Risiko von Therapieabbrüchen minimieren können.

In diesem Zusammenhang teilt die BPTK die mehrheitliche Auffassung der vom G-BA befragten Experten, dass in der Psychotherapie-Richtlinie keine Vorgaben zum Verhältnis von Einzel- und Gruppenpsychotherapie vorgenommen werden sollten, sondern dies im Rahmen der Behandlungsplanung bei den einzelnen Patienten der fachlichen Entscheidung des Psychotherapeuten überlassen bleibt.

Insgesamt teilt die BPTK die inhaltlichen Ziele des vorliegenden Beschlussentwurfs zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie. Einzelne Formulierungen des Beschlussentwurfs erscheinen uns jedoch noch potenziell missverständlich beziehungsweise unter systematischen Gesichtspunkten verbesserungswürdig. Daher unterbreitet die BPTK im Folgenden konkrete Änderungsvorschläge zu den einzelnen, im Beschlussentwurf des G-BA aufgeführten Änderungen, welche helfen sollen, diese Missverständlichkeiten zu vermeiden und die Regelungen zur Kombi- nierbarkeit von Einzel- und Gruppenpsychotherapie für alle anerkannten Psycho- therapieverfahren systematisch neu zu fassen.

II. Änderung des § 19 „Kombination von Anwendungsformen“ der Psychotherapie-Richtlinie

Die bisherige Regelung in § 19 „Kombination von Anwendungsformen“ der Psychotherapie-Richtlinie bezog sich ausschließlich auf die Frage der Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppenpsychotherapie bei den psychoanalytisch begründeten Verfahren. Dabei war die Regelung im Kern als eine grundsätzliche Verbotsklausel für die Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie in den psychoanalytisch begründeten Verfahren zu verstehen. Diese Regelung kannte hier von lediglich eine spezifische Ausnahme, welche in § 19 Satz 2 der aktuell gültigen Psychotherapie-Richtlinie kodifiziert ist:

„Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur gemäß § 14a Absatz 3 Nummer 4 aufgrund eines dazu besonders begründeten Erstantrags durchgeführt werden.“

Diese Ausnahmeregelung zielt somit auf die „niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, haltgewährenden therapeutischen Beziehung“ als Sonderform der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Nur bei dieser Sonderform der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und nur auf der Grundlage eines besonders begründeten Erstantrages ist demnach zurzeit eine Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie zulässig.

Von seiner wesentlichen Intention her zielt der vorliegende Beschlussentwurf auf eine grundsätzliche Zulässigkeit der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie in den psychoanalytisch begründeten Verfahren. Dabei ist keine unterschiedliche Regelung für die drei anerkannten Psychotherapieverfahren, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie, vorgesehen. Vor diesem Hintergrund schlägt die BPTK vor, den § 19 Absatz 1 in der Weise neu zu formulieren, dass hierin die grundsätzliche Möglichkeit der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie in den drei anerkannten Psychotherapieverfahren gemeinsam und wortgleich geregelt wird.

Der bisherige § 19 Satz 2 kann dabei nach Auffassung der BPTK ersatzlos gestrichen werden, da mit § 19 Absatz 1 Satz 1 (sowohl in der Fassung des Beschlussentwurfs des G-BA als auch in der Fassung des weiter unten folgenden Vorschlags der BPTK) bereits die grundsätzliche Möglichkeit der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie auch in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie hinreichend geregelt ist. § 19 Absatz 1 Satz 2 des Beschlussentwurfs stellt somit lediglich einen ergänzenden Hinweis dar, dem zufolge diese Möglichkeit der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie auch für die niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, haltgewährenden therapeutischen Beziehung als Sonderform der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie gilt. Diese vermeintliche Klarstellung kann allerdings in der Weise missverstanden werden, dass diese Möglichkeit der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie zwar auch für diese Sonderform der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie besteht, diese aber nur aufgrund eines besonders begründeten Erstantrages zulässig ist. Hierdurch entsteht möglicherweise der Eindruck, dass die Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie ausgerechnet bei derjenigen Sonderform der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie einer besonderen Begründung bedarf, für die diese Kombination bereits nach der aktuell gültigen Psychotherapie-Richtlinie möglich ist. Die BPTK schlägt daher vor, Satz 2 des § 19 Absatz 1 des Beschlussentwurfs ersatzlos zu streichen und § 19 Absatz 1 aus systematischen Gründen im Sinne einer allgemeinen Regelung für alle drei anerkannten Psychotherapieverfahren wie folgt neu zu formulieren:

§ 19 Absatz 1:

„Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie können als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden.“

§ 19 Absatz 2 des Beschlussentwurfs des G-BA beinhaltet eine Klarstellung zu den Möglichkeiten der Durchführung der Verhaltenstherapie als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung. Dieser Regelungsinhalt war bislang lediglich in § 23b Absatz 1 Nummer 3 Satz 2 normiert. Unter dem Gesichtspunkt der Systematik ist dieser Regelungs-

inhalt unter § 19 der Psychotherapie-Richtlinie angemessener verortet. Bei Annahme des Regelungsvorschlags der BPTK zu § 19 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie, der eine Integration des Regelungsinhalts zur Verhaltenstherapie gemäß § 19 Absatz 2 des Beschlussentwurfs des G-BA bereits in § 19 Absatz 1 vorsieht, könnte § 19 Absatz 2 des Beschlussentwurfs des G-BA entsprechend entfallen.

Die Regelung des § 19 Absatz 3 des Beschlussentwurfs zielt ausweislich der Tragenden Gründe unter anderem darauf ab, im Falle einer Kombinationsbehandlung durch unterschiedliche Therapeuten zur Sicherung der Qualität der Behandlung eine gemeinsame Abstimmung des Behandlungsplans verbindlich vorzuschreiben. Einem solchen Qualitätssicherungszweck soll vermutlich auch die Regelung des Satzes 1 dieses Absatzes dienen, dass bei Kombinationsbehandlungen vor Beginn der Behandlung ein Gesamtbehandlungsplan zu erstellen ist.

Aus Sicht der BPTK ist im Falle einer Kombinationsbehandlung durch verschiedene Psychotherapeuten eine Regelung zur wechselseitigen Information über den Behandlungsplan und den Behandlungsverlauf grundsätzlich sinnvoll. Die aktuelle Formulierung des § 19 Absatz 3 des Beschlussentwurfs ist jedoch zu einschränkend und berücksichtigt die berufsrechtlichen Pflichten von Psychotherapeuten und die Patientenrechte unzureichend.

Die Formulierung des Satzes 1 erscheint potenziell missverständlich und präzisiert den intendierten Regelungsinhalt nicht vollumfänglich. So regelt dieser Satz nach seinem Wortlaut lediglich, dass im Falle der Kombinationsbehandlung vor Behandlungsbeginn ein Gesamtbehandlungsplan zu erstellen ist und dass dieser auf der Diagnostik aufzubauen ist. Diese Formulierung legt nahe, dass ein Gesamtbehandlungsplan spezifisch (nur) im Falle der Kombinationsbehandlung zu erstellen wäre. Dabei ergibt sich eine grundsätzliche Verpflichtung zur Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans vor Beginn der Therapie – und dies nicht nur im Falle einer Kombinationsbehandlung – bereits aus den berufsrechtlichen Pflichten von Psychotherapeuten. Die Muster-Berufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer führt hierzu unter anderem zu den Sorgfaltspflichten von Psychotherapeuten in § 5 Absatz 2 aus:

„Vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung hat in der Regel eine diagnostische Abklärung unter Einbeziehung anamnestischer Erhebungen zu erfolgen. Dabei sind erforderlichenfalls Befundberichte Dritter zu berücksichtigen. Indikationsstellung und Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans haben unter Berücksichtigung der mit den Patienten erarbeiteten Behandlungsziele zu erfolgen.“

Als Ausnahmen von dieser Regelpflicht zur diagnostischen Abklärung vor Aufnahme der Behandlung und der Erstellung eines Behandlungsplans vor Beginn der Therapie sind insbesondere Notfallsituationen denkbar, in denen durch rasche Interventionen die erforderliche therapeutische Hilfe geleistet werden kann beziehungsweise muss (siehe hierzu auch Stellpflug & Berns, 2015, Randnummer 135ff). Somit besteht bereits eine grundsätzliche berufsrechtliche Verpflichtung zur Erstellung eines Behandlungsplans vor Beginn der eigentlichen Therapie, die nicht gesondert für die Situation einer geplanten Kombinationsbehandlung hervorgehoben werden muss. Gleiches gilt für den Hinweis auf die Diagnostik, auf der die Behandlungsplanung aufzubauen hat. Darüber hinaus berücksichtigt diese Formulierung nicht ausreichend die Konstellation, in der erst im Verlauf der Behandlung (als Einzel- oder als Gruppentherapie) die Indikation für eine Kombination aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie gestellt wird. Zwar wird auch in diesem Fall vor Therapiebeginn ein Gesamtbehandlungsplan erstellt, dieser enthält jedoch nicht die Kombination mit der jeweils anderen Anwendungsform (Einzel- oder Gruppentherapie), da diese Indikationsstellung erst zu einem späteren Zeitpunkt im Behandlungsverlauf erfolgt und dann erst durch eine entsprechende Anpassung des Gesamtbehandlungsplans Berücksichtigung finden kann. Zugleich fehlt in der vorgeschlagenen Regelung des § 19 Absatz 3 Satz 1 des Beschlussentwurfs der explizite Hinweis, dass bei Kombination von Einzel- und Gruppentherapie dies entsprechend im Behandlungsplan zu berücksichtigen ist.

Auch die konkrete Vorschrift des § 19 Absatz 3 Satz 2 des Beschlussentwurfs, bei gleichzeitiger Behandlung durch verschiedene Therapeuten, den Gesamtbehandlungsplan in Abstimmung zu erstellen und eine gegenseitige Information über den Verlauf der Behandlung sicherzustellen, geht über den eigentlichen Regelungszweck hinaus und wäre gegebenenfalls sogar mit Einschränkungen der Patientenrechte verbunden. So ist zwar eine Information über den jeweiligen Therapieplan

zwischen den behandelnden Psychotherapeuten zu begrüßen und eine Berücksichtigung der parallel stattfindenden Behandlung durch einen anderen Psychotherapeuten in dem durch den jeweiligen Psychotherapeuten zu erstellenden und zu verantwortenden Therapieplan geboten (dies gilt auch für eine parallele Arzneimitteltherapie durch den parallel behandelnden Arzt), dieser Informationsaustausch zwischen den behandelnden Psychotherapeuten setzt aber die explizite Einwilligung des Patienten, also die wirksame Entbindung der Psychotherapeuten von der Schweigepflicht zum Zwecke der Information über den Therapieplan und über den Therapieverlauf in der jeweiligen Anwendungsform (Einzel- bzw. Gruppentherapie) voraus.

Auch kann es keinen gemeinsamen Gesamtbehandlungsplan von zwei parallel behandelnden Psychotherapeuten geben, der gemeinsam abgestimmt und verantwortet wird, sondern nur jeweils eigene Gesamtbehandlungspläne, die die Tatsache der parallel erfolgenden Einzel- bzw. Gruppentherapie berücksichtigt und vor dem Hintergrund eines Informationsaustausches zwischen den Psychotherapeuten, sofern der Patient hierzu seine Einwilligung erteilt hat, möglichst gut aufeinander abgestimmt sind. Zu berücksichtigen hierbei ist ferner, dass Behandlungspläne in der Regel dynamisch sind und an den jeweiligen Erkenntnisstand in der Therapie, den Verlauf der Behandlung und den Therapiezielen des Patienten kontinuierlich angepasst werden. Ganz vorrangig sind dabei die Abstimmung des Behandlungsplans und dessen Änderungen mit dem Patienten.

Dagegen ist eine detaillierte Abstimmung und Konsentierung von Änderungen des Gesamtbehandlungsplans zwischen den parallel behandelnden Psychotherapeuten weder zweckmäßig noch leistbar. Auch hier ist ein Informationsaustausch zwischen den behandelnden Psychotherapeuten im Verlauf der Behandlung anzustreben, wann immer dies aus fachlicher Sicht geboten ist, Informationen über den Verlauf der Behandlung bei dem jeweils anderen, an der Behandlung beteiligten Psychotherapeuten über den Patienten selbst als unzureichend eingeschätzt werden und der Patient dem Informationsaustausch zwischen den ihn behandelnden Psychotherapeuten zugestimmt hat. Die Behandlungsverantwortung eines Psychotherapeuten erstreckt sich dabei stets nur auf die von ihm persönlich durchgeführte Psychotherapie.

Insofern ist auch die Verpflichtung des einzelnen Psychotherapeuten, eine gegenseitige Information über den Verlauf der Behandlung sicherzustellen, zu weitreichend, zumal dies stets die wirksame Entbindung des Psychotherapeuten von der Schweigepflicht voraussetzt. Diese kann von einem Patienten im Verlauf einer Behandlung auch widerrufen oder eingeschränkt werden, ohne dass dies dazu führen darf, dass eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie ab diesem Moment mangels Sicherstellung einer gegenseitigen Information zwischen den Psychotherapeuten abgebrochen werden muss.

Die BPTK schlägt daher vor, § 19 Absatz 2 in Anlehnung an eine vergleichbare Regelung zur Neuropsychologischen Therapie in der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (Anlage 19, § 5 Absatz 4) wie folgt zu formulieren:

§ 19 Absatz 2:

„Bei Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist dies entsprechend im Behandlungsplan zu berücksichtigen. Bei gleichzeitiger Behandlung durch verschiedene Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten sollen diese sich wechselseitig über den Behandlungsplan informieren, wenn die Patientin oder der Patient einwilligt. Eine gegenseitige Information über den Verlauf der Behandlung ist anzustreben.“

In § 19 Absatz 4 des Beschlussentwurfs wird schließlich eine Evaluation der Regelung in § 19 Absatz 1 auf der Basis von Routinedaten für einen Zeitraum von vier Jahren nach Inkrafttreten der Regelung normiert, die auf die Auswirkungen der Regelungsänderung auf die Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie in den psychoanalytisch begründeten Verfahren gerichtet sein soll. Ein solcher Evaluationsauftrag wird seitens der BPTK grundsätzlich begrüßt, wenngleich die Möglichkeiten einer wissenschaftlichen Evaluation auf der Basis von Routinedaten als sehr begrenzt einzustufen sind – nicht zuletzt auch deshalb, weil vor dem Hintergrund des gesetzlichen Auftrags an den G-BA in § 92 Absatz 6a SGB V des GKV-VSG in den kommenden Jahren weitere relevante Veränderungen in den Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie zu erwarten sind, die auch die Inanspruchnahme der Gruppenpsychotherapie tangieren dürften.

Eine isolierte Evaluation der aktuell vorgeschlagenen Richtlinienänderungen wird daher kaum möglich sein. Auf der Basis von Routinedaten wird diese Evaluation voraussichtlich auch nur einen vorrangig deskriptiven Charakter haben können. Dennoch begrüßt die BPTK eine Selbstverpflichtung des G-BA, die Entwicklung des Leistungsgeschehens in diesem Bereich zu analysieren. Aus Sicht der BPTK erscheint es jedoch zweckmäßig, diesen Evaluationsauftrag nicht nur auf die Inanspruchnahme der psychoanalytisch begründeten Verfahren zu beschränken, sondern auch die Inanspruchnahme der Verhaltenstherapie in den Evaluationsauftrag mit einzubeziehen. Hierfür spricht zum einen die Notwendigkeit, für die Veränderung der Inanspruchnahme in den psychoanalytisch begründeten Verfahren hinsichtlich der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie, aber auch der alleinigen Inanspruchnahme der Gruppenpsychotherapie das Leistungsgeschehen in der Verhaltenstherapie zum Vergleich heranziehen zu können. Zum anderen hat der Gemeinsame Bundesausschuss erst im April 2013 eine etwas anders gelagerte Flexibilisierung der Regelungen zur Durchführung der Verhaltenstherapie in der Anwendungsform der Gruppentherapie beschlossen. Seit Inkrafttreten dieser Regelung am 19. Juni 2013 ist gemäß der Psychotherapie-Richtlinie auch die Durchführung der Verhaltenstherapie als alleinige Gruppentherapie zulässig. Die Auswirkungen dieser Änderung der Psychotherapie-Richtlinie könnte somit nachträglich in den Evaluationsauftrag einbezogen werden.

Darüber hinaus sieht der Beschlussentwurf des G-BA in Absatz 3 Änderungen der aktuellen Regelungen vor, die auch für die Verhaltenstherapie gelten sollen, wenngleich diese Regelungsänderung im Wesentlichen eine Explizierung einer implizit bereits geltenden Regelung darstellt.

Dabei sollte frühzeitig eine Analyse des bisherigen Leistungsgeschehens als Referenz für die weitere Entwicklung der Inanspruchnahme in der ambulanten Psychotherapie erfolgen, da vier Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinienänderungen die erforderlichen Daten aus Datenschutzgründen gegebenenfalls nicht mehr vollständig zur Verfügung stehen.

Schließlich sollte zur begrifflichen Präzisierung anstelle von Routinedaten analog der Begriffsverwendung in der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung der Begriff Sozialdaten (bei den Krankenkassen beziehungsweise bei den Kassenärztlichen Vereinigungen) verwendet werden. Die BPTK schlägt daher vor, § 19 Absatz 3 wie folgt zu fassen:

§ 19 Absatz 3:

„Der G-BA evaluiert auf der Basis von Sozialdaten für einen Zeitraum von 4 Jahren nach Inkrafttreten der Regelung in § 19 Absatz 1 die Auswirkungen dieser Regelungsänderung auf die Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie in den psychoanalytisch begründeten Verfahren und in der Verhaltenstherapie.“

III. Änderung des § 23b „Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 13“ Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie

Die in dem Beschlussentwurf vorgelegten Änderungen des § 23b Absatz 1 beinhalten zum einen redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen in § 19 Absatz 1 und 2 und dienen darüber hinaus der Klarstellung, dass die Bewilligungsschritte im Falle einer Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie denen der überwiegend durchgeführten Anwendungsform entsprechen und die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamttherapiekontingent der Einzeltherapie als Einzelstunde beziehungsweise umgekehrt die in der Einzeltherapie erbrachte Einzelstunde im Gesamtkontingent der Gruppentherapie als Doppelstunde gezählt wird.

Wenn man dem Vorschlag der BPTK zu § 19 Absatz 1 folgt, kann Satz 1 in § 23b Absatz 1 Nummer 2a der Beschlussentwurfs entfallen, da der Regelungsinhalt dieses Satzes, also die Möglichkeit, die analytische Psychotherapie und die tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie als Einzelbehandlung, Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchführen zu können, bereits in § 19 Absatz 1 enthalten ist und nach Einschätzung der BPTK auch unter § 19 „Kombination von Anwendungsformen“ und nicht unter § 23b „Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 13“ kodifiziert werden sollte.

Der Regelungsinhalt des § 23b Absatz 1 Nummer 2a Satz 2 des Beschlussentwurfs des G-BA, dem zufolge die zur Verfügung gestellten Kontingente sich nach der überwiegend durchgeführten Anwendungsform richten, bezieht sich sowohl auf die analytische Psychotherapie als auch auf die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Nach der Systematik müsste jedoch die Nummerierung als Nummer 2a auf eine Regelung hinweisen, die eine Ergänzung zum Regelungsgegenstand der Nummer 2 darstellt, sich also speziell auf die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bezieht.

Daher schlägt die BPTK vor, die Sätze 2, 3 und 4 des Beschlussentwurfs des G-BA zu § 23b Absatz 1 Nummer 2a stattdessen in § 23b Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 2 jeweils als Sätze 2, 3 und 4 einzufügen.

Die im Beschlussentwurf des G-BA vorgeschlagenen Änderungen des § 23b Absatz 1 Nummer 3 Satz 2 stellen aus Sicht der BPTK unter systematischen Gesichtspunkten eine sinnvolle Verkürzung auf den eigentlichen Regelungsinhalt zu den Bewilligungsschritten in der Verhaltenstherapie dar und werden entsprechend befürwortet.

IV. Literatur

AOK Baden-Württemberg (2013). Gruppentherapie in Baden-Württemberg auf dem Vormarsch. Pressemitteilung vom 15. Juli 2013.

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.

8.5 Mündliche Anhörung und Wortprotokoll

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

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

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

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

Mündliche Anhörung



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

**hier: Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL):
Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im
Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 10. Juni 2015
von 11.02 Uhr bis 11.28 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer der **Bundespsychotherapeutenkammer (BPK)**:
Herr Harfst

Beginn der Anhörung: 11.02 Uhr

(Der angemeldete Teilnehmer betritt den Raum)

Herr Kirschner (stellv. Vorsitzender): Meine Damen und Herren, ich darf Sie alle zur Anhörung über die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie herzlich begrüßen. Es geht um die Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren. Wir haben im Stellungnahmeverfahren zwei schriftliche Stellungnahmen bekommen, einmal seitens der Bundesärztekammer und zum anderen seitens der Bundespsychotherapeutenkammer. Die Bundesärztekammer hat auf die Teilnahme an der mündlichen Anhörung heute verzichtet. Ich begrüße daher von der Bundespsychotherapeutenkammer Herrn Harfst. Sie möchten eine mündliche Stellungnahme zur vorliegenden Änderung der Psychotherapie-Richtlinie abgeben.

Ich darf auch darauf hinweisen, wir führen ein Wortprotokoll von dieser Anhörung, und bitte Sie, das Mikrofon zu verwenden. Bei Wortmeldungen aus dem Unterausschuss bitte ich, keine Namen, sondern nur die Mitgliedsorganisation bzw. Patientenvertretung zu benennen. Im Rahmen der Dokumentation dieses Beratungsverfahrens kann das Wortprotokoll veröffentlicht werden.

Was die Durchführung der Anhörung angeht, so dient die mündliche Anhörung nach unserer Verfahrensordnung in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse zu erfragen, die sich nach dem schriftlichen Stellungnahmeverfahren noch ergeben haben. Wir haben Sie bei der Übersendung der Beschlussunterlagen darauf hingewiesen, dass diese Dokumente bis zur Veröffentlichung durch den G-BA vertraulich behandelt werden müssen. Das Gleiche gilt auch für die im Rahmen der Anhörung ausgetauschten Inhalte.

Für die Anhörung sind circa 15 Minuten vorgesehen. Ich darf darauf hinweisen, die schriftlichen Unterlagen sind den Unterausschussmitgliedern bekannt und brauchen hier nicht gesondert wiederholt zu werden. Wir sollten uns auf Neues konzentrieren, vor allen Dingen auf die Klärung Ihrer Fragen, die sich auf die Inhalte beziehen und die Gegenstand der geplanten Änderung der Richtlinie als solche sind.

Jetzt darf ich Sie, Herr Harfst, bitten, kurz das vorzutragen – nicht das, was bereits bekannt ist –, von dem Sie glauben, dass es von Ihrer Seite gesagt werden sollte. Bitte schön.

Herr Harfst (BPtK): Herr Vorsitzender, herzlichen Dank für die Gelegenheit, hier zu sprechen. Ich werde mich kurz halten und wirklich auf wenige Aspekte beschränken. Eingangs erlaube ich mir, grundsätzlich festzuhalten, dass wir sehr begrüßen, dass die Flexibilisierung für die Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie in den psychodynamischen Verfahren künftig ermöglicht werden soll. Ich möchte nicht die Details unserer Stellungnahme darstellen, sondern nur auf drei Punkte eingehen, die uns besonders wichtig sind.

Das eine wäre die Voraussetzung der Einwilligung des Patienten im Falle einer Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie bei verschiedenen Psychotherapeuten. Wir sehen es als ganz wesentlich an, dass das immer voraussetzt, dass die Einwilligung des Patienten vorliegt und dass eine fehlende Einwilligung des Patienten nicht zum Leistungsausschluss führt. Es sollte also nicht dazu kommen können, dass, wenn der Patient sagt: „Ich willige in den Austausch über die Gesamtbehandlungspläne nicht ein“, dem Patienten dann die Leistung der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie versagt wird. Dies wäre der erste Punkt. Wir haben ihn in der Stellungnahme beschrieben, wollten ihn hier aber betonen, weil er uns als ein wichtiger Aspekt erscheint.

Nun möchte ich auf zwei Begrifflichkeiten eingehen, die ebenfalls die spezielle Konstellation der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie durch verschiedene Psychotherapeuten betrifft.

Diese Festlegung betrifft nicht nur die psychodynamischen Verfahren, sondern grundsätzlich alle Richtlinienverfahren. Da halten wir insbesondere den Begriff „in Abstimmung“ für problematisch. Auch ist für uns in der Formulierung, dass „der Austausch im Verlauf der Behandlung sicherzustellen ist“, das Wort „sicherzustellen“ etwas weitreichend vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit Sicherstellungsaufträgen und wie sie umgesetzt werden können, wenn man nicht das Gesamtgeschehen kontrollieren kann. Jeder Psychotherapeut kann nur seinen Teil dazu beitragen, aber kann nicht sicherstellen, dass die Kommunikation mit dem anderen Psychotherapeuten tatsächlich auch in dem Umfang funktioniert, wie es erforderlich ist. Deswegen ist dieser Begriff vielleicht etwas unglücklich. Wir sind uns, denke ich, in jedem Fall einig darüber, was angestrebt ist: dass eine Kommunikation in den Fällen, wo es erforderlich ist, zwischen den verschiedenen Psychotherapeuten im Verlauf der Behandlung erfolgt. Aber, wie gesagt, „sicherzustellen“ scheint uns ein bisschen weitreichend. Wir hatten da eine entsprechende Formulierung vorgeschlagen, die mehr Spielraum lässt und gleichzeitig deutlich macht, was gewünscht ist. Wenn man semantische Zwischenlösungen sucht, könnte man vielleicht auch eher von „gewährleisten“ sprechen. Das hat einen ähnlichen Bedeutungsinhalt, wirkt aber nicht in dem Maße überfordernd.

Zum Thema „in Abstimmung“ ist Gelegenheit, auf neue Aspekte hinzuweisen, die sich zwischen der schriftlichen Stellungnahme und der mündlichen Stellungnahme inzwischen ergeben haben. Dies geschieht vor dem Hintergrund des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, das morgen in zweiter und dritter Lesung voraussichtlich verabschiedet wird und bei dem mit dem Änderungsantrag 18, der sich unter anderem auf die Terminservicestellen bezieht, der Auftrag für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung expliziert geworden ist, und dies mit Stand vom 3. Juni nicht nur für die Vermittlung in die psychotherapeutische Sprechstunde, sobald die Regelung vom G-BA dazu getroffen worden ist, sondern auch bezogen auf die Behandlungsangebote, die aus der psychotherapeutischen Sprechstunde dann folgen. Genau das ist etwas, was wir uns vorstellen: dass künftig als Ergebnis der psychotherapeutischen Sprechstunde dann häufiger gruppenpsychotherapeutische Angebote genutzt werden. Es geht um die Konstellation, dass der einzelne Psychotherapeut, der im Rahmen der Sprechstunde die Indikationsstellung vorgenommen hat – die Probatorik –, feststellt: Hier ist es sinnvoll, zusätzlich zu einer Einzelpsychotherapie eine Gruppenpsychotherapie für ein bestimmtes Störungsbild vorzunehmen, das man sinnvoll auslagern kann. – Man kann sich zum Beispiel bei einer komorbiden sozialen Phobie gut vorstellen, dass man das im Rahmen einer Gruppenpsychotherapie effektiver behandeln kann, weil man nicht mühsam das Setting herstellen muss, um den Patienten die korrigierenden Erfahrungen machen lassen zu können.

Das wäre die Konstellation, wenn die Terminservicestellen diese Aufgabe künftig übernehmen würden. Dann würde ich als Psychotherapeut, der die Indikation stellt, den Patienten darüber aufklären: Bei Ihnen ist neben der Einzelpsychotherapie auch eine Gruppenpsychotherapie zur Behandlung zum Beispiel der sozialen Phobie indiziert. – Ich erläutere ihm, wie das ganze Vorgehen aussieht. Nach der Rechtsprechung wäre es so, dass ich dem Patienten keine Empfehlung, bei wem er diese Gruppenpsychotherapie machen soll, von mir aus geben darf – da gibt es die entsprechende BGH-Rechtsprechung, die man auf diesen Fall anwenden kann –, sondern quasi nur auf Nachfrage des Patienten darf ich eine Empfehlung bezogen auf einen konkreten Psychotherapeuten abgeben. Künftig wäre es gut denkbar, dass man dem Patienten sagt: Ich habe selber keinen genauen Überblick darüber, wo ein solches Angebot stattfindet und wer freie Kapazitäten hat, aber die Terminservicestellen haben diese Aufgabe. – Der Patient organisiert sich dabei quasi die zusätzliche Anwendungsform der Gruppenpsychotherapie. Dann ist die Frage: Wie findet dieser Kommunikationsprozess weiter statt? Dann wird der Psychotherapeut dem Patienten sicherlich noch sagen: Wenn Sie die Behandlung dort beginnen, ist es sinnvoll, dass ich mich mit Ihrem Gruppenpsychotherapeuten austausche,

dass wir uns über die Behandlungsziele und das Vorgehen einig sind. – Aber vom weiteren Vorgehen her wird es so sein, dass der Patient, wenn er den Gruppenpsychotherapeuten nach Vermittlung durch die Terminservicestelle aufgesucht hat, sich mit dem Gruppenpsychotherapeuten verständigt und da die Entscheidung trifft: Gebe ich die Einwilligung in den Austausch, mache ich eine Schweigepflichtsentbindung? Wenn das erfolgt, ist der nächste Schritt, dass die Kommunikation zwischen diesen beiden stattfindet.

Für uns stellt sich die Frage: Was heißt dann der Begriff „in Abstimmung“? Unsere Idee dabei ist, dass eine Rücksprache, ein Austausch darüber erfolgt, wie vorgegangen wird, aber dass es nicht sein kann, dass dann der Gruppenpsychotherapeut sagt: „Ich hätte gerne mal den Behandlungsplan für die Einzelpsychotherapie“, und anfängt, mit dem Einzelpsychotherapeuten darüber zu diskutieren. Das kann nicht das Ziel des Ganzen sein. „In Abstimmung“ eröffnet im Grunde diesen Spielraum, das ist weitergehend als an dieser Stelle eigentlich erforderlich. Es ist begrifflich ganz nah dran an „im Einvernehmen“. Es ist nicht mehr klar, wer eigentlich in welcher Weise was abzustimmen hat. Es ist sinnvoll, dass derjenige, der, wenn man so will, die Behandlungsführung hat, die wesentliche Intervention durchführt, sich dann mit dem Gruppenpsychotherapeuten austauscht, zum Beispiel sagt: Das sind die Inhalte, die in der Gruppentherapie adressiert werden sollten. – In dieser Weise findet dann eine Kommunikation statt. Es sollte sicherlich nicht so sein, dass ein kollegialer Diskurs geführt wird und sie sich sowohl über die Einzeltherapie als auch die Gruppentherapie einig werden müssen, um die Behandlung durchzuführen. Insofern wäre unser Vorschlag, an dieser Stelle statt „in Abstimmung“ eher den Begriff „nach Rücksprache“ zu verwenden, um keine Unklarheiten aufkommen zu lassen, wie das Ganze gedacht ist. Es soll um den Austausch gehen, aber nicht darum, dass quasi beide unter die jeweiligen Gesamtbehandlungspläne ihre Unterschrift setzen müssen und die dabei praktisch mitverantworten.

Das wären von unserer Seite die beiden Punkte: „in Abstimmung“ sollte durch „nach Rücksprache“ ersetzt werden, und „sicherzustellen“, wenn man es schärfen will, sollte eher durch das Wort „gewährleisten“ ersetzt werden, bzw. man sollte, wie von uns vorgeschlagen, analog der Richtlinie zur neuropsychologischen Therapie einen Austausch als Sollbedingung formulieren. – Vielen Dank. Ich stehe für Fragen zur Verfügung.

Herr Kirschner (stellv. Vorsitzender): Vielen Dank, Herr Harfst. Aufgrund der Unruhe habe ich den Eindruck, dass Sie da ein paar neue Punkte eingebracht haben und es dazu sicher ein paar Nachfragen geben wird. – Bitte schön.

KBV: Ich bin ein bisschen verwundert, denn die ursprüngliche Intention, die wir hatten, war, dass es eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie sein sollte. Das kann man sehr formal handhaben. Ich habe es aber immer so verstanden, dass das auch eine inhaltliche Kooperation sein sollte. Wenn man das aber so ernst nimmt, wie Sie es gerade formuliert haben, dann ist dieses – ich sage einmal – Bedürfnis, das meiner Ansicht nach bestehen müsste, sich mit dem Kollegen auszutauschen, formalisiert, und der Austausch kann auch inhaltsleer erfolgen. Dann kann man aneinander vorbeiarbeiten, und der eine kann eine völlig andere Therapierichtung einschlagen, eine völlig andere Indikation – einen völlig anderen Konflikt – stellen. Wenn das nicht abgestimmt wird: Wie soll das denn gehen, insbesondere wenn Übertragungs- und Gegenübertragungsverwicklungen da sind? Ich finde, diese Behandlung, wenn sie überhaupt erfolgreich sein soll, kann nur in enger Kooperation erfolgen, sonst ist da das Menschliche viel zu stark, und dann macht es Strömungen auseinander und gegeneinander. Das geht nicht. Insofern wäre ich dafür, dass „Abstimmung“ bleibt und „Rücksprache“ einfach zu dünn ist. Das Gleiche gilt auch für das „sicherzustellen“. Da kommt der gleiche Konflikt. Ich

weiß nicht, wie man es in der Praxis regeln kann, dass das ein Joint Venture ist und nicht jeder vor sich hinarbeitet.

Herr Kirschner (stellv. Vorsitzender): Herr Harfst, bitte.

Herr Harfst (BPTK): Sie haben recht, es gibt Konstellationen – ich würde denken, dass es sich in den psychodynamischen Verfahren vielleicht häufiger finden wird –, wenn es tatsächlich so ist, dass in der Gruppen- und Einzeltherapie am selben Konflikt gearbeitet wird, wo eine deutlich engere Kooperation erforderlich ist. Das ist nun aber eine Regelung, die sämtliche Konstellationen abzudecken hat. Es gibt eben bestimmt auch Formen der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie, bei denen dieses enge inhaltliche Miteinander-Arbeiten, -Abstimmen in diesem Maße nicht erforderlich ist und wo zum Beispiel die Kommunikation im Wesentlichen darüber ausreichend sein kann, dass der Patient berichtet, zum Beispiel wie bestimmte Übungen, die er im Rahmen einer Expositionstherapie in der Gruppenpsychotherapie zur sozialen Phobie gemacht hat, verlaufen sind. Den engen Austausch mit dem Gruppenpsychotherapeuten muss ich dafür nicht haben. Wir müssen eine Regelung finden, die das ganze Spektrum sinnvoll abdeckt, auch die Formen, bei denen ein sehr begrenzter Auftrag für die Gruppenpsychotherapie gegeben wird und es nicht mehr entscheidend ist, dass der Gruppenpsychotherapeut mit allen Einzelheiten der Einzeltherapie vertraut und einverstanden ist. Es muss nur klar sein, dass der Auftrag des Psychotherapeuten, der die Indikation gestellt hat, sinngemäß auch umgesetzt wird. Dafür halten wir eine weniger einschränkende Formulierung für sinnvoll.

Herr Kirschner (stellv. Vorsitzender): Vielen Dank. – Der GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Das rutscht jetzt etwas in die Diskussion. Eigentlich ist dieser erste Teil nur eine Befragung von Herrn Harfst. Insofern würde ich das gerne für die Aussprache zurückstellen, die wir dann darüber haben.

Herr Kirschner (stellv. Vorsitzender): Die KBV, bitte.

KBV: Herr Harfst, ich würde Sie gerne fragen, wie Sie die Bedeutung des Gesamtbehandlungsplans sehen.

Herr Harfst (BPTK): Zunächst einmal ist es Aufgabe des Psychotherapeuten, die Indikation zu stellen und zu sagen, ob eine Einzeltherapie oder eine Gruppenpsychotherapie vorgesehen ist. Der Gesamtbehandlungsplan muss diese Elemente erst einmal berücksichtigen, also welche Therapieziele mit welchen Interventionen adressiert werden sollen. Genauso muss ich im Gesamtbehandlungsplan berücksichtigen, wenn eine zusätzliche medikamentöse Behandlung stattfindet oder weitere Interventionen, die ebenfalls zum Leistungskatalog der GKV womöglich gehören oder auch nicht. Das muss ich dann in meinem Gesamtbehandlungsplan berücksichtigen. Das muss seine Entsprechung im Kern natürlich auch bei dem anderem Leistungserbringer finden in dem Sinne, dass der weiß, welche Aufgabe er im Gesamtgeschehen hat, ohne dass er jetzt natürlich alle Details der Einzeltherapie – das würde der Patient wahrscheinlich auch nicht unbedingt wollen – mit allen zusätzlich beteiligten Leistungserbringern austauscht. Vielmehr müssen die wesentlichen Informationen transportiert werden. Aber wie ich – als ein Beispiel – jetzt die Traumabehandlung im Einzelnen durchführe, muss ich nicht mit den weiteren Kollegen konsentieren.

Herr Kirschner (stellv. Vorsitzender): Noch einmal die KBV.

KBV: Ich hatte, glaube ich, noch ein Missverständnis bei ihrem Anfangsstatement, als Sie gesagt haben, wenn ich es richtig erinnere, dass, wenn das Einverständnis für eine kooperative Behandlung des Patienten nicht vorliegt, keine Leistungseinschränkung für diesen Patienten resultieren darf. Das heißt, Sie haben damit für mich jetzt ausgedrückt, dass, obwohl das Einverständnis nicht vorliegt, der Therapeut trotzdem die Kombinationsbehandlung machen können sollte. Habe ich das richtig verstanden?

Herr Harfst (BptK): Ja, das haben Sie richtig verstanden. Wir halten es für sinnvoll, dass es nicht zum Leistungsausschluss führt. Ich würde als Psychotherapeut gleichzeitig immer einen Abwägungsprozess vornehmen müssen: Kann ich meine Behandlung unter den Voraussetzungen noch adäquat umsetzen, kann ich eine hinreichende Qualität der Gesamtbehandlung noch gewährleisten, und habe ich gegebenenfalls auch eine Perspektive, dass im Verlauf der Behandlung beim Patienten die Bereitschaft entsteht, diesem Austausch tatsächlich zuzustimmen? Um diesen Spielraum geht es im Kern. Es ist unser Anliegen, dass die Behandlung qualitätsgesichert möglichst stattfinden kann, aber dass wir so viel Spielraum lassen, dass Patienten, die vielleicht sehr zurückhaltend sind und nicht wollen, dass, wenn sie sich öffnen, noch mehrere Leute irgendwie Bescheid wissen, trotzdem die Gelegenheit haben, mit einer solchen Kombinationsbehandlung zu beginnen, und dass man dann prüft, inwieweit der Patient die Einwilligung geben kann und inwieweit es erforderlich ist, dass ich den Austausch mit dem anderen Psychotherapeuten habe, oder im Kern die Information über den Patienten über die erfolgten Interventionen reicht.

Stellen Sie sich die klassischen Settings vor, wo so etwas heute realisiert wird. In der ambulanten Versorgung haben es bislang wenig, am ehesten kann dies in MVZs gemacht werden, weil der Austausch zwischen den Psychotherapeuten – es ist von allen immer angestrebt – leicht möglich ist und die personellen Ressourcen und die Anzahl der Patienten für solche Gruppeninterventionen zusätzlich zur Einzeltherapie vor Ort verfügbar sind. In der Klinik finden wir die Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie durch verschiedene Psychotherapeuten häufig realisiert. Da wird der Fokus in der Regel auf die Patienten gelegt, bei denen man sagt: Hier ist die Behandlung so komplex, und hier ist ein Austausch besonders im Blick zu haben, damit nichts auseinanderläuft zwischen dem Gruppenpsychotherapeuten und dem, der die Einzeltherapie macht. – Es wird eine Reihe von Patienten geben, wo der Austausch über die einzelnen durchgeführten Interventionen zum Beispiel in der Gruppenpsychotherapie nicht mit dem Psychotherapeuten selbst erforderlich ist, sondern ich genug Informationen über meinen Patienten selbst erhalte und ich auch gut einschätzen kann, ob ich ein hinreichendes Bild dessen erhalte, was dort stattgefunden hat, oder ob ich eine zusätzliche Informationsquelle dafür benötige.

Wiederum dieses Spektrum haben wir dabei im Blick. Es ist immer von dem einzelnen Psychotherapeuten abzuschätzen: Kann ich unter der Gesamtkonstellation eine Kombinationsbehandlung ohne diesen Austausch anfangs noch rechtfertigen oder nicht? Wir können uns Fälle vorstellen, wo das durchaus möglich ist und wo man vielleicht auch gerade im Sinne eines Therapieziels den Patienten im Verlauf der Behandlung dazu bewegen kann, sein Einverständnis für den Austausch zwischen den Behandlern zu geben. Das wäre aus unserer Perspektive anstrebenswert.

Herr Kirschner (stellv. Vorsitzender): Gibt es weitere Nachfragen? – Das sehe ich nicht. Herr Harfst, dann darf ich mich herzlich bedanken, dass sie hier waren. Ich darf Sie dann entlassen.

Schluss der Anhörung: 11.28 Uhr