



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V  
über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:  
Strukturreform der ambulanten Psychotherapie

Berlin, 12.05.2016

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 14.04.2016 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der Psychotherapie-Richtlinie - Strukturreform der ambulanten Psychotherapie - aufgefordert. Die Psychotherapie-Richtlinie regelt das Nähere zu den zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, zum Antrags- und Gutachterverfahren, zu probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung von psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten.

Änderungsbedarf resultiert aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Dem G-BA wurde darin aufgetragen, Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens zu beschließen. Angestrebt wird laut gesetzlicher Begründung eine effektivere psychotherapeutische Versorgung.

## Allgemein

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinien. Im Einzelnen nimmt sie zu den Punkten, die insbesondere als strittige Punkte in den übersandten Unterlagen markiert sind, Stellung.

## Im Einzelnen

### Zu § 1 Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

#### Abs. 1 und 2

Die Verwendung des Begriffs "Therapeutinnen und Therapeuten," ist ungenau, denn er umfasst auch Ärzte, welche medikamentös behandeln und nicht nur ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind. Zur Klarheit sollte statt dessen von „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ gesprochen werden.

#### Abs. 1:

Die Bundesärztekammer schließt sich der Auffassung der KBV an, dass die psychotherapeutischen Akutbehandlungen nach § 13 sowie die Psychotherapieverfahren nach § 15 zur Richtlinien-Psychotherapie gehören.

**Begründung:** Die Akutbehandlung ist eine Psychotherapie bei psychisch und psychosomatisch erkrankten Patienten, die einer Notfallpsychotherapie bedürfen. Sie unterscheidet sich methodisch nicht von der Richtlinien- Psychotherapie, fokussiert aber auf die Akuität der Erkrankung. Hingegen sind die psychotherapeutische Sprechstunde, die probatorischen Sitzungen und die Psychosomatische Grundversorgung nicht Gegenstand der Richtlinien-Psychotherapie, da in der Sprechstunde und in den probatorischen Sitzungen ermittelt wird, dass eine psychische oder psychosomatische Erkrankung vorliegt, die der Psychotherapie bedarf. Psychische Erkrankungen sind Erkrankungen im Sinne von § 2.

#### Abs. 2

Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, dass der G-BA prüft, ob in Abs. 2 insbesondere bei der psychotherapeutischen Akutbehandlung hinsichtlich der etwaigen Notwendigkeit medikamentöser/psychopharmakologischer (Akut-)Behandlung die Kooperation mit einem ärztlichen Psychotherapeuten angesprochen werden sollte.

### **Abs. 3**

Die Bundesärztekammer schließt sich der KBV/GKV-Stellungnahme an und schlägt eine Erweiterung vor, die sich an der Stellungnahme der Patientenvertreter orientiert:

„Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 und 3, § 118 (Hochschulambulanzen, psychiatrische oder psychosomatische Institutsambulanzen sowie Ambulanzen an Ausbildungsstätten) können Leistungen dieser Richtlinien erbringen, wenn sie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geleitet werden, die über eine Genehmigung gemäß der Psychotherapievereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 verfügen“.

**Begründung:** Diese Regelung ermöglicht psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen die angemessene Abrechnung der entsprechenden Behandlungsfälle, die durch in Weiterbildung befindliche Ärztinnen und Ärzten der P-Fächer unter Anleitung erbracht werden.

### **Zu § 4 Übergreifende Merkmale von Psychotherapie**

Die Bundesärztekammer begrüßt die Gleichstellung der Einzelpsychotherapie und der Gruppenpsychotherapie sowie auch die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie.

#### **Abs. 4 Nr. 2**

In Nr. 2. sollte folgende Ergänzung nach dem ersten Satz eingefügt werden:

„Je nach Verfahren werden unterschiedliche psychotherapeutische Instrumente, wie z.B. Übertragungs-Gegenübertragungs-Widerstands-oder Verhaltensanalyse vom Psychotherapeuten angewandt, um den Behandlungs- und Heilungsprozess des Patienten zu fördern“.

**Begründung:** Diese Aussage findet sich auch bei der Einzeltherapie (Abs. 4 Nr. 1.), kennzeichnet aber auch die Methode der psychoanalytisch begründeten Gruppenpsychotherapie.

### **Zu § 10 Verbindung von Diagnostik und Therapie**

#### **Abs. 2**

Folgende Ergänzung sollte nach dem ersten Satz vorgesehen werden:

„Die ODA und DDA umfasst, falls erforderlich, auch die konsiliarische Einbeziehung einer Ärztin oder eines Arztes“.

**Begründung:** Eine orientierende diagnostische und/oder differentialdiagnostische Abklärung beziehen sich auch auf die somatischen und psychosomatischen Störungen, daher ist ggf. eine weitere diagnostische Abklärung bei einem Arzt notwendig. Für den psychologischen Psychotherapeuten ist dies eine Absicherung, ein obligatorischer Konsiliarbericht in dieser Phase wird nicht angestrebt.

### **§ 11 Psychotherapeutische Sprechstunde**

Die Bundesärztekammer begrüßt die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde, um einen zeitnahen niederschweligen Zugang der Patientin oder des Patienten zu der psychotherapeutischen Versorgung zu ermöglichen. Auch die orientierende diagnostische Abklärung und die differentialdiagnostische Erwägungen können in der Sprechstunde erfolgen.

## **Abs. 2**

Die Bundesärztekammer spricht sich dabei für die Position der KBV und des GKV-SV aus. Diese besagt, dass die psychotherapeutische Sprechstunde als Kann-Vorschrift in die Richtlinien aufgenommen wird und der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin dies der Kassenärztlichen Vereinigung anzeigt.

**Begründung:** Es ist zurzeit noch nicht abzusehen, wie sich die Einrichtung einer Sprechstunde auswirkt. Es gibt eine Reihe von Arztgruppen, die psychisch und psychosomatisch Kranke in ihren Sprechstunden diagnostizieren und weiterleiten, z. B. die hausärztlich tätigen Facharztgruppen (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendärzte), Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, für Orthopädie und weitere Facharztgruppen sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und – psychotherapie. Den psychologischen Psychotherapeuten sollte freigestellt werden, ob sie an ihrer bisherigen Richtlinien-Praxis festhalten, keine Sprechstunden anzubieten und somit mehr Zeit für Psychotherapien zur Verfügung haben oder Sprechstunden einrichten.

## **Abs. 3**

Die Bundesärztekammer spricht sich für eine Ergänzung in Satz 1 aus, wie bereits für § 10 (Abs. 2) empfohlen:

"Bei Verdacht auf eine seelische Krankheit findet im Rahmen der Sprechstunde (...), ggf. unter konsiliarischer Einbeziehung einer Ärztin oder eines Arztes“.

Darüber hinaus sollte eine Regelung aufgenommen werden, die besagt, wenn Sprechstunden nicht eingeführt werden, dennoch sichergestellt werden muss, dass eine telefonische Erreichbarkeit in dem vorgeschlagenen Umfang besteht und Terminvergaben für ein erstes Gespräch zeitnah vergeben werden können.

## **Abs. 8**

Die Bundesärztekammer schließt sich der Position der KBV an, dass nach Krankenhausvorbehandlung eine Akutbehandlung nach § 13 oder auch eine Behandlung nach § 15 ohne Sprechstunde beginnen kann.

## **Abs. 11**

Die Bundesärztekammer fordert hier ebenfalls eine obligate Einholung eines Konsiliarberichtes bei Abklärung einer somatischen Erkrankung. Es muss ergänzt werden:

„Vor Beginn einer Richtlinien-Psychotherapie (§ 13 oder § 15) wird von dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin eine Abklärung einer somatischen Erkrankung eingeholt“.

Entschließt sich ein Psychotherapeut/eine Psychotherapeutin, feste Sprechstunden einzurichten, so sind auch die erforderlichen Zeiten an Sprechstunden anzugeben.

## **Abs. 15**

Die Bundesärztekammer sieht ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinien-Psychotherapie als sinnvoll und notwendig an. Dies gilt ebenso für eine schriftliche Rückmeldung zum Ergebnis der Sprechstunde (individuelle Patienteninformation). Eine individuelle Patienteninformation soll die Ergebnisse aus der Sprechstunde zusammenfassen. Aus datenschutzrechtlichen Bestimmungen kann diese Information nicht an die entsprechenden Krankenkassen weitergegeben werden. Es können nur abrechnungsrelevante Informationen nach § 294 ff. SGB V weitergegeben werden.

Die Bundesärztekammer schließt sich ferner der Auffassung der Patientenvertreter an, dass die Informationsblätter den Richtlinien als Anlage beigefügt werden.

**Abs. 17**

Die Bundesärztekammer begrüßt die vom G-BA vorgesehene Evaluation der Sprechstundeneinführung innerhalb von fünf Jahren nach Beschlussfassung.

**§ 12 Probatorische Sitzungen**

**Abs. 1**

Die Bundesärztekammer befürwortet die Klarstellung, was unter probatorischen Sitzungen zu verstehen ist. Dies sind Gespräche vor Einleitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15.

**Abs. 2**

Die Bundesärztekammer folgt dem Vorschlag der KBV und der Patientenvertretung und lehnt probatorische Sitzungen vor Einleitung einer Akutbehandlung ab. Es ist der Sinn der Akutbehandlung, möglichst schnell und effektiv ein akutes Krankheitsbild mit Hilfe psychotherapeutischer Interventionen zu behandeln. Hingegen ist bei Einleitung ambulanter Psychotherapien nach § 15 die Feststellung zur Eignung des Patienten für ein bestimmtes Behandlungsverfahren - unter Berücksichtigung der Ausschlüsse und zur Einschätzung der Prognose, der Motivation und der Kooperation sowie der Beziehungsfähigkeit - im Rahmen von probatorischen Sitzungen sinnvoll.

**Abs. 3**

Die Anzahl der bisherigen probatorischen Sitzungen vor Durchführung einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie von fünf bzw. acht probatorischen Sitzungen bei analytischer Psychotherapie sollte beibehalten werden.

**Abs. 4**

Abs. 4 legt fest, dass probatorische Sitzungen nur für Einzeltherapie durchgeführt werden können. Dem ist zu widersprechen, da es durchaus Patienten gibt, die die Vorstellung haben, zunächst in einer Gruppenpsychotherapie zu „hospitieren“, bevor sie sich darauf einlassen. Darum sollten sich die probatorischen Sitzungen nicht nur auf die Einzelbehandlung beziehen, sondern auch auf Gruppenpsychotherapien.

**§ 13 Psychotherapeutische Akutbehandlung**

**Abs. 1**

Die Bundesärztekammer unterstützt die Einführung einer psychotherapeutischen Akutbehandlung bei psychischen oder psychosomatischen Krisen und Ausnahmezuständen mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen gemäß der Richtlinien-Psychotherapie nach § 15. Es ist eine Sonderform der Richtlinien-Psychotherapie, eine sog. Notfallpsychotherapie, die jedoch der Zusammenarbeit im psychosozialen Versorgungssystem, insbesondere mit dem psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungssystem, bedarf. Akutbehandlungen setzen eine hohe Kooperation zwischen der ambulanten wie stationären Versorgung psychischer und psychosomatischer Kranker voraus.

**Abs. 2 und 3**

Die Akutbehandlung soll sich ohne eine Probatorik (siehe Stellungnahmen zu § 12) unmittelbar an die Sprechstunde anschließen. Die Bundesärztekammer unterstützt die Auffassung der KBV, dass es sich um eine Einzeltherapie handelt und diese in Einheiten von

mindestens 25 Minuten und 20-mal im Krankheitsfall durchgeführt werden kann. Falls eine Richtlinien-Psychotherapie nach § 15 fortgesetzt wird, ist sie auf das Therapiekontingent anzurechnen.

**Begründung:** Wie bereits ausgeführt, ist die Akutbehandlung eine Sonderintervention im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien. Eine Fortsetzung im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien setzt voraus, dass die Akuität nicht mehr vorhanden ist und auch Wartezeiten möglich sind. In der Praxis wird sich für diese Behandlungsform der Richtlinien-Psychotherapie nur ein schmales Kontingent ergeben, da nach Einschätzung der Bundesärztekammer überwiegend Richtlinien-Psychotherapie nach § 15 durchgeführt werden wird.

#### **§ 14 Rezidivprophylaxe**

Die Bundesärztekammer begrüßt die sicher notwendige neue Einführung einer sogenannten Rezidivprophylaxe.

Die vorgesehenen Regelungen sind aber bisher kaum erprobt, so dass auch hier eine Überprüfung der Regelungen erfolgen sollte. Es sollte ein Abs. 6 eingeführt werden:

„Die Rezidivprophylaxe wird innerhalb von 5 Jahren nach Beschlussfassung evaluiert.“

#### **§ 15 Behandlungsformen**

Die Bundesärztekammer regt an zu prüfen, ob die hier vorgelegte Einteilung psychoanalytisch begründeter Psychotherapien und der Verhaltenstherapien mit den jeweiligen Untergruppen noch dem Stand der Wissenschaft entspricht. So sind z.B. im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Psychotherapien die verschiedensten Therapieformen neben der Kurztherapie und Fokalthherapie entwickelt worden, wie z.B. die psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie, die strukturelle Psychotherapie, die mentalisierungsgestützte Psychotherapie und die übertragungsfokussierte Psychotherapie. Eine Zuordnung zu den analytischen Psychotherapien oder tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien ist möglich. Die oben genannten Methoden haben im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Psychotherapien ihre Wirksamkeit hinreichend nachgewiesen.

Des Weiteren ist international nicht der Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ üblich, sondern der Begriff „psychodynamische Psychotherapie“.

Die Bundesärztekammer regt an, diese sich aus § 15 ergebenden Fragen für eine nächste Novellierung vorzusehen, da auch die ärztliche Weiterbildungsordnung den Veränderungen in der Entwicklung der psychoanalytisch begründeten Psychotherapien Rechnung trägt und andere Formulierungen anwendet.

#### **§ 20 Anwendungsformen**

Die Gleichstellung der Gruppenpsychotherapie mit der Einzelpsychotherapie ist sehr zu unterstützen. Nach § 4 sollen in der Gruppenpsychotherapie auch die gruppenspezifischen Prozesse für die therapeutischen Ergebnisse genutzt werden.

#### **Ziffer 5. Gruppengröße**

Nach wissenschaftlichen Standards der Kleingruppenforschung der Sozialpsychologie und aus Erfahrungen in der Praxis ist eine Teilnehmerzahl von 3 keine hinreichende Bedingung für einen gruppenspezifischen Prozess. Aufgrund dessen schlägt die Bundesärztekammer vor, in der Regel bei der Gruppengröße von mindestens 6 bis höchstens 9 sowohl für psychoanalytisch begründete Verfahren wie für die Verhaltenstherapie zu

bleiben. Die organisatorischen Schwierigkeiten beim Aufbau einer Gruppe lassen sich durch folgende Ausnahmereglung begrenzen:

"Vorübergehend (ca. 1 Jahr) kann insbesondere beim Aufbau einer Gruppe die Gruppengröße zwischen 3 und 9 Teilnehmer liegen".

## **§ 25 Übende und suggestive Interventionen**

### **Abs. 2**

Im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung gibt es übende und suggestive Interventionen. Die Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung können auch in einer Gruppenbehandlung stattfinden. Auch hier gilt, wie unter § 20 dargestellt, eine Gruppengröße von 6 bis höchstens 9 Patientinnen und Patienten, da sonst der gruppendynamische Faktor in der Therapie nicht genutzt wird.

## **§ 27 Behandlungsumfang und -begrenzung**

### **Abs. 1**

Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag der KBV, die Probetherapie beizubehalten.

### **Abs. 2 und 3**

Des Weiteren stimmt die Bundesärztekammer den Behandlungsumfängen und Behandlungsbegrenzungen sowie der Anrechenbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie zu.

### **Abs. 4**

Insbesondere hält die BÄK den Einbezug auch von Partnerin/Partner oder Familie, wie KBV und GKV vorschlagen, für berechtigt. Es ist aber fachlich nicht sinnvoll, hier von Paar- oder Familientherapie zu sprechen, da diese Begrifflichkeit insbesondere im Rahmen anderer, bisher nicht sozialrechtlich anerkannter Verfahren benutzt wird.

## **§ 28 Therapieansätze in den Verfahren nach § 15**

Sowohl in den Änderungsvorschlägen wie in den Begründungen zeigt sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Vorschlägen der KBV und des GKV-SV. Die Bundesärztekammer ist der Auffassung, dass der bewährte Ablauf in den psychotherapeutischen Verfahren nach den probatorischen Sitzungen aufrecht zu erhalten ist: Entweder kann je nach Indikation eine antragspflichtige Kurzzeittherapie oder eine Langzeittherapie (Antragsverfahren mit Begutachtung) durchgeführt werden. Aus den probatorischen Sitzungen ergeben sich genügend Anhaltspunkte, welches Verfahren zu wählen ist. In der Kurzzeittherapie ist ein Kontingent von 25 Stunden sowohl in der tiefenpsychologisch fundierten wie der Verhaltenstherapie vorzusehen. Einer weiteren Aufteilung in 2 x 12 Stunden, wie der GKV-SV aufgrund einer einzigen wissenschaftlichen Studie vorschlägt, also eine Kurzzeittherapie 1 und 2 einzuführen, kann sich die Bundesärztekammer nicht anschließen.

### **Begründung:**

Der bürokratische Aufwand ist zu hoch. Der Flexibilisierung der Richtlinien-Psychotherapie ist durch die Einführung der Sprechstunde und der Akutbehandlung Rechnung getragen. Die Akutbehandlung lediglich mit einer Anzeigepflicht ermöglicht allen Patientinnen und Patienten unmittelbar und schnell einen Zugang zur Richtlinien-Psychotherapie. Mehrere Studien belegen, dass ein differenziertes Behandlungsangebot

in Form von Kurz- und Langzeittherapien sinnvoll ist. Eine Überprüfung ist möglich, da die Kurzzeittherapie antragspflichtig bleibt.

#### **Abs. 2**

Die Kurzzeittherapie in Gruppen ist für Erwachsene wie Kinder sinnvoll.

#### **Abs. 3**

Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag der KBV, dass unmittelbar nach den probatorischen Sitzungen auch eine Langzeittherapie mit den entsprechenden Kontingenten (siehe § 29) möglich sein muss. Es gibt keine fachliche Begründung für den Vorschlag der GKV-SV, vor jeder Langzeittherapie eine Kurzzeittherapie, und das noch im Sinne von Kurzzeittherapie 1 und 2, durchzuführen.

#### **§ 29 Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15**

Die Bundesärztekammer unterstützt die Reduktion der Bewilligungsschritte in den gesamten Kontingenten für Einzel- und Gruppenpsychotherapie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen.

#### **§ 31 Konsiliarverfahren und Qualifikation der den Konsiliarbericht abgebenden Ärztinnen und Ärzte**

Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag der KBV, dass vor Beginn einer Richtlinien-Psychotherapie von der psychologischen Psychotherapeutin, dem psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein Konsiliarverfahren einzuleiten ist.

Dazu muss die Konsiliarärztin oder der Konsiliararzt über die erhobenen Befunde und die vorgesehene Psychotherapie informiert werden.

#### **§ 32 Anzeigeverfahren und § 33 Antragsverfahren**

Die Bundesärztekammer ist der Auffassung, dass das Anzeigeverfahren für die Akutbehandlung nach § 13 gelten soll und das Antragsverfahren auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie nach § 15 für Kurzzeit- und Langzeittherapie. Wird eine Langzeittherapie beantragt oder eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie umgewandelt, so muss ein gutachterpflichtiger Antrag gestellt werden (Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter).

#### **§ 34 Gutachterverfahren**

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass grundsätzlich keine Gutachterpflicht mehr für Kurzzeittherapien besteht und nur bei Langzeittherapien oder in Ausnahmefällen auch bei Kurzzeittherapie ein Gutachter durch die Krankenkasse eingeschaltet werden muss. Dies ist eine der angestrebten Erleichterungen in der Durchführung von Psychotherapien.

### § 35 Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter

In den weitgehenden Veränderungen hinsichtlich der Qualifikation der Gutachter stimmt die Bundesärztekammer weitgehend (mit einigen Einschränkungen) mit den Vorschlägen der KBV überein. Die Übereinstimmungen liegen im Folgenden:

1. Als Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche können Ärztinnen und Ärzte oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer Doppelqualifikation in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie bestellt werden. Der Ausnahmeregelung für Kinder- und Jugendlichengutachter, vorgeschlagen von der KBV, schließt sich die Bundesärztekammer nicht an.
2. Es können Ärztinnen und Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer Qualifikation in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche werden.
3. Die unter 1. und 2. Genannten können dann in einer Liste als qualifiziert für Gutachten in der Gruppenpsychotherapie aufgenommen werden, wenn sie selber über die Qualifikation zur Erbringung von Gruppenpsychotherapien verfügen und auch solche durchführen.
4. Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten können Gutachter für Verhaltenstherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche werden, wenn sie die entsprechenden Qualifikationen im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung erworben haben.
5. Die unter 4. Genannten können dann als Gutachter für Gruppenpsychotherapie genannt werden, wenn sie selber die Qualifikation zur Erbringung von verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapien haben und auch solche durchführen.

**Begründung:** Aus der historischen Entwicklung ist nachzuvollziehen, dass die Doppelqualifikation in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie die Grundlage für die Bestellung zum Gutachter Voraussetzung war. Mit der Entwicklung der ärztlichen Weiterbildungsordnung und der Entwicklung des Psychotherapeutengesetzes sind jedoch nun auch Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten tätig, die die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie-Qualifikation erworben haben (psychodynamische Psychotherapie). Letztere sind aufgrund ihrer theoretischen und behandlingstechnischen Positionen eng mit der Psychoanalyse verbunden, ohne selber Analytiker geworden zu sein. Sie sind fachlich in der Lage, die beantragten psychoanalytisch begründeten Verfahren zu beurteilen. Eine Auftrennung in Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie, wie der GKV-SV dies vorschlägt, wird seitens der Bundesärztekammer abgelehnt. Dies würde zu einem Auseinanderfallen der psychoanalytisch begründeten Verfahren führen.

Weiteren Qualifikationsvoraussetzungen, z. B. Altersbegrenzung bei Antragstellung, mindestens fünfjährige Tätigkeit nach Abschluss der Aus- oder Weiterbildung, Dozententätigkeit an Aus- oder Weiterbildungsstätten, wird zugestimmt, hingegen nicht der dreijährigen Bindung an eine Tätigkeit im vertragsärztlichen Versorgungsbereich. Hier ist bei der Bestellung der Gutachter darauf zu achten, dass auch in Institutionen wie Polikliniken und Ambulanzen entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte oder psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten tätig sein können, die als Gutachter grundsätzlich bestellt werden können. Insbesondere wissenschaftlich qualifizierte ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten könnten eine Bereicherung für die Weiterentwicklung der Psychotherapie und auch der Richtlinien-Psychotherapie sein.

### **§ 37 Schriftliche Dokumentation**

Die Erweiterung der individuellen Informationsweitergabe wird begrüßt. Insbesondere die individuelle Patienteninformation wird dem Patienten langfristig Hilfestellung bei seinen Entscheidungen über eine Psychotherapie geben. Diese individuelle Patienteninformation kann jedoch aus datenschutzrechtlichen Gründen nur der Patientenakte hinzugefügt werden, jedoch nicht an die Krankenkassen weitergegeben werden.

### **§ 38 Einsatz der Dokumentationsbögen**

#### **Abs. 1**

Dem KBV-Votum wird zugestimmt, in dem vorgeschlagen wird, dass die Dokumentationsbögen zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie gemäß § 15 und dem Ende der Richtlinien-Psychotherapie auszufüllen sind.

Ferner wird begrüßt, dass die Dokumentationsbögen Bestandteil der Patientenakte sind und bei einer neuen Antragstellung auch dem Gutachter zur Verfügung gestellt werden können.

#### **Abs.2**

Das Sammeln von Daten allein ist nicht sinnvoll, es muss auch zu einer Auswertung kommen. Deswegen ist die Auswertung einer solchen Dokumentation innerhalb eines Zeitraums von 5 Jahren anzustreben (siehe die Position der Patientenvertreter). Mit der Auswertung sollten unabhängige Forschungsinstitute beauftragt werden.

### **Anlage 2, I. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Erwachsene Behandlungsbeginn, Blatt 2**

#### **Ziffer 11.6**

In der Anlage 2 fehlt unter „I. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Erwachsene Behandlungsbeginn Punkt 11.6“ die „psychosomatische Institutsambulanz“. Unter 11.6 sollte neben „psychiatrischen Institutsambulanz“ die „psychosomatische Institutsambulanz“ eingefügt werden.

### **Anlage 2, III Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Kinder und Jugendliche Behandlungsbeginn, Blatt 2**

#### **Ziffer 12.6**

Unter 12.6 sollte neben „psychiatrischen Institutsambulanz“ die „psychosomatische Institutsambulanz“ eingefügt werden.

Berlin, 12.05.2016



Dr. Annegret Schoeller  
Bereichsleiterin im Dezernat 5