

Mündliche Anhörung



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

gemäß 1. Kapitel, § 12 Abs. 3 Verfahrensordnung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

**hier: Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens
Systemische Therapie bei Erwachsenen**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 27. September 2018
von 11.35 Uhr bis 12.00 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer für die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**

Herr Timo Harfst

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)**

Herr Felix Hoffmann

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)**

Herr Dr. Gerhard Hildenbrand

Teilnehmer für das **Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)**

Prof. Martin Teufel

Angemeldete Teilnehmerin für die **Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP)**

Frau Dr. Helene Timmermann

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)**

Herr Dr. Björn Enno Hermans

Herr Dr. Markus Haun

Angemeldete Teilnehmer für die **Systemische Gesellschaft - Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung (SG)**

Frau Dr. Ulrike Borst

Herr Sebastian Baumann

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie (D3G)**

Herr Prof. Dr. med. Ulrich Schultz-Venrath

Beginn der Anhörung: 11:35 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Im Namen des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere des Unterausschusses Methodenbewertung, begrüße ich Sie ganz herzlich zur mündlichen Anhörung zur Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen. Herzlich willkommen hier im Unterausschuss!

Kurze Vorbemerkung: Wir werden von dieser Anhörung ein Wortprotokoll erstellen. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, würde ich Sie jetzt um ein Handzeichen bitten. - Da das nicht der Fall ist, gehe ich davon aus, dass Sie damit einverstanden sind. - Damit die Erstellung des Wortprotokolls erleichtert wird, möchte ich Sie bitten, vor jedem Wortbeitrag Ihren Namen und die Organisation, für die Sie sprechen, zu nennen und das Mikrofon zu benutzen.

Wir haben für diese Anhörung bis zu eine Stunde vorgesehen. Wir haben Ihre Stellungnahmen gelesen, kann ich Ihnen versichern, und sie umfassend gewürdigt. Wir würden Sie dringend bitten, sich jetzt vor allen Dingen auf neue Aspekte respektive wesentliche Punkt zu fokussieren und nicht den Inhalt der schriftlichen Stellungen hier noch einmal darzustellen. Wer möchte beginnen? - Herr Baumann.

Sebastian Baumann (Systemische Gesellschaft - Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung [SG]): Wir freuen uns sehr, dass jetzt das Bewertungsverfahren in die Stellungnahmephase gekommen ist. Der Abschlussbericht liegt ja schon eine Zeitlang vor.

Ich möchte zwei Punkte herausgreifen. Wir haben den Eindruck, dass es in diesem Bewertungsverfahren um zwei zentrale Punkte geht. Der eine Punkt ist: Folgt man der Einschätzung der KBV, der DKG und der Patientinnen und Patienten, die sich mit den gefundenen Anhaltspunkten und Hinweisen auf die Einschätzung und das methodische Vorgehen des IQWiG stützen, oder folgt man Beschlussentwurf B, in dem eine methodische Neubewertung der Studien vorgenommen wurde? Ein Nutzen würde dann als nachgewiesen angesehen, wenn alle signifikanten versus nichtsignifikanten Unterschiede ungewichtet ausgezählt würden und ein einfacher Strich darunter gemacht und dann unseres Erachtens willkürlich festgelegt würde, dass hier mindestens die Hälfte aller Outcome-Maße über sämtliche Zeitpunkte hinweg signifikant sein müssten.

Wir haben einige Koryphäen - natürlich ohne Nennung der Beschlussentwürfe - dazu befragt, was sie von einer solchen methodischen Vorgehensweise halten - also die Biometriker des IQWiG, die Expertin vom Cochrane-Netzwerk -, und alle bestätigen unisono, dass das einfache Auszählen über verschiedene Endpunkte und Erhebungszeitpunkte hinweg - diese Differenzen von signifikanten versus nichtsignifikanten Teilergebnissen - nicht dem methodischen Standard entspricht, auf dem Entscheidungen basieren sollten. Das bezieht sich auch auf das Signifikanzauszählen auf Studienebene, nicht nur auf Metaanalyseebene.

Zu dieser Auffassung sind auch wir gelangt und haben uns deswegen dem methodischen Vorgehen und den Ergebnissen des IQWiG und damit dem Beschlussentwurf von KBV, DKG und den Patientinnen und Patienten angeschlossen.

Die zweite zentrale Frage ist die nach der Ergebnissicherheit, die man bei Psychotherapiestudien erwarten kann. Laut Beschlussentwurf B würden nur Belege als ausreichende Ergebnissicherheit zugelassen sein. Abgesehen davon, dass man wahrscheinlich einen großen Teil der Leistungen der GKV streichen müsste, wenn man diesen Maßstab anlegte, ist durch die Verblindungsproblematik, die bei

allen Psychotherapiestudien aller Verfahren eine Rolle spielt, von Belegen regelhaft nicht auszugehen. Sie sind in der Studienpraxis nur äußerst schwer zu erreichen. Die GRADE-Arbeitsgruppe geht sogar davon aus, dass die höchste Aussagesicherheit in Psychotherapiestudien überhaupt nicht zu erreichen ist.

Vor dem Hintergrund der Gleichbehandlung, die mit dem Beginn des Beratungsthemas 2013 versprochen wurde - im Vergleich zu den anderen Richtlinienverfahren, die ohne diese Methodenprüfung in die Erstattungsfähigkeit gekommen sind -, ist es unseres Erachtens nicht schlüssig, nur Aussagen der höchsten Aussagesicherheit zu fordern. Deswegen überzeugt uns auch hier die Position von KBV, DKG und der Patientinnen und Patienten, auch Ergebnisse mit weniger großer Aussagesicherheit zu berücksichtigen, wie es absolut typisch für alle Psychotherapiestudien ist.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank, insbesondere auch für die Präzisierung auf einzelne Punkte. - Wer möchte fortfahren? - Herr Hermans.

Dr. Björn Enno Hermans (Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie [DGSF]): Ich will nur ganz wenige Punkte zu dem ergänzen, was Sebastian Baumann gerade ausgeführt hat, aber noch einmal sagen, dass wir uns hier ziemlich genau zehn Jahre nach der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie zusammenfinden und auch geraume Zeit, nachdem die Ergebnisse der doch sehr umfassenden IQWiG-Studie vorliegen, und es doch hier und da verwundern mag, weil die ja auch gewissen Verfahrensordnungen bzw. -logiken folgen, sich dann noch einmal der Forderung ausgesetzt zu sehen, da zu einer methodischen Neubewertung zu kommen. Da können wir sicherlich noch einmal zu den einzelnen Gründen einsteigen.

Ich würde gern noch etwas zu der im anderen Beschlussvorschlag vorgeschlagenen Erprobungsregelung sagen: Wir haben uns im Vorfeld auch angesehen, für welche Fälle im G-BA üblicherweise Erprobungsregelungen vorgeschlagen und auch beschlossen werden. Dabei wird doch deutlich, dass es sich meistens um Verfahren, Methoden etc. handelt, die von ihrer Evidenzlage - aus unserer Sicht zumindest - doch weit von dem entfernt sind, was wir jetzt hier im Bereich der Systemischen Therapie an Datenlage auf dem Tisch haben.

Zum anderen - das will ich nur andeuten; darauf gehen wir später sicherlich noch stärker ein -: Wenn man dann einmal durchdenken würde, wie eine solche Erprobungsregelung methodisch und statistisch und überhaupt von der Erhebung her umgesetzt werden könnte, dann fällt doch relativ schnell auf, dass das vom Design einer solchen Studie her eigentlich an die Grenzen der Möglichkeit bzw. über die hinweg zur Unmöglichkeit gelangt. Das hat verschiedene, primär methodische Aspekte, wenn ich der Argumentation dort folgen würde, aber auch solche Aspekte, wie dann eine tatsächliche faktische Umsetzung überhaupt möglich wäre aufgrund der Möglichkeiten, entsprechende Studienteilnehmer zu rekrutieren etc. Insofern halte ich diese Kritikpunkte zumindest für sehr bedenkenswert. Wir würden der anderen Vorlage da entsprechend folgen. Ich denke, dass wir auf die einzelnen Punkte nachher gegebenenfalls noch näher eingehen können.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Herr Harfst, bitte.

Timo Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK]): Wir haben in unserer schriftlichen Stellungnahme dargelegt, dass wir den Nutzen in den sechs Anwendungsbereichen der Psychotherapie als hinreichend belegt ansehen; das müssen wir jetzt nicht noch im Detail ausführen.

Relevant für uns ist an der Stelle, noch einmal zu betonen, dass die methodisch adäquaten Studien an keiner Stelle eine Unterlegenheit der Systemischen Therapie gegenüber den bereits anerkannten Anwendungen, den bereits anerkannten Psychotherapieverfahren zeigen. Das ist, glaube ich, ein wichtiger Punkt - und auch, dass der Nutzen im Vergleich zu aktiven Kontrollgruppen belegt werden kann.

In Ergänzung zu dem Beschlussentwurf von KBV, DKG und Patientenvertretungen hatten wir noch einmal deutlich gemacht - und das wäre mein Anliegen, dass noch einmal zu betonen -, dass die Zuordnung der Nutzenbelege für den Bereich der somatischen Erkrankungen aus unserer Perspektive eben dem entsprechenden Anwendungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie zugeordnet werden kann, und haben ja noch einmal zitiert, dass in der Begründung seinerzeit, als die Anwendungsbereiche noch einmal neu definiert wurden, auch klar in der Begründung eine Zuordnung vorgenommen wurde von ICD-10-Diagnosen zu den jeweiligen Anwendungsbereichen, dass hier eben die Belege zu körperlichen Erkrankungen für uns in die Gruppe F54 fallen und die dann entsprechend in den Anwendungsbereich seelische Behinderungen als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe - so wie das dort definiert ist. Es ist damals eine längere Diskussion gewesen - auch in der Gemeinsamen Arbeitsgruppe von Wissenschaftlichem Beirat und G-BA -, wie die Anwendungsbereiche der Psychotherapie dort definiert werden. Wir haben beim Wissenschaftlichen Beirat dann einen einheitlichen Katalog von 18 Anwendungsbereichen definiert. Seinerzeit sind die Anwendungsbereiche im Absatz 2 nicht noch einmal näher angefasst worden, aber es gab ein Verständnis dafür, wie die im Grunde ineinander überführbar waren. Und es war eine wesentliche Grundlage, dass man sagte: Wir brauchen vom Prüfprozedere her und nachher auch für das Schwellenkriterium ein gemeinsames Verständnis davon, wie eigentlich ein hinreichender Nutzenbeleg für ein Verfahren aussehen muss, damit es zugelassen werden kann. Es wäre aus unserer Perspektive noch einmal wichtig, darauf hinzuweisen, dass diese Nutzenbelege, die sich hier finden, diesem Anwendungsbereich zuzuordnen wären. Insofern haben aus unserer Perspektive sechs Anwendungsbereiche einen hinreichenden Nutzenbeleg.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank, Herr Harfst. - Weitere Wortmeldungen? - Herr Hildenbrand, Frau Timmermann, Herr Teufel und dann Frau Borst.

Dr. Gerhard Hildenbrand Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. [DGPM]: Ich möchte das Votum meines Vorredners noch einmal hinsichtlich des Nutzenbelegs für die Erkrankungen der F54-Gruppe aufgreifen. Auch das sehen wir durch das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats als belegt an und finden das einen sehr wichtigen Anwendungsbereich innerhalb der Psychosomatischen Medizin.

Neben der Methodenbewertung möchte ich an der Stelle auch schon etwas zur klinischen Anwendung und damit zur medizinischen Notwendigkeit sagen: Die Systemische Therapie nimmt im Bereich der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich, dort, wo die sozialrechtliche Anerkennung eben nicht die Rolle spielt, bereits einen sehr umfangreichen Raum ein, insbesondere wenn es um die Behandlung von Patienten mit chronisch körperlichen Erkrankungen geht, wenn es um die Essstörungen geht, wenn es um Arbeitskontext, sensitive Erkrankungen geht, die sich dann auch als affektive Störungen darstellen. Insofern ist die Systemische Therapie in Ergänzung zu den analytischen Verfahren und der Verhaltenstherapie ein wichtiger, für die klinische Versorgung bedeutungsvoller Teil, der schon etabliert ist und wo aus unserer Sicht nach zehn Jahren Anerkennungsverfahren jetzt die Umsetzung im sozialrechtlichen Bereich ansteht.

Bezüglich der indikationsbezogenen Nutzenbewertung und medizinischen Notwendigkeit hat sich die DGPM ja auch dem Beschlussentwurf A angeschlossen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank, wobei ich hier noch einmal darauf aufmerksam mache, dass wir im Moment keinen Richtlinienbeschluss fassen - was Ihnen allen klar ist -, sondern es

alleinig um die Nutzenbewertung geht. Das ist die Hoheit des Unterausschusses Methodenbewertung. Alle weiteren Schritte haben im Unterausschuss Psychotherapie zu erfolgen.

Noch einmal meine Bitte: Konzentrieren Sie sich bitte auch auf noch nicht geäußerte Aspekte! - Frau Timmermann.

Frau Dr. Helene Timmermann (Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. [VAKJP]): Ich vertrete die Vereinigung der Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, das sind Kindertherapeuten mit der Fachkunde Tiefenpsychologie und Psychoanalyse. Wir haben uns eindeutig für die Position von KBV, DKG und Patientenvertretern ausgesprochen. Ergänzend zu der schriftlichen Stellungnahme möchte ich zwei Punkte aus der Praxis erwähnen:

Sie werden sich vielleicht fragen, warum sich ein Verband von Kindertherapeuten jetzt für die Anerkennung der Systemischen Therapie für Erwachsene ausspricht. Wenn man mit Kindern und Jugendlichen arbeitet, muss man zwangsläufig immer das System im Blick haben, weil Kinder in der Regel in Familien aufwachsen und ohne Erwachsene gar nicht aufwachsen können. Das heißt, für uns ist es selbstverständlich, dass wir das System im Blick haben. Umgekehrt - im Bereich der Erwachsenentherapie - ist es leider nicht so selbstverständlich. Ich erlebe öfter, dass Eltern von meinen Patienten in Behandlung sind und dass dann sehr auf die individuelle Geschichte bzw. das Erleben zentriert wird und die Kinder weniger im Blick sind. Von daher denke ich: Wenn jemand systemisch arbeitet, wird es so sein, dass die Patienten auch darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie vielleicht Eltern sind.

Der zweite Punkt: Ich habe mich mit Kolleginnen und Kollegen darüber unterhalten, die dann sagten: Ja, dann wird ja das GKV-System von neuen Kollegen überflutet, und alle Sitze, die abgegeben werden, gehen dann an die Systemiker! - Ich denke, das kann man gut entkräften, wenn man weiß, dass die Systemische Therapie an den Instituten ja erst einmal umgesetzt werden muss, und dann wird es langsam vorangehen, dass der Einsatz Systemischer Therapeuten da probiert wird und sie dann ins GKV-System kommen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank, insbesondere noch einmal für den Hinweis auf die Umsetzung. - Jetzt folgt Herr Prof. Teufel und dann Frau Dr. Borst.

Prof. Martin Teufel (Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin [DKPM]): Ich beschäftige mich wissenschaftlich vorwiegend mit Ess- und Gewichtsstörungen und in der Psychoonkologie. Das sind Bereiche, in denen es aus meiner Sicht ganz klar Evidenz gibt, dass die Systemische Therapie wirkt.

Da es hier ja jetzt um Nutzenbewertungen geht und ich nichts wiederholen will, was schon andere gesagt haben oder was geschrieben wurde: Ich leite die Klinik an der Universität Duisburg-Essen. Wir könnten zum Beispiel Patientinnen mit Anorexie gar nicht behandeln, ohne dass wir systemische Elemente in die stationäre oder teilstationäre Psychotherapie/Psychosomatische Psychotherapie integrieren. Wir haben im stationären Bereich den Nutzen längst festgestellt und umgesetzt - wo wir jetzt gerade wieder vor Problemen stehen, dass die Behandlungskontinuität derzeit gar nicht gegeben ist. Wenn wir hier systemische Elemente mit Familien und nicht nur den Kontext mit der betroffenen Patientin haben und es nach der Entlassung nicht wirklich weitergeht, fühlen wir uns nicht gut damit, und die Patientinnen - meist sind es Patientinnen mit Anorexie - haben dann ein Problem. Das als kleines Beispiel, um einen Blick aus der wissenschaftlich-klinischen Praxis zu verstehen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank. - Frau Dr. Borst, bitte.

Frau Dr. Ulrike Borst (Systemische Gesellschaft - Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung [SG]): Ich bin die Erste Vorsitzende der Systemischen

Gesellschaft. Vielen Dank, Frau Lelgemann, dass ich trotzdem etwas aus der Sicht der Grundversorgung sagen darf. Ich schließe mich da den Vorrednern auch noch einmal von der Warte der Psychiatrie, der psychiatrischen Grundversorgung aus an, wo ich in der Schweiz meine hauptsächliche Erfahrung gesammelt habe - erst im stationären, dann im ambulanten Bereich. Ich habe aber auch in Deutschland Erfahrungen als Supervisorin gesammelt. Und da fällt mir auf, dass sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland Psychiatrische Kliniken, in die ich und Sie wahrscheinlich auch unsere Angehörigen gerne einweisen lassen würden, wenn es denn nötig wäre, sehr stark mit Familieneinbezug und mit systemischen Haltungen und Methodik arbeiten und dass es dann äußerst zermürend sein kann, wenn man in der Anschlussbehandlung - das haben die Vorredner auch gesagt - auch im Psychiatrischen Bereich nach Systemischen Therapeuten auf die Suche gehen muss. In der Schweiz ist das kein Problem, aber in Deutschland noch nicht möglich. Ich finde, dass Deutschland da weltweit auch ziemlich einzigartig dasteht mit einem sehr gerechten System. Alle haben Zugang zur Psychotherapie - aber eben sehr eingeschränkt in den Leistungen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank. - Als Nächste habe ich Herrn Haun und dann Herrn Schultz-Venrath auf meiner Rednerliste.

Dr. Markus Haun (Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie [DGST]): Ich möchte noch zwei methodische Anmerkungen zu der schon von Herrn Baumann thematisierten Definition des Nutznachweises für die Beschlussvorlage B machen. Zum einen möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass es schon seit mehreren Jahren immer wieder Warnungen gibt, dass Behandlungsempfehlungen allein auf binäre Entscheidungen nichtsignifikant/signifikant basiert werden, zuletzt prominent 2016 von der American Statistical Association, auch in „Nature“ und „Science“ aufgegriffen. Das ist deswegen problematisch, weil p-Werte letzten Endes auf den Studienvariablen basieren und die Studienvariablen zufallsverteilt sind. Das heißt, p-Werte sind auch zufallsverteilt. Das bedeutet letzten Endes: Auch wenn Sie einen nichtsignifikanten p-Wert haben, kann sich dahinter ein realer Effekt verbergen, sodass - und das ist eben auch so, wie Cochrane und andere evidenzgenerierende oder -synthetisierende Institutionen arbeiten - letzten Endes metaanalytisch auf Effekte und Konfidenzintervalle geguckt wird und eben nicht auf p-Werte. Es gibt Arbeiten, die zeigen, dass, wenn Sie in einer Studie replizieren - selbst, wenn Sie die besten Replikationsbedingungen haben -, die Wahrscheinlichkeit für einen exakten gleichen p-Wert - sprich auch Signifikanz - bei 16 Prozent liegt.

Das Zweite, was ich aufgreifen wollte, ist die Verblindung. Es ist naturgemäß schwierig, doppelblind - Therapeuten und Patienten - bei Psychotherapiestudien zu verblinden. Demzufolge gewinnt natürlich die Verblindung der Endpunkte hierbei eine viel größere Rolle. Das ist aus zwei Gründen problematisch: weil es logistisch meist sehr schwierig ist - ich mache selbst Studien -, dass Sie eine Person haben, die komplett von der Zuteilung der Patienten ausgeschlossen ist, also keine Kenntnis hat und dann diese Endpunkte erheben kann. Es ist vor allem aber bei Psychotherapiestudien deswegen schwierig, weil sie in der Regel damit zu tun haben, dass Patienten Selbstauskünfte geben. Das heißt, sie kreuzen selbst einen Fragebogen an und wissen in der Regel, welches Verfahren sie hatten, weil sie eben nicht verblindet worden sind.

Wir hatten es auch in der Stellungnahme angeführt, dass es auch bei großen Positionspapieren einfach keine Einigkeit darüber gibt, inwieweit man das letzten Endes als ausschlaggebenden Aspekt berücksichtigen sollte.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank für die kleine methodische Nachhilfe. - Herr Schultz-Venrath.

Prof. Dr. med. Ulrich Schultz-Venrath Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie [D3G]: Ich bin der Sprecher des Beirats für Wissenschaft und Forschung der Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie. Wir schließen uns den Vorrednern, insbesondere der systemischen Richtung, voll an, weil wir aus zwei Gründen der festen Überzeugung sind, dass es sich nicht nur klinisch als nützlich erwiesen hat. Ich leite unter anderem eine Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im EVK Bergisch Gladbach. Diese Klinik ist gruppenanalytisch und mentalisierungsbasiert und systemtherapeutisch orientiert, und wir haben genau das Problem, was Herr Teufel nennt, dass wir, wenn wir erfolgreiche Arbeit geleistet haben, dann im ambulanten Bereich zu wenig Gruppentherapeuten und noch weniger Systemtherapeuten haben, an die wir sozusagen weitervermitteln können - immer angesichts des Drucks der Kassen, die Liegezeit zu verkürzen; das ist ja auch ein wichtiger Punkt.

Der zweite Punkt ist - ich finde es unheimlich schön, Herr Baumann, was Sie methodisch vorgebracht haben und was Sie gerade sagten, Herr Haun -: Wir finden die Stellungnahme der GKV ein bisschen abenteuerlich in Bezug auf die IQWiG-Stellungnahme. Ich finde das Methodenverständnis, was da vertreten oder vertreten wird, leider old-fashioned. Das ist nicht mehr up to date. Da gibt es eine ganz harte kritische Diskussion zu dieser „evidence based medicine“-Vorstellung, die da im GKV-Papier vertreten wird, und ich finde es sehr schön, wie Sie das schon auseinandergenommen oder zumindest dargelegt haben. Mehr haben wir nicht zu sagen, vielen Dank.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Ganz herzlichen Dank. - Gibt es weitere Wortmeldungen? - Wenn das nicht der Fall ist, eröffne ich die Runde für die Träger und die Patientenvertretung. Gibt es Fragen, Anmerkungen, Diskussionsbedarf? - Keine Rückfragen? - Alles geklärt? - Alles ausreichend diskutiert? - Da Sie keine weiteren Anmerkungen haben, bleibt mir nur, mich bei Ihnen, den Anzuhörenden, ganz herzlich zu bedanken.

(Schluss der Anhörung: 12:00 Uhr)