

# **bvvp-Stellungnahme zum Fragebogen des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Bewertungsverfahren der Systemischen Psychotherapie bei Erwachsenen**

## **A. Fragen zu dem Verfahren**

### **1. Welche Techniken und Methoden sehen Sie als Bestandteil der Systemischen Therapie?**

#### **a.**

Unseres Erachtens ist die Frage zu eng gestellt: Bei der Beurteilung der Systemischen Therapie (ST) - und jeden anderen Verfahrens - bzw. bei der Würdigung des jeweiligen Beitrags zur Versorgung psychisch Kranker sollte ein besonderes Gewicht auf die mit dem Verfahren erschlossenen verfahrensspezifischen Zugangsmöglichkeiten zu Psychotherapiepatienten gelegt werden: Die spezifischen wissenschaftlich begründeten Grundannahmen (zugrunde liegende anthropologische und wissenschaftstheoretische Annahmen) und die darauf aufbauenden, bisher nicht in der GKV-Versorgung vertretenen verfahrensspezifischen Antworten zu Fragen der Krankheits-/Störungsentstehung, der Bedingungsfaktoren und Störungsfolgen, der Wirkfaktoren etc. stellen einen wesentlichen Beitrag zur Verbreiterung und Verbesserung des Versorgungsspektrums dar. Eine gute Therapeut-Patient-Beziehung setzt voraus, dass der Therapeut Methoden nicht nur als erlernte Techniken anwendet, sondern einen Kompetenzerwerb der Psychotherapie finden kann, mit dem er sich identifizieren kann und der nicht im Widerspruch zu seinem eigenen Denken und Fühlen steht. Die Allegiance des Therapeuten, seine Bindung an ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren, seine Fähigkeit, sich mit dessen Verstehenshintergründen innerlich verbinden zu können, macht einen ganz wesentlichen Teil seiner therapeutischen Wirksamkeit aus. Psychotherapieverfahren und Therapeutenpersönlichkeit müssen kongruent zueinander sein, um therapeutisch wirksam werden zu können und damit das Spektrum an Passungsmöglichkeiten für Patienten erweitern zu können.

Dieser Faktor unterscheidet Psychotherapie wesentlich von anderen therapeutischen medizinischen Maßnahmen. Er ist daher bei der Bewertung zusätzlich zu gewichten und mit einzubeziehen. Ein weiteres wissenschaftlich begründetes und anerkanntes Verfahren stellt angesichts der Einengung der Versorgung auf Verhaltenstherapie und psychodynamische Verfahren für sich schon einen Gewinn dar im Sinne einer Diversifizierung des Angebots an psychotherapeutischen Behandlungsformen und einer Erweiterung der Passung zwischen Verfahren und Patientenpersönlichkeit.

#### **b.**

Wie kein anderes Verfahren legt die ST ihr Augenmerk auf die Wechselbeziehungen von Wahrnehmung und Verhalten zwischen den Menschen und erfasst dabei die Rolle des Symptoms als eingebettet in die Interaktionsprozesse auf den verschiedenen Systemebenen und zwischen den Systemebenen (biologisch – Körper, seelisch – Mensch, interpersonell - Familie u. Mitwelt, psychosozial – Umfeld, gesellschaftlich – Herkunft, Schicht, kulturell-Herkunftsland). Dabei bieten die Systemtheorien spezifische Modellvorstellungen, die in dieser ausgearbeiteten Form in anderen psychotherapeutischen Zugängen nicht präsent sind. Systemwirkungen auf einer Systemebene und Verknüpfungen zwischen verschiedenen Systemebenen mit den entsprechenden Aufwärts- und Abwärtseffekten (Uexküll, Wesiack: Theorie der Humanmedizin) haben einen hohen Erklärungswert für die komplexen seelischen Vorgänge bei seelischen Erkrankungen. Die zirkulären Wechselwirkungsprozesse entsprechen komplex verknüpften Regelkreisen, bei denen jede Veränderung eines Faktors oder eines Inputs aus einer über- oder untergeordneten Systemebene

über die Reaktionen der anderen Glieder des Regelkreises auf den einen Faktor oder die andere Systemebene verändernd wieder zurückwirken. Diesen Prozessen gilt die besondere Aufmerksamkeit der ST. Statt um Ursache-Wirkung-Zusammenhänge geht es um Beeinflussungszusammenhänge unter Beachtung der Einflüsse der verschiedenen Systemebenen mit ihren unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten. Diese Betrachtungsweise ermöglicht einen Störungszugang ohne bewertende (positiv- negativ, richtig-falsch, schuldig –unschuldig) Konnotationen, was der Wahrung einer neutralen Haltung zugute kommt und eine Offenheit im Zugang zu den Problemen des Patienten, der Familie, des Umfeldes ermöglicht. Auch wenn nicht identisch, so ist diese neutrale Haltung der auf die intrapsychischen Prozesse bezogenen Äquidistanz zwischen Wunsch und Abwehr bei den psychodynamischen Verfahren ähnlich.

**c.**

Die Techniken der ST leiten sich aus den systemischen Grundannahmen folgerichtig ab. Die ST hat auf dieser Grundlage spezifische Behandlungsformen entwickelt: Paar- und Familientherapie, Einbezug von Fachleuten, Aufsuchende Familientherapie, Multifamilientherapie, Netzwerkinterventionen etc. stellen neben ‚klassischen‘ Behandlungsangeboten (Einzel und Gruppe) einen originären Beitrag zur Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten und zur Verbesserung der Versorgung dar.

Auch die Interventionsmethoden sind auf systemische Aspekte zugeschnitten (wie z.B. Familienskulptur und -Aufstellungen, Familienrekonstruktion, Arbeit mit Familiengeschichten, Neu-Inszenierungen von Familien-Ritualen, Genogramm, reflecting team, Kooperationsgespräche etc.) und bedeuten eine Bereicherung der psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten.

**d.**

Wenn auch einige der Methoden in anderen Psychotherapieverfahren angewandt werden, so stellen auch diese unter dem spezifischen Blickwinkel der Systemprozesse spezifisch systemische Interventionsmethoden dar.

## **B. Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen in Bezug auf die Anwendungsbereiche gemäß § 22 Psychotherapie-Richtlinie**

### **Vorbemerkung;**

Ein Psychotherapieverfahren stellt keine umschriebene Erweiterung des diagnostischen oder behandlungstechnischen Vorgehens in einem begrenzten Krankheitsspektrum dar (worauf die G-BA-Verfahrensordnung zugeschnitten ist), sondern eine umfassendere Kategorie mit wissenschaftlich begründeten Theoriesystemen, darauf aufbauenden, ausdifferenzierten Behandlungsstrategien und Gestaltungen der Therapeut-Patienten-Beziehung. Es gibt bisher kein allgemein anerkanntes wissenschaftliches Instrumentarium, das derart komplexe Systeme umfassend und reliabel hinsichtlich ihres geringeren oder höheren Nutzens in der Versorgungswirklichkeit vergleichen könnte.

Aufgrund dieser fehlenden Nachweismöglichkeiten der Überlegenheit eines wissenschaftlich anerkannten Verfahrens gegenüber einem anderen, lässt sich die Frage des medizinischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit eines Verfahrens u. E. prinzipiell vorerst nicht anders beantworten, als mit der wissenschaftlich nachgewiesenen Bewährung von verfahrensorientierten Behandlungen in einer Vielzahl von Anwendungsbereichen.

## 2. Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis der Systemischen Therapie.

### a. Wirksamkeit (GBA-VO § 17 <2> Nr. 1.a.):

Im Gegensatz zu sonstigen Prüfaufträgen des GBA von diagnostischen und Behandlungsmethoden liegt eine bereits durchgeführte Überprüfung der Wirksamkeit durch den unabhängigen Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) vor. Diese wurde indikationsbezogen durchgeführt.

Das Schwellenkriterium des G-BA stimmt weitgehend mit dem Kriterium des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) für die Anerkennung als Ausbildungsverfahren überein (s. Tabelle). Auch der WBP, auf dessen Bewertung hin ein Psychotherapieverfahren zur Ausbildung zugelassen wird, legt wie der G-BA sein Augenmerk auf nachgewiesene Wirksamkeit bei einem nahezu identischen breiten Spektrum von Indikationsgebieten, damit in den Ausbildungsstätten nach § 8 PsychThG auch „für die Ausbildung geeignete Patienten nach Zahl und Art in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen“ können. In der folgenden Tabelle sind die Übereinstimmungen mit einer Unterstreichung gekennzeichnet.

**Tabelle: Vergleich Schwellenkriterium WBP und G-BA**

	Wissenschaftlicher Beirat (2002+2007)	Gemeinsamer Bundesausschuss
Kriterium bezüglich Anwendungsbereiche (2007)  (unterstrichen = Übereinstimmung)	Wissenschaftlich anerkannt: <b>obligat:</b> <u>Affektive Störungen (F3)</u> <u>Angststörungen (F 40-F42)</u> <b>plus:</b> ein Anwendungsbereich aus: <u>F 44, F45, F48; F1, F55; F6</u> <b>oder:</b> 2 Anwendungsbereiche aus: <u>F 43, F50, F51, F52, F54, F2, F0, F7, F84, F90, F91, F94, F95, F98.4</u>	Schwellenkriterium: <b>obligat:</b> <u>Affektiver Störungen (F3)</u> <u>Angst und Zwang (F40-F42)</u> <b>plus:</b> Ein Indikationsbereich aus: <u>F44, F45, F6, F1</u> <b>oder:</b> 2 Anwendungsbereiche aus: <u>F43, F50, F51, F52, F94, F98,</u>
Kriterium pro Anwendungsbereich	2 (2002) bzw. 3 (2007) methodisch adäquate Studien	?
Nutzenaspekte:	a. externer Validität partiell einbezogen	b. interne Validität auf Kosten externer Validität
	b. Gemischte Störungen zumindest z.T. einbezogen (Komorbidität)	b. Komorbidität bei Studien unberücksichtigt
	c. nachgewiesener Schaden	c. ?
Pos. bewertete Studien bei GPT	Mind. 8 Studien (F3, F4, F43, F54)	1 Studie (F3)

Die ausgewiesenen Wissenschaftler des WBP haben unter gut dokumentierten und wissenschaftlich begründeten Kriterien Wirksamkeitsnachweise der ST geprüft und deren Nachweisqualität bestätigt. Wir bitten den G-BA und fordern die Mitglieder auf, hier nicht – wie schon geschehen – eine nochmalige Prüfung zur Frage der Wirksamkeit vorzunehmen, sondern die Ergebnisse der Wissenschaftler des WBP zu übernehmen.

Der G-BA sollte sich u.E. auf die Wirksamkeitsprüfung der seither neu veröffentlichten Studien u.E. beschränken. Dabei möchten wir noch einmal appellieren, nicht im Rahmen der Nutzenbewertung eine Methodik anzuwenden, die einer Wirksamkeitsprüfung unter verschärften methodischen Kriterien entspricht. Es ist bekannt, dass erhöhte Anforderungen an die interne Validität (methodische Reinheit) i. d. R. mit Einbußen der externen Validität, der Verallgemeinerbarkeit

auf die Patientenversorgung, einhergehen. Bei der Nutzenbewertung geht es aber vorrangig um die externe Validität, d.h. die Verallgemeinerbarkeit auf das Versorgungsgeschehen, worauf auch § 20 G-BA – VerfO besonders abhebt.

### **b. Nutzenbewertung anhand von Studienauswertungen**

Eine Nutzenbewertung unter Versorgungsaspekten - auf bereits vorhandener Wirksamkeitsprüfung aufbauend – ist in Deutschland für neu zuzulassende Verfahren bisher kaum zu erbringen. Da zu Wirksamkeitsnachweisen mit RCTs evidenzgeprüfte Kurztherapien herangezogen werden, sind im Sinne der Qualitätssicherung des § 135 (1) eigentlich Studien aus der Versorgungsforschung einzubeziehen. Diese Studien, typischerweise mit niedrigerer Evidenzgradeinstufung, können von neuen Verfahren, die (noch) nicht zur GKV-Versorgung zugelassen sind, aber praktisch nicht durchgeführt werden.

Daher haben sich nach unserer Kenntnis die Bewertungen des G-BA bisher auch nicht auf Nutznachweise sondern auf Wirksamkeitsnachweise gestützt.

Wir regen an, diese Sachverhalte auch offen zu behandeln und wie der WBP die Kriterien, nach denen die Studien unter Wirksamkeits- und Nutzenaspekten bewertet werden, öffentlich darzulegen.

Außerdem möchten wir empfehlen, Studien grundsätzlich nicht nach einem k.o.-System (Nachweisqualität vorhanden: ja oder nein) zu bewerten, sondern auch Studien mit geringerer interner Validität mit in die Bewertung einzubeziehen. Das ist z.B. über ein Punktesystem möglich, mit dem Studien je nach methodischer Qualität und nach Verallgemeinerbarkeit mit einem differenzierenden Punktesystem bewertet wird.

### **c. Gemischte Indikationen**

Gerade angesichts der verbreiteten Multimorbidität psychisch Erkrankter sollten u.E. Studien an Populationen mit gemischten Indikationen unbedingt in die Bewertung einbezogen werden, da damit auch Patientengruppen z.T. besser erfasst werden können, die in der Versorgungsrealität ganz überwiegend vorkommen. Da der G-BA eine **Nutzen**bewertung vorzunehmen hat, sollten dabei Untersuchungen mit hinreichender methodischer Qualität und guter Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse aufgrund größerer Versorgungsnähe besonders bewertet werden.

### **d. Auswirkungen auf sozialmedizinische Parameter (GBA-VO § 17 <2> Nr. 1.c. und d.):**

Die Nutznachweise hinsichtlich relevanter Patientenendpunkte, sozialmedizinischer Parameter und Inanspruchnahme anderer medizinischer Leistungen sind mit in der Versorgungsforschung angewandten Studiendesigns an unselektierten Populationen einzelner Versorgungssegmente zu gewinnen. Dabei sind nicht indikationsbezogene Kohorten, sondern im Versorgungsalltag mehrheitlich vorkommende Komorbiditäten und chronische Verlaufsformen zu berücksichtigen. Da diese Anwendungserforschungen zwingend niedrigere Evidenzgrade aufweisen, können keine **Nutznachweise** erbracht werden, sondern lediglich mit einer hinreichenden methodischen Qualität **Nutzenhinweise**.

Nutzenhinweise werden gewonnen durch Patientenbefragungen oder durch Untersuchungen, die Daten über Arztbesuche, Medikamentenverbrauch, AU-Tage, Krankenhaustage und Reha-Maßnahmen etc. auswerten. Damit ließen sich patientenbezogene Endpunkte, wie in § 20 G-BA-Verfahrensordnung gefordert, eruieren.

Es sei noch einmal betont, dass Verfahren, die keine sozialrechtliche Zulassung haben, auch faktisch nicht ihren Nutzen im Versorgungsalltag beforschen können. Neue Psychotherapie-Verfahren, die ihre Wirksamkeit bewiesen haben, in der klinischen Anwendungspraxis keine

Anhaltspunkte für erhöhte Schadensrisiken zeigen und zu deutlichen Verbesserungen medizinischer und sozialmedizinischer Parameter führen, sind als Verfahren mit hinreichendem medizinischen Nutzen zu beurteilen.

## **2. Gibt es Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen bei Anwendung der Systemischen Therapie?**

Aus der Literatur sind keine Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen bekannt.

## **3. Ist eine spezifische Überlegenheit der Systemischen Therapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder im Vergleich zu anderen Alternativen, insbesondere im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren, nachweisbar?**

Die spezifische Überlegenheit eines Verfahrens gegenüber anderen lässt sich grundsätzlich (bisher) nicht hinreichend wissenschaftlich valide abbilden.

ST bietet für bestimmte Krankheitsbilder, aber auch für manche Konstellationen bei allen Krankheitsbildern wichtige Behandlungsalternativen an, die das Versorgungsangebot ganz wesentlich erweitern können (s. auch unter A. und C.5.d.). Damit ist aber keine Erweiterung des Bedarfs zu erwarten, sondern eher mit einer besseren Differenzierung bei der Deckung des vorhandenen Bedarfs zu rechnen.

## **4. Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?**

Keine Aussagen

## **C. Fragen zur medizinischen Notwendigkeit**

### **5. Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie im Versorgungskontext? Bitte machen Sie insbesondere Angaben**

- a) zur Relevanz der medizinischen Problematik,**
- b) zum Spontanverlauf der Erkrankungen und**
- c) zu diagnostischen und therapeutischen Alternativen, insbesondere im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren**

#### **a) und b)**

sind nicht spezifisch für die ST zu beantworten, da die Relevanz psychischer Erkrankungen, die mit Psychotherapie behandelt werden, durch zahlreiche Erhebungen als in hohem Maße erwiesen anzusehen ist. Auch die Frage des Spontanverlaufs kann nur generell beantwortet werden:

Psychotherapiepatienten sind definitionsgemäß die Patientengruppe, bei denen ein Spontanverlauf in aller Regel nicht oder nur nach langen Leidens-Zeiträumen zu einer Ausheilung führt.

Der Spontanverlauf ist ansonsten in den Studien selbst berücksichtigt, indem Wartegruppen oder TAU – Gruppen zum Vergleich herangezogen werden.

**c.**

Die bisher seltene Erbringung von Paar- und Familiengesprächsleistungen im Erwachsenenbereich weisen auf ein Defizit in der bisherigen Versorgung durch Richtlinienpsychotherapie hin. Ein Therapiegespräch zu dritt mit dem Partner des Patienten oder zu mehreren Familienangehörigen bringt eine völlig andere Dynamik des Gesprächsverlaufs mit sich als beim Einzelgespräch. Es ist gefordert, seine Einfühlung nicht auf den Indexpatienten zu beschränken. Die andere Sichtweise der anderen Teilnehmer verlangt ein Umgehen mit bisher noch nicht bekannten und daher noch nicht vom Therapeuten eingeordneten Aspekten der Störungsgeschichte und verlangt eine wohlwollende Neutralität und Unparteilichkeit allen Gesprächspartnern gegenüber. U.a. deshalb werden Paargespräche derzeit nur selten durchgeführt: Anders als bei einer Ausbildung zur ST fehlen den Psychotherapeuten der Richtlinienverfahren üblicherweise die systematisch ausgebildeten Fähigkeiten für dieses schwierige Aufgabenfeld.

**d.**

Besonders die Bewährung systemischer Behandlungsmethoden in der Behandlung von Suchterkrankungen, Schizophrenien, Essstörungen, Patienten mit Migrationshintergrund und Multiproblemfamilien – neben den Wirksamkeiten bei klassischen Indikationsgebieten - stellt u.E. einen gewichtigen Grund dar, eine Zulassung zur GKV-Versorgung zu bejahen, da diese Felder nachweislich mit der bisherigen Routineversorgung viel zu wenig abgedeckt sind.

Aber auch grundsätzlich stellt die Diversifizierung des Behandlungsangebotes bei den nachgewiesenermaßen mit erheblichem Leid verbundenen Störungen, bei denen Psychotherapie indiziert wird, eine wichtige Erweiterung des medizinisch erforderlichen Behandlungsspektrums dar.

## **D. Fragen zur Wirtschaftlichkeit**

### **7. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren?**

Es fehlen allgemein wissenschaftlich anerkannte Messverfahren, welche die Wirtschaftlichkeit eines hoch komplex ausgearbeiteten Verfahrens mit vielen Methoden und Interventionsarten in toto vergleichen könnten. Bisher ist es schon schwierig genug, begrenzte Interventionen einzelner Verfahren bei oft selektierten Patientengruppen mit meist isolierten Störungsbildern adäquat zu vergleichen. Vergleichende Wirksamkeitsnachweise, meist nur über kurze Behandlungszeiträume, sind nicht geeignet, die Frage des vergleichbaren Nutzens eines ganzen Verfahrens zu beantworten. Die vergleichende Psychotherapie-Forschung steckt noch in den Anfängen. Außerdem würden bei einem derartigen Vergleich die wichtigen Vorteile durch die Erweiterungen des Passungsangebotes an Psychotherapeuten und Patienten nicht berücksichtigt und es würden die wichtigen sowohl theoretisch-wissenschaftlichen als auch praktisch-behandlungstechnischen Zugangsweisen und Anstöße für die Weiterentwicklung der Psychotherapiewissenschaft und der Behandlungsmethoden außer Acht gelassen.

#### **Bitte machen Sie insbesondere Angaben**

**a) zur Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten,**  
Folgende Aspekte sind einzubeziehen:

- Der Behandlungsumfang variiert durch unterschiedliche Therapiezielsetzungen. Psychotherapieverfahren bzw. Behandlungsansätze, die auf strukturelle Veränderungen im Bereich der

Charakterorganisation/Persönlichkeit, der Selbststeuerung und des Selbsterlebens oder grundlegender Beziehungsmuster abzielen, benötigen beispielsweise häufig längere Behandlungszeiten als solche, die einen symptombezogenen Behandlungsansatz verfolgen. Die Diversität und Individualität der Störungen und Behandlungsanlässe lässt keine allumfassende Aussage zu. Etliche Untersuchungen haben ergeben, dass weniger das angewandte Verfahren als die Patientenvariablen über die Länge einer Psychotherapie und die jeweils angewandten Methoden entscheiden.

- Behandlungsumfänge im Bereich der Psychotherapie werden im Gegensatz zu anderen medizinischen Bereichen durch die Psychotherapie-Richtlinien geregelt. Mit dem Gutachterverfahren wird dem Risiko unwirtschaftlich teurer Behandlungen (Überprüfung der Behandlungsdauer) oder unnötiger Behandlungen (obligate Darlegung des Behandlungskonzeptes im Bericht zum Gutachten) begegnet. Da bei einer Zulassung der ST zur GKV-Versorgung auch die Kontingente festgelegt werden, muss bei nachgewiesener Wirksamkeit eines Verfahrens nicht mit einer unsachgemäßen Ausdehnung der Behandlungsumfänge gerechnet werden.
- Es entstehen keine zusätzlichen Kosten für die Krankenkassen, da die Differenzierung innerhalb der Bedarfsplanungsgrenzen geschieht.
- Mit dem zusätzlichen Passungsangebot an Psychotherapiepatienten kann von einer höheren Effektivität der Gesamtversorgung ausgegangen werden, es sind also eher Einsparungen zu erwarten, sowohl bei den direkten Kosten als auch bei den durch die Störungen bedingten Folgekosten im Sozialsystem.

### **b) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten,**

- Auch wenn einzelne Studien für eine besonders rasch einsetzende Wirksamkeit von ST sprechen, sollten daraus keine verallgemeinernden Schlüsse gezogen werden. Es ist aber davon auszugehen, dass bei guter Indikationsstellung passgerecht zur Störung des (Index-)Patienten und des Systems (z.B. Familie) auch die effektivste Behandlungsstrategie angewandt wird.
- Vergleichende Studien (Knekt et al.) mit psychodynamischen Psychotherapien zeigen unterschiedliche Ergebnisse, die nicht unmittelbar miteinander verglichen werden können. Auf jeden Fall kann den Vergleichen aber entnommen werden, dass für anhaltende Effekte keine längere Behandlungsdauer benötigt wird.

### **c) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekostenabschätzung**

- Die ST wird Leistungspositionen angelehnt an den bestehenden in den EBM benötigen, die Zeittaktung und die Vergütung pro Zeiteinheit werden dabei vergleichbar den Abrechnungsbedingungen der anderen Verfahren sein. Wie bei den bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren werden ausschließlich seelische Störungen von Krankheitswert behandelt. Eine Leistungsausweitung durch vermehrte Zulassungen wird es aufgrund der Regelungen durch die Bedarfsplanungsrichtlinien nicht geben. Wie bereits ausgeführt kann die Differenzierung der Versorgungsstruktur und die alternativen Verstehenszugänge und Behandlungskonzepte zu Kostenersparnissen aufgrund besser Passungsvorgänge führen.

Da die ST häufig das mitbetroffenen soziale System mit einbezieht (Partner, Familie, Verwandtschaft), werden auch positive Therapieeffekte bei diesen Personen erreicht. Derartige Seiteneffekte sind auch bei anderen Psychotherapieverfahren zu beobachten, sie werden bei der ST aber verfahrensimmanent direkt mit angestrebt und damit auch sicherer im Behandlungskonzept verankert.

#### **d) Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden (VerfO des G-BA 2. Kapitel, § 10 Abs. 2 Nr. 3 a) bis d)**

Vergleiche mit medikamentöser Behandlung sind insofern nur sehr begrenzt möglich, als z.T. Differenzialindikationen zu beachten sind (s. z.B. NVL unipolare Depression)..

Bei Verfahren, die zur Richtlinienbehandlung zuzulassen sind, wäre nur eine Unwirtschaftlichkeit anzunehmen, wenn hinreichende Behandlungserfolge nach Datenlage nicht innerhalb der in der ambulanten Psychotherapie üblichen Behandlungsdauern zu erwarten sind. Dafür gibt es keinerlei Anhaltspunkte.

### **Ergänzung**

#### **a) Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?**

Es muss von einer Verbesserung der Versorgung ausgegangen werden, da mit Einführung des neuen Verfahrens eine Ausdifferenzierung der Behandlungsmöglichkeiten für die betroffenen Patienten und eine Differenzierung der Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsmöglichkeiten zum Psychotherapeuten verbunden ist. Eine Erweiterung des Spektrums der Behandlungsverfahren ermöglicht auch einer bisher auf die vorhandenen Behandlungsverfahren weniger ansprechenden Patientengruppe das Angebot eines alternativen Zugangs zur Behandlung ihrer Störung. Eine solche zusätzliche Möglichkeit ist vergleichbar mit differierenden Wirkungsspektren und Nebenwirkungsspektren von Medikamenten mit gleicher Indikationszulassung, bei denen entsprechend der individuellen Personen-, Störungs-, Begleit-Varianten unter mehreren Präparaten das Geeignete ausgewählt werden kann.

Wichtiges Kriterium ist daher auch, inwieweit das Psychotherapieverfahren und dessen spezifischen Zugangsformen zu Patienten von diesen angenommen werden und in ein funktionstüchtiges therapeutisches Arbeitsbündnis einmünden (compliance). Diese Akzeptanz und darüber hinaus eine gute „Verträglichkeit“ (d.h. geringe Therapie-Abbruchquoten) sprechen für eine wichtige Ergänzung des Behandlungsspektrums.

Berlin, den 17.02.14



für den bvvp: Norbert Bowe