

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: § 22 Absatz 2 Nr. 4

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
vom 25.07.2014**

Vorbemerkung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt, dass sich der Gemeinsame Bundesausschuss auf Initiative der BPTK und des Dachverbandes Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DDPP) mit der Korrektur der Indikationsbeschreibung für schizophrene und affektive psychotische Störungen in § 22 Psychotherapie-Richtlinie befasst hat.

Ausgangspunkt für die Initiative der BPTK war neben den aktuellen Leitlinienempfehlungen zur Behandlung der Schizophrenie nicht zuletzt der Umstand, dass die Behandlungsraten bei Patienten mit einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung im Bereich der Psychotherapie überproportional niedrig ausfallen. So macht diese Patientengruppe insgesamt lediglich einen Anteil von etwa einem Prozent an allen ambulanten Psychotherapiepatienten aus. Vor dem Hintergrund der besonderen Schwere der mit der Erkrankung verbundenen psychosozialen Beeinträchtigungen und einer auch im stationären Bereich oftmals unzureichenden psychotherapeutischen Versorgung ist daher eine Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung für diese Patientengruppe dringend geboten.

Die bisherige restriktive und konditionale Indikationsbeschreibung in § 22 Absatz 2 der Psychotherapie-Richtlinie hat ihren Teil dazu beigetragen, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Schizophrenie trotz aller Fortschritte der Psychotherapieforschung in diesem Bereich defizitär geblieben ist. Dabei ist es aus Sicht der BPTK unbestritten, dass auch weitere Barrieren für eine bessere psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit psychotischen Störungen bestehen, die nicht den Bestimmungen der Psychotherapie-Richtlinie zuzuordnen sind und parallel zu einer Richtlinienänderung adressiert werden sollten (u. a. Herstellen von Transparenz über Behandlungsschwerpunkte, Verbesserung der Zuweisungsprozesse und der Koordination der Versorgung, sektorenübergreifende Vernetzung, Fortbildungen im Bereich der Psychosepsychotherapie).

Der Vorschlag des Unterausschusses Psychotherapie, den Anwendungsbereich „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in § 22 Absatz 2 Nr. 4 Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) neu zu fassen, stellt dabei einen wichtigen Schritt dar, diese Barriere für den Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu reduzieren. Allerdings greift die im Beschlussentwurf vorgeschlagene Änderung noch immer zu kurz, da die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung bei Patienten mit einer schizophrenen oder einer affektiven psychotischen Störung in der Richtlinie weiterhin zwingend an Voraussetzungen geknüpft wird, die nicht bei allen betroffenen Patienten zu treffen werden bzw. deren Hervorhebung im Vergleich zu anderen Indikationen für Psychotherapie unangemessen ist.

Im Sinne einer besseren psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit schizophrenen und affektiven psychotischen Erkrankungen spricht sich die BPtK daher dafür aus, diese Indikation ohne weitere Einschränkungen unter den Indikationen des § 22 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie aufzuführen.

I. Neufassung des Anwendungsbereiches „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen in § 22 Absatz 2 Nr. 4 PT-RL in „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“

Die bisherige Festlegung in § 22 Absatz 2 Nr. 4 der Psychotherapie-Richtlinie erlaubte eine psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nur, wenn eine Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik die psychotherapeutische Behandlungsnotwendigkeit begründete, nicht aber eine akute psychotische Symptomatik, wie zum Beispiel ein persistierender Wahn bei einer Schizophrenie.

Vergleichbare Einschränkungen hinsichtlich der Indikation für Psychotherapie finden sich dagegen in den evidenzbasierten nationalen und internationalen Leitlinien zur Versorgung von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie nicht. Diese enthalten vielmehr einschlägige Empfehlungen für eine psychotherapeutische Behandlung, so auch die methodisch hochwertigste evidenzbasierte NICE-Guideline „Schizophrenia“ (NICE, 2010). Die NICE-Guideline empfiehlt für die Versorgung

von Patienten mit Schizophrenie Psychotherapie mit dem höchsten Empfehlungsgrad, sowohl grundsätzlich als Behandlungsmethode, die allen betroffenen Patienten angeboten werden soll, als auch spezifisch für Patienten mit persistierender Positivsymptomatik, Negativsymptomatik sowie für Patienten in Remission:

Empfehlung 1.3.4.1

“Offer cognitive behavioural therapy (CBT) to all people with schizophrenia. This can be started either during the acute phase or later, including in inpatient settings.”

Empfehlung 1.4.3.1

“Offer CBT to assist in promoting recovery in people with persisting positive and negative symptoms and for people in remission.”

Die NICE-Guideline empfiehlt demnach die Kognitive Verhaltenstherapie ohne weitere Einschränkung für die Routineversorgung; gleiches gilt auch für Familieninterventionen. Die Behandlung kann dabei ausdrücklich bereits in der akuten Phase begonnen werden und soll auch zur Behandlung der Kernsymptomatik der Schizophrenie eingesetzt werden.

In eine vergleichbare Richtung zielen auch die Behandlungsempfehlungen der älteren, derzeit noch in Aktualisierung befindlichen S3-Leitlinie „Schizophrenie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Leitlinie der American Psychiatric Association (APA) (DGPPN, 2006; APA, 2004).

Die Leitlinienempfehlungen basieren auf einer Reihe methodisch hochwertiger Studien, die den Nutzen psychotherapeutischer Interventionen auch für die Behandlung der Kernsymptomatik schizophrener Erkrankungen belegen konnten (Wykes et al., 2008). Entsprechende Studienbefunde liegen mit der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten POSITIVE-Studie dabei für das deutsche Gesundheitssystem vor (Klingberg et al., 2011).

Eine Einschränkung der Indikation der psychotischen Erkrankungen in § 22 Absatz 2 Nr. 4 Psychotherapie-Richtlinie auf die psychische Begleit-, Folge- und Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen, wie bislang in der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehen, ist daher aus wissenschaftlicher und klinischer Perspektive bereits seit längerem nicht mehr zu rechtfertigen.

Die in dem Beschlussentwurf vom Unterausschuss Psychotherapie vorgeschlagene Klarstellung bei der Neufassung des Anwendungsbereichs „Psychotische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ stellt in diesem Sinne einen wichtigen Schritt in Richtung einer evidenzbasierten und patientengerechteren Definition der Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung bei dieser Patientengruppe dar. Der Unterausschuss Psychotherapie hat sich in den Tragenden Gründen dabei ausdrücklich der Auffassung der BPtK angeschlossen, „dass auch die Kernsymptomatik der Schizophrenie bereits jetzt mit ambulanter Psychotherapie behandelt werden könne“. Die vorgeschlagene Neufassung des Anwendungsbereichs erlaubt damit entsprechend der Evidenzlage, dass eine Indikation für eine Psychotherapie bei Patienten mit einer schizophrenen oder affektiven psychotischen Störung grundsätzlich in allen Phasen der Erkrankung gestellt werden kann und dabei keine weiteren spezifischen Anforderungen hinsichtlich der psychopathologischen Symptomatik oder der psychischen Komorbidität zu erfüllen sind.

II. Beibehaltung der Einordnung des Anwendungsbereichs „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ in § 22 Absatz 2 PT-RL

In dem Entwurf der Tragenden Gründe wird unter 1.2.2 dargelegt, dass in einer Expertenanhörung einhellig die Auffassung vertreten wurde, dass Menschen mit einer Schizophrenie einen besseren bzw. leichteren Zugang zu qualifizierter Psychotherapie erhalten sollten. Unter den Mitgliedern der zuständigen Arbeitsgruppe (AG) des Unterausschusses Psychotherapie bestand nach Darstellung in den Tragenden Gründen (Seite 6) Einigkeit darüber, dass die Möglichkeit des Zugangs zur Richtlinienpsychotherapie auch für diejenigen Einzelfälle geschaffen werden sollte, in denen Patienten eine psychiatrische bzw. medikamentöse Behandlung ablehnen. Die BPtK geht davon aus, dass sich diese Auffassung der AG-Mitglieder

auch auf diejenigen Fälle erstreckt, in denen eine medikamentöse Behandlung nicht wirksam war oder wegen erheblicher Nebenwirkungen nicht toleriert wurde. Darüber hinaus sollten die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie auch jene Gruppe von Patienten angemessen berücksichtigen, bei denen erst im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung die Bereitschaft zur medikamentösen Behandlung erarbeitet wird bzw. diese kontinuierlich bestärkt wird. Eine somatisch-ärztliche Behandlung in Form einer medikamentösen Behandlung sollte daher nicht zur zwingenden Voraussetzung für die Anwendung von Psychotherapie gemacht werden. Vielmehr kann die Bereitschaft zur medikamentösen Mitbehandlung für einige Patienten ein wesentliches Ziel der psychotherapeutischen Behandlung darstellen. Nach unserer klinischen Erfahrung tritt insbesondere aufgrund der zum Teil erheblichen Nebenwirkungen der Neuroleptika bei fast allen Patienten mit einer Schizophrenie früher oder später die Situation ein, dass diese ihre Medikation eigenständig wieder absetzen bzw. wieder absetzen wollen. Für die Qualität der Versorgung ist es dabei abträglich, wenn für diese Patienten die Hürden für den Zugang zur ambulanten Psychotherapie dadurch erhöht werden, dass für die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung eine parallele somatisch-ärztliche Behandlung vorausgesetzt wird.

Mit der Beibehaltung der Einordnung des Anwendungsbereichs „Schizophrenie und affektive psychotische Störungen“ in § 22 Absatz 2 Psychotherapie-Richtlinie, wird dem oben genannten Anliegen der Experten und der Mitglieder der AG, auch für diejenigen Patienten einen Zugang zur Psychotherapie zu schaffen, die eine psychiatrische bzw. medikamentöse Behandlung (noch) ablehnen, gerade nicht Rechnung getragen. Denn die Einordnung des Anwendungsbereichs in § 22 Absatz 2 Psychotherapie-Richtlinie impliziert, dass parallel zur oder im Vorfeld der psychotherapeutischen Behandlung eine somatisch-ärztliche Behandlung zwingend zu erfolgen hat. Diesen Patienten würde somit bei enger Auslegung des Normtextes der Psychotherapie-Richtlinie der Zugang zur ambulanten Psychotherapie weiterhin verschlossen bleiben.

Unter fachlichen Gesichtspunkten erscheint die in § 22 Psychotherapie-Richtlinie vorgenommene Unterscheidung der Anwendungsbereiche in den Absätzen 1 und

2 grundsätzlich überholt. Während Absatz 1 eine einfache Auflistung der psychischen Störungen enthält, die eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie sein können, wird diese mögliche Indikation zur Anwendung von Psychotherapie bei den in Absatz 2 genannten Störungen an eine Reihe von zusätzlichen Bedingungen geknüpft. Dabei suggeriert der Duktus der Formulierung dieser Bedingungen, dass diese bezogen auf die genannten psychischen Erkrankungen nur in seltenen Ausnahmefällen tatsächlich zutreffen.

De facto sind diese zusätzlichen Bedingungen jedoch weitgehend trivial, insbesondere die Maßgabe, dass psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil an der Krankheit oder deren Auswirkungen haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet. Vor dem Hintergrund der gängigen biopsychosozialen Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung dieser psychischen Erkrankungen kann regelhaft davon ausgegangen werden, dass (neben den somatischen Faktoren) auch psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil haben. Die Aufgabe der Prüfung, inwieweit sich erfolgversprechende Ansätze für die Anwendung von Psychotherapie bieten, ist dabei ohnehin für alle psychotherapeutischen Behandlungen im Kontext der Entwicklung eines psychotherapeutischen Behandlungsplans zwingend erforderlich.

Die Vorgabe einer vorherigen oder parallelen somatisch-ärztlichen Behandlung ist dabei entweder bereits über die vorgeschriebene konsiliarische ärztliche Untersuchung abgedeckt oder mit Blick auf die rechtlich garantierte Entscheidungsfreiheit des Patienten hinsichtlich seiner Behandlung unzulässig, wenn der Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung zwingend eine somatische, insbesondere medikamentöse Behandlung voraussetzen würde.

Besonders kritisch erscheint in diesem Zusammenhang auch die Erläuterung der „inneren Logik“ der fünf Absätze des § 22 Psychotherapie-Richtlinie auf der Seite 3 des Entwurfs der Tragenden Gründe. Die Erläuterung des Absatzes 2, nach der in diesem Absatz jene Indikationen aufgeführt werden, bei denen Psychotherapie (nur) als eine Komponente eines komplexen Behandlungskonzeptes bzw. in Kooperation mit somatisch-ärztlicher Behandlung in Frage komme, geht weit über den tatsächlichen Wortlaut des Absatzes 2 hinaus. Aus der Formulierung „neben

oder nach einer somatisch-ärztlichen Behandlung“ kann eben nicht abgeleitet werden, dass die Psychotherapie zwingend in ein komplexes Behandlungskonzept einzubetten ist oder nur in (enger) Kooperation mit einer somatisch-ärztlichen Behandlung erfolgen kann.

Die BPtK teilt dabei ausdrücklich die Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses, dass bei der Behandlung von Patienten mit einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung diesen in der Regel eine begleitende medikamentöse Behandlung durch einen Arzt, idealerweise durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, empfohlen werden soll. Dies leitet sich vor dem Hintergrund der evidenzbasierten Leitlinien bereits aus den berufsrechtlichen Pflichten der Psychotherapeuten ab. Auch ist im Rahmen einer multiprofessionellen Behandlung dieser Patienten typischerweise eine enge Abstimmung zwischen den behandelnden Psychotherapeuten und Psychiatern anzustreben. Jedoch kann den betroffenen Patienten nicht vorgeschrieben werden, dass ihre psychotherapeutische Behandlung zwingend im Rahmen eines komplexen, ggf. von einem Facharzt für Psychiatrie zu verantwortenden Gesamtkonzept oder in Kooperation mit einer somatisch-ärztlichen Behandlung zu erfolgen hat. Denn die Patienten mit einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung müssen auch dann den Zugang zur ambulanten Psychotherapie erhalten können, wenn Sie eine medikamentöse und/oder eine psychiatrische Mitbehandlung ablehnen oder diese nicht wirksam war. Falls der Gemeinsame Bundesausschuss die Einordnung des Anwendungsbereichs „Schizophrenie und affektive psychotische Störungen“ in § 22 Absatz 2 Psychotherapie-Richtlinie dennoch beibehalten sollte, müsste daher zumindest die Erläuterung des Absatzes 2 auf Seite 3 der Tragenden Gründe wie folgt geändert werden:

*„Absatz 2 führt aus, bei welchen Indikationen Psychotherapie **typischerweise** als eine Komponente eines komplexeren Behandlungskonzeptes bzw. in Kooperation mit somatisch-ärztlicher Behandlung in Frage kommt.“*

(Änderung fett gedruckt)

Andernfalls wären für die genannten spezifischen Einzelfälle keine Abweichungen von der hier definierten Norm möglich.

Darüber hinaus wird in diesem Zusammenhang eine grundsätzliche Schieflage bei der Übertragung von Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien auf die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses augenfällig. Während die Psychotherapie-Richtlinie in dem vorliegenden Entwurf eine psychotherapeutische Behandlung praktisch nahezu ausschließt, wenn nicht auch eine somatisch-ärztliche/medikamentöse Behandlung erfolgt (ist), finden sich in der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses keinerlei Hinweise auf eine wünschenswerte Einbettung der medikamentösen Behandlung der Schizophrenie mit einem Neuroleptikum in einen komplexen Gesamtbehandlungsplan bzw. auf eine Kooperation mit einer psychotherapeutischen Behandlung. Dies obwohl sich für beide Behandlungsoptionen in den Leitlinien entsprechende Empfehlungen mit der jeweils stärksten Empfehlungsstärke finden.

Aus Sicht der BPtK ist es daher insgesamt wenig zielführend, wenn die Psychotherapie-Richtlinie über eine Unterscheidung der Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie in den Absätzen 1 und 2 Aussagen darüber trifft, ob bei diesen Patienten vorrangig eine psychotherapeutische oder eine medikamentöse bzw. eine andere somatische Behandlung oder eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie durchgeführt bzw. angeboten werden soll. Auch Aussagen über die Notwendigkeit der Behandlung im Rahmen bestimmter multiprofessioneller Kooperationsstrukturen lassen sich aus den Vorgaben des § 22 Psychotherapie-Richtlinie nicht sinnvoll ableiten. So ist auch bei den unter § 22 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Indikationen nicht grundsätzlich eine alleinige Psychotherapie indiziert. Auch ist die Erläuterung der „inneren Logik“ in § 22 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie auf Seite 3 der Tragenden Gründe in dem Sinne, dass bei diesen Indikationen Psychotherapie als alleiniger Behandlungsansatz gelten kann, ausgesprochen missverständlich. Schließlich kann auch bei diesen Indikationen teilweise eine alleinige Pharmakotherapie indiziert sein. Darüber hinaus ist grundsätzlich anhand des Verlaufs und des Schweregrades der jeweiligen psychischen Erkrankung, den psychischen und somatischen Komorbiditäten sowie den daraus resultierenden Beeinträchtigungen und den Patientenpräferenzen im Einzelfall zu prüfen, ob bei dem jeweiligen Patienten eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie bzw. eine multi-

professionelle Behandlung, eine pharmakologische oder eine psychotherapeutische Monotherapie angezeigt ist. Gemäß den Empfehlungen der NVL/S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ soll bei Patienten mit einer schweren unipolaren depressiven Störung sogar regelhaft eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden. Auch bei Patienten mit einer Anorexie, als ein weiteres Beispiel für die Indikation des § 22 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie, wird typischerweise eine begleitende somatisch-ärztliche Behandlung erforderlich sein.

Die Aufteilung der Indikationen in § 22 Psychotherapie-Richtlinie in die Indikationen des Absatzes 1 bzw. des Absatzes 2 ist daher grundsätzlich ungeeignet Aussagen darüber abzuleiten, bei welchen Indikationen eine multiprofessionelle Behandlung erforderlich und bei welchen Indikationen eine alleinige Psychotherapie oder eine alleinige Pharmakotherapie ausreichend ist.

Stattdessen beinhaltet § 22 Absatz 2 Psychotherapie-Richtlinie für die dort verorteten Erkrankungen als Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie spezifische Einschränkungen, die den betroffenen Patienten trotz einer vorhandenen Indikation den Zugang zur ambulanten Psychotherapie erschweren können und im Antrags- und Genehmigungsverfahren vermeidbare Interpretationsspielräume eröffnet. Dabei resultieren für die in § 22 Absatz 2 Ziffern 1a bis 4 Psychotherapie-Richtlinie genannten Indikationen die wichtigsten Einschränkungen aus der Vorgabe einer vorherigen oder parallelen somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen.

Die BPTK spricht sich daher dafür aus, die Aufteilung der Indikationen in die Absätze 1 und 2 des § 22 Psychotherapie-Richtlinie grundsätzlich aufzugeben, die bisher in Absatz 2 aufgeführten Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie unter Absatz 1 zu ergänzen und den Absatz 2 ersatzlos zu streichen.

Literatur

- American Psychiatric Association (2004). Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry* 2004; 161 Suppl.1:1.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde. (2006). *Behandlungsleitlinie Schizophrenie*, Redaktion: Gaebel, W., Falkai, P. Darmstadt: Steinkopff.
- Klingberg, S., Wittorf, A., Meisner, C., Wolwer, W., Wiedemann, G., Herrlich, J., Bechdorf, A., Muller, B., Sartory, G., Wagner, M. & Buchkremer, G. (2011). Cognitive behavioral therapy versus supportive therapy for persistent positive symptoms in psychotic disorders: Major results of the POSITIVE study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Conference: 3rd European Conference on Schizophrenia Research: Facts and Visions Berlin Germany. 261 (pp S13).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). *Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (updated edition)*. National Clinical Guideline Number 82. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, May; 34(3): 523-37.