

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: EMDR bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen und Umstrukturierung der Anlage 1

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V vom 19. August 2014

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeine Bewertung	3
II. Aufnahme der EMDR als Behandlungsmethode in Anlage 1 Nummer I	4
III. Fachliche Befähigung für die Anwendung der EMDR	7
IV. Literatur	9

I. Allgemeine Bewertung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt die Aufnahme von EMDR als Methode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie bei erwachsenen Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung anwendbaren Behandlungsmethode unter Anlage 1 Nummer I.3 der Psychotherapie-Richtlinie.

Die BPTK teilt die Einschätzung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dass die dem Beschlussentwurf zugrundeliegenden Ergebnisse der Nutzenbewertung der EMDR-Methode bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen trotz einiger methodischer Limitationen der in der Metaanalyse des G-BA eingeschlossenen Primärstudien einen deutlichen Hinweis auf den Nutzen der EMDR-Methode bei dieser Patientengruppe liefern. Dieses Ergebnis stimmt auch überein mit den Befunden anderer Metaanalysen und Systematischen Reviews (insbesondere Bisson & Andrew, 2007 und Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, 2008), den Ergebnissen der Evidenzbewertungen im Rahmen von methodisch hochwertigen Leitlinien zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (u. a. Flatten et al., 2011 und NICE, 2005) und dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur EMDR-Methode (WBP, 2006).

Aus Sicht der BPTK ist es daher sachgerecht, dass EMDR künftig im Anhang 1 der Psychotherapie-Richtlinie als Behandlungsmethode aufgenommen wird, die bei Erwachsenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung ambulant zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen aller Richtlinienpsychotherapieverfahren erbracht werden kann. Wie bereits in der Stellungnahme vom 4. August 2011 dargelegt, hält die BPTK in diesem Zusammenhang die in dem Beschlussentwurf des G-BA vorgeschlagene Regelung, dass EMDR ausschließlich im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans eines der Richtlinienverfahren erbracht werden kann, für fachlich geboten und angemessen. Diese Einbettung der EMDR-Methode in den Gesamtbehandlungsplan eines Richtlinienverfahrens ist zum einen mit Blick auf die hohe Komorbiditätsrate psychischer Störungen bei der Posttraumatischen Belastungsstörung, zum

anderen auch deswegen geboten, weil traumatische Erlebnisse nicht nur Posttraumatische Belastungsstörungen zur Folge haben, sondern auch andere psychische Erkrankungen, wie z. B. depressive Störungen, Angststörungen etc. (Seidler et al., 2011). Generell ist die Sicherung einer umfassenden psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplanung einschließlich der lege artis durchzuführenden Differenzialdiagnostik und Indikationsstellung für die Patientinnen und Patienten erforderlich.

Insgesamt ermöglicht der vorgelegte Beschlussentwurf eine Klarstellung der bereits gelebten Praxis durch eine explizite Integration der EMDR-Methode in die bestehenden Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie.

II. Aufnahme der EMDR als Behandlungsmethode in Anlage 1 Nummer I

Die BPTK hat bereits in ihrer Stellungnahme vom 4. August 2011 auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass EMDR in den Gesamtbehandlungsplan eines Richtlinienverfahrens integriert wird. Ein wichtiges Argument hierfür ist die hohe Komorbiditätsrate bei Patienten mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Durch eine Einbettung der EMDR-Behandlung in den Gesamtbehandlungsplan eines Richtlinienverfahrens kann grundsätzlich sichergestellt werden, dass eine vorherige, parallele oder anschließende Behandlung der komorbiden psychischen Erkrankungen sinnvoll geplant wird und aufeinander abgestimmt erfolgen kann und somit eine isolierte Fokussierung auf die Posttraumatische Belastungsstörung vermieden wird.

In der Stellungnahme vom 4. August 2011 hat die BPTK hierzu insbesondere auf die epidemiologischen Forschungsbefunde aus dem National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R) angeführt, wonach bei 75 Prozent der Patienten mit der 12-Monats-Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung in diesem Zeitraum mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert werden konnte (Kessler et al., 2005). Inzwischen liegen mit den ersten Publikationen zum DEGS auch für Deutschland aktuelle Ergebnisse aus einer bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Studie vor (Jacobi et al., 2014; Mack et al., 2014). Danach weisen circa 80 Prozent der Patienten mit der 12-Monats-Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung min-

destens eine weitere psychische Störung auf, 37,5 Prozent sogar drei oder mehr weitere psychische Störungen. Im Vergleich zu den Gruppen der substanzbezogenen Störungen, Angststörungen und affektiven Störungen fällt damit die psychische Komorbiditätsrate bei Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung überproportional hoch aus.

Aber auch hinsichtlich der Vorbedingungen für eine EMDR-Behandlung wie dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung, der Entwicklung eines umfassenden Störungsmodells der psychischen Erkrankungen vor dem Hintergrund der Biographie des Patienten und der erforderlichen Stabilisierung des Patienten sowie der Sicherung des langfristigen Behandlungserfolgs ist der Einsatz von diagnostischen Methoden und therapeutischen Interventionen des jeweiligen Richtlinienverfahrens erforderlich. Viele der in den EMDR-Protokollen dargestellten Vorgehensweisen kommen im Rahmen einer traumaadaptierten Psychotherapie in allen Psychotherapieverfahren zur Anwendung und sind nicht EMDR-spezifisch. Insofern bedarf die Anwendung von EMDR der Integration in eine traumaadaptierte Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie. In diesem Zusammenhang folgt die BPTK hinsichtlich der Einbettung von EMDR in eine analytische Psychotherapie dem im Abschnitt 2.5 beschriebenen Resümee der Expertenanhörung vom 11. Juni 2014, dass die Anwendung der EMDR-Behandlung nur im Rahmen eines modifizierten, regressionsbegrenzenden Vorgehens der analytischen Psychotherapie im Sitzen erfolgen sollte.

Für eine regelhafte Einbettung von EMDR in den Gesamtbehandlungsplan der traumaadaptierten Anwendung eines Richtlinienverfahrens sprechen schließlich auch die Designs der Studien zur Wirksamkeit der EMDR-Behandlung. So beschränkt sich in vielen klinischen Studien der EMDR-spezifische Anteil der Intervention auf wenige Therapiesitzungen (z. B. Ironson et al., 2002; Vaughan et al., 1994) und EMDR kommt als eine therapeutische Methode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans zur Anwendung (Frommberger & Sack, 2008, S. 360). Dies spiegelt sich auch in den Vorgaben der Fachgesellschaft EMDRIA e.V. zur Erlangung des Zertifikats der Fachgesellschaft wider, wonach „mindestens 50 Zeitstunden Therapieerfahrung mit EMDR (Stimulationsstunden, davon mindestens 80 % Traumabearbeitung) mit mindestens 25

Klienten“ nachzuweisen sind (EMDRIA, 2014). Bei einer resultierenden durchschnittlichen Relation von zwei Zeitstunden Stimulation mittels der EMDR-Methode pro Klient fokussiert die nachzuweisende Qualifikation in der praktischen Anwendung der EMDR-Methode demnach nahezu ausschließlich auf diesen EMDR-spezifischen Behandlungsteil.

III. Fachliche Befähigung für die Anwendung der EMDR

In dem Beschlussentwurf des GKV-Spitzenverbandes und der Patientenvertretung ist im Unterschied zum Vorschlag der KBV für die Nummer I.3 der Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie der ergänzende Satz „*Die Anwendung setzt eine hinreichende fachliche Befähigung voraus.*“ eingefügt. Grundsätzlich gilt für die Anwendung aller psychotherapeutischer Verfahren, Methoden und Techniken bereits aus berufsrechtlichen Gründen, dass diese stets eine hinreichende fachliche Befähigung voraussetzt. Daher stellte die exklusive Betonung der Voraussetzungen einer hinreichenden fachlichen Befähigung nur für die Anwendungen der EMDR-Methode einen systematischen Bruch in der Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie dar und könnte fälschlicherweise im Umkehrschluss signalisieren, dass für die Anwendung anderer Verfahren, Methoden oder Techniken geringere Anforderungen gelten. Sofern über die Einfügung dieses Satzes in Nummer I.3 der Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie auf eine gewünschte Definition von Qualifikationsanforderungen für die Erbringung der EMDR-Methode im Rahmen eines umfassenden Gesamtbehandlungskonzepts eines Richtlinienverfahrens verwiesen werden soll, sind hierzu die bestehenden Regelungen des § 27 Psychotherapie-Richtlinie bereits ausreichend und angemessen. Die BPTK spricht sich daher dafür aus, den Satz 2 in Nummer I.3 der Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie in dem Beschlussentwurf des GKV-Spitzenverbandes und der Patientenvertretung zu streichen und dem Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu folgen.

Darüber hinaus möchten wir an dieser Stelle darauf hinweisen, dass für die zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Psychotherapeuten gilt, dass sie bereits über eine im Rahmen ihrer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. ihrer ärztlichen Weiterbildung erworbene Fachkunde in Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie verfügen. Dabei ist eine Qualifikation in EMDR vielfach bereits in die Aus- und Weiterbildungscurricula der genannten Berufsgruppen integriert. Eine berufsrechtlich geregelte spezifische Aus- oder Weiterbildung in EMDR existiert in Deutschland dagegen nicht. Zu berücksichtigen ist hierbei auch, dass die EMDR-Behandlung im

Verlauf ihrer Weiterentwicklung um traumaspezifische psychotherapeutische Techniken und Behandlungsstrategien ergänzt wurde, die wesentlich den bestehenden Richtlinienverfahren entlehnt bzw. im Kontext der allgemeinen störungsspezifischen Psychotherapieforschung entwickelt wurden. Eine berufsrechtlich geregelte spezifische Weiterbildung oder curriculare Fortbildung in der EMDR-Methode wäre daher nicht zu rechtfertigen.

Für die Anwendung von EMDR als Methode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes eines Richtlinienverfahrens ist vielmehr eine breitere psychotraumatologische Kompetenz erforderlich, die neben psychotherapeutischen Kompetenzen wie z. B. der Stellung der Differenzialindikation für die verschiedenen traumaadaptierten Behandlungsmethoden, Kompetenzen in den Methoden der traumaspezifischen Stabilisierung, der Affektregulation und Ressourcenaktivierung oder der Krisenintervention auch EMDR einschließt. Vor diesem Hintergrund hat die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer eine curriculare Fortbildung entwickelt (OPK, 2012), die eine breite Qualifikation in Psychotraumatherapie unter Einbezug von EMDR zum Gegenstand hat. Darüber hinaus wird von Seiten der BPTK zurzeit die Entwicklung einer strukturierten curricularen Fortbildung in Psychotraumatherapie/Psychotraumatologie gemeinsam mit der Bundesärztekammer angestrebt.

In diesem Zusammenhang möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass bei der Anwendung von psychotherapeutischen Verfahren, Methoden und Techniken bereits berufsrechtlich der Grundsatz zum Tragen kommt, dass es den Psychotherapeuten nur gestattet ist, diejenigen Behandlungsmethoden anzuwenden, für die sie auch hinreichend qualifiziert sind. Somit gehört es losgelöst von möglichen Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie oder der Psychotherapie-Vereinbarungen zur den Berufspflichten der Psychotherapeuten und Ärzte, sich insbesondere über Fortbildungen auf dem aktuellen Stand des medizinischen/psychotherapeutischen Wissens zu halten, insbesondere hinsichtlich der von ihnen angewandten Behandlungsmethoden und der behandelten Erkrankungen. Von Seiten der Psychotherapeuten werden dabei insbesondere Fortbildungen zur Behandlung von Traumafolgestörungen stark nachgefragt. Eine dezidierte Vorgabe von Qualifikationsanforderungen für die Anwendung der EMDR-Methode erscheint daher aus Sicht der BPTK nicht erforderlich und sollte hinsichtlich möglicher Fehlanreize und unerwünschten Folgen genauer geprüft werden.

IV. Literatur

- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTBS). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.
- Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (2008). *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. Washington, DC: The National Academies Press.
- EMDRIA (2014). Voraussetzungen für das Zertifikat "EMDR-Therapeut/in (EMDRIA Deutschland)". Stand: 07.04.2014. Online: http://www.emdria.de/fileadmin/user_upload/emdira/PDF/EMDR-Zert_Therap_Europa.pdf.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P. et al. (2011). S-3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F43.1. Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010l_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung.pdf.
- Frommberger, U. & Sack, M. (2008). Psychotherapie bei PTSD oder dissoziativer Störung. In S. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.). *Störungsorientierte Psychotherapie* (1. ed.). München: Elsevier.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L. & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. *J Clin Psychol*, 58(1), 113-128.
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M., Hapke, U., Maske, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., Wittchen, H. U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). In: *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/mpr.1439.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Months DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 617-627.
- Mack, S. Jacobi, F. et al. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-MentalHealthModule (DEGS1-MH). *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2014. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/mpr.1438.
- National Institute for Clinical Excellence (2005). Posttraumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 26. Online: www.NICE.org.uk/NICEmedia/pdf/CG026fullguideline.pdf.
- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (2012). Psychotraumatheorie OPK – Richtlinie. Online: http://www.opk-info.de/opk.site.postext.curriculare-fortbildung.artikel_id,1710,PHPSESSID,5aedf42e337d42439daa92a698200754.html.
- Power, K., McGoldrick, Th., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V. & Karatzias A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and

reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299-318.

Seidler, G. H., Freyberger, H. J., Maercker, A. (Hrsg.). *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag; 2011.

Vaughan, K., Armstrong, M. S., Gold, R. et al. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 283-291.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2006). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(37), A 2417-2419.