

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Klarstellung zu § 22 Absatz 2 Nr. 1a und redaktionelle Änderung in § 24 Absatz 3 Satz 3

Vom 15. Oktober 2015

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Klarstellung zu § 22 Absatz 2 Nr. 1a.....	2
2.2	Redaktionelle Änderung in § 24 Absatz 3 Satz 3 PT-RL.....	4
3	Würdigung der Stellungnahmen	4
4	Bürokratiekostenermittlung.....	7
5	Verfahrensablauf	8
6	Fazit.....	8
7	Dokumentation des Stellungsnahmeverfahrens.....	9
7.1	Institutionen/ Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt wurde.....	9
7.2	Beschlussentwurf zum Stellungsnahmeverfahren	10
7.3	Tragende Gründe zum Stellungsnahmeverfahren	11
7.4	Fristgerecht eingegangene schriftliche Stellungnahmen der in Tabelle 1 aufgeführten Institutionen/ Organisationen.....	16
7.5	Mündliche Anhörung und Wortprotokoll	33

1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung.

2 Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Klarstellung zu § 22 Absatz 2 Nr. 1a und redaktionelle Änderung in § 24 Absatz 3 Satz 3

Mit Schreiben vom 4. Juni 2014 und 2. Juli 2014 wurden von rechtlichen Vertretern eines wissenschaftlichen Arbeitskreises Anfragen zur Auslegung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) bezüglich § 22 Absatz 2 Nr. 1a gestellt. Sie vertraten die Auffassung, dass durch die Novellierung des § 22 Absatz 2 Nr. 1a PT-RL vom 14.04.2011 auch Tabak bzw. Nikotin als psychotrope Substanzen unter den Anwendungsbereich „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ fallen würden, da in den Tragenden Gründen zum Beschluss des GBA über eine Änderung der PT-RL „Präzisierung der Indikation Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten“ ausdrücklich auf das Kapitel F 10 – 19 der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification“ (ICD-10-GM) Bezug genommen worden sei, und dieses unter F 17 auch die „Psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak“ umfasse.

Der vorbeschriebene Sachverhalt wurde einer Überprüfung unterzogen. Die Vorgängerregelung in § 22 Absatz 2 Nr. 1 PT-RL gab vor, dass ambulante Psychotherapie bei Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nur dann „... neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewendet werden ...“ kann, wenn zum einen „psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet“ und wenn zum anderen zuvor eine Entgiftungsbehandlung durchgeführt wurde und Abstinenz besteht. Eine ambulante psychotherapeutische Behandlung von Versicherten mit Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit war dem entsprechend nur dann möglich, wenn die vorgenannten Suchtstoffe nachweislich und stabil nicht mehr konsumiert wurden.

In ihrem Schreiben vom 27.05.2009 an den G-BA hatte die damalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung diese Festlegung aufgegriffen und darauf hingewiesen, dass die Erfahrungen in der Behandlung Suchtkranker zeigen würden, dass eine erfolgreiche Suchttherapie nicht immer die Abstinenz des Patienten voraussetze. In vielen Fällen würde die Motivation zur Abstinenz als Behandlungsziel erst im Laufe der Behandlung erreicht. Im Weiteren hatte die damalige Drogenbeauftragte darauf hingewiesen, dass die Regelung in § 22 Absatz 2 Nr. 1 PT-RL im Widerstreit stehe mit den Vorgaben im Bereich der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. In § 5 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) sei festgelegt, dass „der Arzt für einen Patienten Substitutionsmittel unter der Voraussetzung des § 13 Absatz 1 des Betäubungsmittelgesetzes verschreiben darf, wenn und solange die Behandlung erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbezieht“. Eine Einbeziehung von ambulanter Psychotherapie in die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger sei jedoch aufgrund der derzeitigen Regelung

in der PT-RL nicht möglich. Vor diesem Hintergrund bat die damalige Drogenbeauftragte darum, zu prüfen, *„ob eine Änderung der PT-RL für die psychotherapeutische Behandlung von Alkohol, Drogen- oder Medikamentenabhängigen so erfolgen kann, dass sowohl unter der Voraussetzung einer vorliegenden Abstinenz als auch mit dem Ziel der Erreichung der Abstinenz mit der Therapie begonnen werden kann“*.

Diesen Hinweis nahm der Unterausschuss Psychotherapie (UA PT) zum Anlass, hierzu ein Prüfverfahren nach 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) aufzunehmen. Zur Prüfung, ob aufgrund der vorgenannten Sachverhalte eine Änderung der Bestimmungen zur Abstinenz bei Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit geboten sein könnte, hat der UA PT die Fragestellung in seiner Sitzung am 25.08.2009 aufgegriffen und am 24.11.2009 eine Expertenanhörung dazu durchgeführt. Die angehörten Experten waren sich darin einig, dass Abstinenz grundsätzlich als Voraussetzung für die Erreichung und Aufrechterhaltung eines Therapieerfolges anzusehen sei. Des Weiteren wurde übereinstimmend vorgeschlagen, dass bei Rückfällen dann nicht von einer Psychotherapie abgesehen werden solle, wenn die Rückfälle therapeutisch bearbeitet würden. Ebenfalls wurde die Auffassung vertreten, die Abstinenz könne bei bestimmten Patientengruppen auch ohne die von der Richtlinie geforderte „vorausgegangene Entgiftungsbehandlung“ erreicht werden.

Basierend auf den Ergebnissen der Expertenanhörung beschloss der UA PT, dem Plenum eine Änderung hinsichtlich der Erfordernisse der Abstinenz und der vorausgegangenen Entgiftungsbehandlung zu empfehlen. Danach sollte eine ambulante Psychotherapie im Falle einer Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten unter bestimmten, in der Richtlinie zu beschreibenden Bedingungen auch dann begonnen werden können, wenn noch keine Abstinenz vorliegt. Außerdem sollte in der Richtlinie präzisiert werden, unter welchen Bedingungen Rückfälle akzeptiert werden. Gleichzeitig sollte die Änderung auch unter bestimmten Bedingungen die Möglichkeit einer ambulanten Psychotherapie für Opiatabhängige schaffen, die sich in einer Substitutionsbehandlung gemäß „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“, Anlage I, Nummer 2 (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger) befinden.

Die Aufteilung der zuvor mit einheitlichen Vorgaben versehenen gemeinsamen Regelung der Anwendungsvoraussetzungen von Psychotherapie bei Suchterkrankungen in § 22 Absatz 2 Nr. 1a und Nr. 1b zielte dem entsprechend ebenso wie die damit einhergehenden Umformulierungen auf eine neue Regelung der Bestimmung zur Abstinenz und auf die Durchführbarkeit von ambulanter Psychotherapie bei Opiatabhängigen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden. Die Änderung der Begrifflichkeiten von „Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten“ zu einerseits „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (Nr. 1a) und andererseits „Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide“ (Nr. 1b) war dabei allein dem Umstand geschuldet, dass zum einen Bedingungen für die Abstinenz bei Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit festzulegen waren und gleichzeitig die besondere Situation Opiatabhängiger, die sich in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden, zu berücksichtigen war. Die Vorgängerregelung berücksichtigte nämlich nicht die während der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger bestehende Abhängigkeit vom Substitut, welche der Forderung einer Abstinenz vom Substitut für die ambulante Psychotherapie entgegensteht.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Prüfung und Änderung der Regelung in § 22 Absatz 2 Nr. 1a und Nr. 1b PT-RL nur zu den Fragen der Notwendigkeit der Abstinenz bei

Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit zu Beginn einer ambulanten Psychotherapie und der Möglichkeit der Durchführung von ambulanter Psychotherapie bei opiatabhängigen Versicherten, die sich gleichzeitig in einer substituionsgestützten Behandlung befinden, erfolgte.

Eine Einbeziehung anderer Substanzen als Alkohol, Drogen oder Medikamente war nicht Gegenstand des Verfahrens und wurde somit auch keiner Prüfung unterzogen. Der Begriff „Drogen“ war dabei immer auf die als illegal geltenden Drogen bezogen. Nikotin, Tabak und Koffein waren niemals vom Drogenbegriff in der PT-RL umfasst und sind es immer noch nicht. Somit erfolgte mit der Richtlinienänderung vom 14.04.2011 keine Ausweitung der Indikation. Auch wenn der Drogenbegriff weit gefasst werden und Nikotin, Tabak und darüber hinaus Koffein (Kaffee und Tee) beinhalten kann, wurden diese Substanzen vom G-BA im Rahmen der PT-RL zu keiner Zeit unter den Begriff „Drogen“ subsummiert. Eine Überprüfung, ob die v. g. Substanzen einbezogen werden müssten, war im Übrigen auch nicht geboten, da sich weder der anlassgebende Hinweis hierauf bezog noch ein entsprechender Antrag für ein diesbezüglich unumgängliches Methodenbewertungsverfahren nach § 135 Absatz 1 SGB V vorlag. Hätte der G-BA die Substanz Tabak aufnehmen wollen, wäre ein entsprechendes Methodenbewertungsverfahren unumgänglich gewesen. Dementsprechend wurden im Stellungnahmeverfahren die Änderungen von den Beteiligten allein als Änderung für die im Übrigen inhaltlich unveränderten Indikationen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit verstanden. Auch die Rechtsaufsicht gemäß § 94 Absatz 1 SGB V hat die Änderungen nicht beanstandet. Hinweise auf eine Notwendigkeit der Erweiterung um weitere Substanzen bzw. Indikationen gab es auch in den Stellungnahmen nicht. Die eingangs dargestellten Anfragen deuteten erstmals auf Auslegungsfragen bezüglich der jetzigen Formulierung in der PT-RL hin. Die Umformulierung in „psychotrope Substanzen“ könnte danach nicht zuletzt mit Blick auf die umfassende Darstellung der Abbildung des Bereichs der Suchterkrankungen im ICD-10 im Allgemeinen in den Tragenden Gründen im Sinne einer hierauf bezogenen Erweiterung des Anwendungsbereichs missverstanden werden. Obwohl letzteres Missverständnis sich mit Blick auf die Tragenden Gründe im Übrigen als eben solches herausstellen muss, erscheint eine Präzisierung der PT-RL sinnvoll. Mit dieser soll klargestellt werden, dass sich die Regelung in § 22 Absatz 2 Nr. 1a unverändert lediglich auf die Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten bezieht. Dem entsprechend wird in § 22 Absatz 2 Nr. 1a PT-RL der Begriff „psychotrope Substanz“ spezifiziert, indem die gemeinten Substanzen „Alkohol, Drogen oder Medikamente“ in Klammern aufgeführt werden.

2.2 Redaktionelle Änderung in § 24 Absatz 3 Satz 3 PT-RL

In § 24 Absatz 3 Satz 3 PT-RL wurde eine redaktionelle Änderung vorgenommen, um den Wortlaut in § 24 Absatz 3 Satz 3 PT-RL an die Begrifflichkeit des § 275 SGB V anzupassen: Der Begriff „Krankenkassen“ wird durch den Begriff „Krankenversicherung“ ersetzt.

3 Würdigung der Stellungnahmen

Die beiden stellungnahmeberechtigten Organisationen, die Bundesärztekammer (BÄK) und die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), haben mit Datum vom 31. März 2015 schriftliche Stellungnahmen vorgelegt.

Die BÄK begrüßt die vom G-BA vorgesehene Klarstellung. Sie weist darauf hin, dass eine Tabakabhängigkeit bzw. psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak gemäß ICD-10 F17 nicht als Ausschlusskriterium für eine psychotherapeutische Behandlung herangezogen werden könnten. Allerdings könnten bei einer vorliegenden Tabakabhängigkeit durch eine

psychotherapeutische Behandlung psychische Faktoren der Erkrankung aufgearbeitet und zu einem Rauchstopp motiviert werden. Die Behandlung der Tabakabhängigkeit als Krankheit gemäß ICD 10 F17 einschließlich einer ggf. erforderlichen Medikation sei hingegen ärztliche Aufgabe, eine Vergütungsgrundlage sowie die Erstattungsfähigkeit entsprechender Medikamente durch die GKV seien hierfür zu schaffen.

Die BPtK lehnt die in dem Beschlussentwurf vorgeschlagene Änderung des § 22 Absatz 2 Nummer 1a der PT-RL ab, da die in dem Beschlussentwurf vorgeschlagene Klarstellung zur Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ durch die Klammerergänzung „(Alkohol, Drogen und Medikamente)“ nicht zu der vom G-BA intendierten Klarstellung führe, dass Tabakabhängigkeit (sowie schädlicher Gebrauch von Tabak) keine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie im Sinne des § 22 PT-RL sei. Auch stelle ein hierdurch beschlossener Ausschluss der Tabakabhängigkeit als Indikation für die Anwendung von Psychotherapie keine reine Klarstellung einer bereits bestehenden Regelung dar, sondern beinhaltet vielmehr einen nachträglich vorgenommenen Leistungsausschluss für eine klinisch hochrelevante Patientengruppe, die eines angemessenen Zugangs zu ambulanten psychotherapeutischen Leistungen zur Entwöhnungsbehandlung bedürfe¹.

Der Sichtweise der BPtK muss widersprochen werden. Bei der im Beschlussentwurf vorgenommenen Klarstellung handelt es sich nicht um eine nachträglich vorgenommenen Leistungsausschluss. Die vorherigen Regelungen in § 22 Abs. 2 Nr. 1a PT-RL bezogen sich alle auf Alkohol, Drogen oder Medikamente. Der Begriff „Drogen“ war dabei immer auf die als illegal geltenden Drogen (wie z.B. Cannabis, Heroin, Kokain usw.) bezogen. Das war bereits in der ursprünglichen Formulierung (vor dem 14.04.2011) deutlich gemacht, indem Alkohol sowie Medikamente extra benannt worden waren. Hätte sich der Begriff „Drogen“ auf alle psychotropen Substanzen bezogen, wäre eine solche Unterscheidung nicht erforderlich gewesen, da Alkohol und Medikamente vom Begriff „Drogen“ ebenfalls umfasst gewesen wären.

Die BPtK interpretiert die S3-Leitlinie dahingehend, dass diese Psychotherapie empfehle, um Tabakabstinenz zu erreichen, und sagt hierzu aus: *„Vor dem Hintergrund zahlreicher systematischer Reviews zur verhaltenstherapeutischen Einzel- und Gruppenbehandlung zur Entwöhnungsbehandlung bei Tabakabhängigen liegen hinreichende Ansatzpunkte für eine erfolgversprechende psychotherapeutische Behandlung bei hierfür motivierten Patienten vor.“*²

Hierzu ist festzustellen, dass in der S3-Leitlinie die Begriffe „verhaltenstherapeutische Interventionen“ und „Verhaltenstherapie“ ohne nähere Differenzierung verwendet werden. In Kapitel 4.3 „Psychotherapeutische Interventionen“ der S3-Leitlinie (ab Seite 75) werden laut Einführung: *„eine Reihe von Maßnahmen und therapeutischen Behandlungsverfahren zusammengefasst, die zu einer dauerhaften Abstinenz vom Tabakkonsum verhelfen sollen. Dazu gehören Techniken, die als Komponenten in umfassenderen Therapieangeboten integriert sind, aber auch Interventionen, die eigenständig eingesetzt werden. Es handelt sich nicht notwendigerweise um psychotherapeutische Interventionen im engeren Sinne. Die Interventionen werden sowohl allein als auch kombiniert mit Pharmakotherapie angewendet.“*

Drei von sieben Schlüsselempfehlungen des Kapitels 4.3 (S. 76ff) beschäftigen sich mit dem Angebot von verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Interventionen:

¹ BPtK-Stellungnahme, S. 6

² BPtK-Stellungnahme, S. 10

- 4.3.3.1 „Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen
Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden. Empfehlungsgrad: A“
- 4.3.3.2 „Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen
Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden. Empfehlungsgrad: A“
- 4.3.3.3 „Psychodynamische Therapie
Wirksamkeitsbelege für eine psychodynamische Therapie zur Erreichung der Tabakabstinenz konnten nicht identifiziert werden³. Daher kann keine Empfehlung für oder gegen psychodynamische Therapieverfahren gegeben werden. Empfehlungsgrad:0“.

Zur Klärung, ob die den vorgenannten Schlüsselempfehlungen zu Grunde gelegten Studien „verhaltenstherapeutische Interventionen“ oder „Verhaltenstherapie“ im Sinne eines Behandlungsverfahrens gemäß PT-RL untersucht haben, wurde vom G-BA eine orientierende Bewertung der den Schlüsselempfehlungen (mit Empfehlungsgrad A⁴) zu Grunde gelegten Literatur⁵ vorgenommen.

Die orientierende Sichtung ergab, dass die der S3-Leitlinie „*Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums*“ (Stand 09.02.2015) in Kapitel 4.3 zugrunde liegende einschlägige Literatur überwiegend keine Verhaltenstherapie im Sinne eines Psychotherapie-Verfahrens, sondern einzelne verhaltensbezogene oder verhaltenstherapeutische Interventionen untersucht hat.

In einem der ausgewerteten Reviews zur Effektivität von gruppentherapeutischen Angeboten zur Raucherentwöhnung haben die Autoren gezielt einen Vergleich unterschiedlich komplexer verhaltenstherapeutischer Angebote durchgeführt und stellen fest: *“There is not enough evidence to support the use of particular psychological components in a programme beyond the support and skills training normally included.”*⁶

³ Vgl. S. 81 der deutschen S3-Leitlinie: „Die Evidenzlage zur Wirksamkeit psychodynamischer Interventionsverfahren in der Tabakentwöhnung und Tabakabhängigkeitsbehandlung ist schwach. In den ausgewerteten Quelleitlinien finden sich keine Aussagen oder Empfehlungen zu psychodynamischen oder tiefenpsychologischen Verfahren. Die aktuelle Evidenzrecherche erbrachte lediglich eine randomisiert-kontrollierte Studie (n=779), in der ein „psychodynamisches Modell“ in der Tabakentwöhnung auf seine Wirksamkeit im Vergleich zu einer Bupropionbehandlung untersucht wurde (Zernig et al., 2008). In dieser Studie wurde allerdings im Kern ein Autosuggestionsverfahren (geleitete Imagination) angewendet, das nach der üblichen Nomenklatur eher den hypno-therapeutischen als den tiefenpsychologischen Verfahren zuzuordnen ist. Insofern kann diese Studie nicht als Beleg für die Effektivität psychodynamischer Interventionen gelten und wird im Abschnitt „Hypnotherapie“ berücksichtigt.“

⁴ Empfehlungsgrade (A: starke Empfehlung, formuliert mit „soll“, B: „sollte“, 0: „kann“)

⁵ In die orientierende Bewertung einbezogen wurden Fiore et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update US Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care*. 2008; 53(9):1217-22.; Mottillo et al. Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J*. 2009; 30(6):718-30; Niaura. Nonpharmacologic therapy for smoking cessation: characteristics and efficacy of current approaches. *Am J Med*. 2008 Apr; 121(4 Suppl 1):S11-9. und Stead & Lancaster. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007 sowie die in den entsprechenden Hintergrundtexten zu den Empfehlungen 4.3.3.1 und 4.3.3.2 zusätzlich zitierten Literaturstellen.

⁶ Stead & Lancaster. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. Seite 2

Aus den der deutschen S3-Leitlinie zugrunde liegenden Leitlinien, Reviews bzw. Einzelstudien in Kapitel 4.3 können keine weiteren Aussagen zur Effektivität einer Verhaltenstherapie im Sinne eines PT-RL Verfahrens entnommen werden. In den englischsprachigen Dokumenten werden die Interventionen in der Regel als „counseling“ bezeichnet. Die in den gesichteten Dokumenten verwandten Definitionen für individual oder group counseling können weder als CBT (dieser Begriff wird u.a. in englischsprachigen Psychotherapiestudien verwendet, wenn Verhaltenstherapie als Therapieverfahren untersucht wird) gewertet werden, noch entsprechen sie einer Verhaltenstherapie im Sinne eines PT-RL Verfahrens. Soweit die Publikationen überhaupt Angaben zu den Leistungserbringern enthalten, werden individual und group counseling nicht durch Psychotherapeuten durchgeführt.

Die Empfehlungen in der Leitlinie gelten somit nur für verhaltensbezogene Maßnahmen bzw. für einzelne verhaltenstherapeutische Interventionen. Die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie gemäß PT-RL kann mit der Leitlinie bzw. mit den der Leitlinie zugrundeliegenden Untersuchungen nicht belegt werden.

Somit werden von der S3-Leitlinie verhaltensbezogene Maßnahmen bzw. einzelne verhaltenstherapeutische Interventionen zur Raucherentwöhnung empfohlen, jedoch keine Verhaltenstherapie im Sinne der PT-RL.

Im Bereich der GKV bestehen bereits zahlreiche Angebote, die verhaltenstherapeutische Interventionen zur Raucherentwöhnung beinhalten. Diese reichen von Angeboten im Rahmen des § 20 SGB V „Prävention und Selbsthilfe“ über spezifische Patientenschulungsmaßnahmen gemäß § 43 Absatz 1 Satz 2 SGB V bis hin zu Raucherentwöhnungsmaßnahmen im Rahmen von DMP-Programmen für chronisch Erkrankte gemäß §§ 137f und 137g SGB V (COPD).

Die Ausführungen der BptK, dass es sich bei den Maßnahmen nach § 20 SGB V ausschließlich um Maßnahmen zur primären Prävention handelt, die nicht für Patienten mit vorhandener Tabakabhängigkeit bzw. schädlichem Gebrauch von Tabak in Betracht kämen⁷, sind nicht zutreffend.

Wie dem „Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010“ zu entnehmen ist, handelt es sich bei den Maßnahmen um Tabakentwöhnungsprogramme, die auf die Beendigung des Tabakkonsums zielen. Zur Anwendung kommen dabei kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppeninterventionen und Psychoedukation. Diese Maßnahmen können von jedem Versicherten, der sich das Rauchen abgewöhnen möchte, in Anspruch genommen werden.

Es bestehen somit schon heute leitliniengerechte Angebote zur Raucherentwöhnung für alle GKV-Versicherten.

4 Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

⁷ BptK-Stellungnahme, S. 10

5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Verfahrensschritte
04.06.2014/ 02.07.2014		Schreiben der rechtlichen Vertreter eines wissenschaftlichen Arbeitskreises Interessenvertreter
10.12.2014	UA PT	Einrichtung einer AG Tabak
22.01.2015	AG Tabak	Analyse der Fragestellung der rechtlichen Vertreter eines wissenschaftlichen Arbeitskreises und Entwicklung von Vorschlägen zum weiteren Vorgehen
18.02.2015	AG Tabak	Erarbeitung des Beschlussentwurfes und der Tragenden Gründe
02.03.2015	UA PT	Einleitung der Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V
29.04.2015 09.07.2015	AG Tabak	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
09.09.2015	UA PT	Mündliche Stellungnahmen (Anhörung) u. Würdigung der Stellungnahmen, abschließende Beratung des Beschlussentwurfs u. der Tragenden Gründe
15.10.2015	Plenum	Beschlussfassung
	BMG	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V
	BAnz	Veröffentlichung des Beschlusses
		Inkrafttreten des Beschlusses und der Richtlinienänderung

6 Fazit

Der Unterausschuss Psychotherapie empfiehlt einvernehmlich die o.g. Änderung der Psychotherapie-Richtlinie. Die Patientenvertreter schließen sich dieser Empfehlung an.

Berlin, den 15. Oktober 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

7 Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

7.1 Institutionen/ Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt wurde

Der Unterausschuss Psychotherapie hat mit Schreiben vom 2. März 2015 das Stellungnahmeverfahren zu der Klarstellung in § 22 Absatz 2 Nr. 1a betreffenden Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie eingeleitet.

Die Institutionen/ Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde, die zugehörigen Beschlussdaten des UA PT sowie Angaben zum Ablauf des Stellungnahmeverfahrens sind in Tabelle 1 dargestellt.

Den Institutionen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme erteilt wurde und die fristgerecht eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurde Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme gegeben. Davon ausgenommen wurden jene, die auf ihr Recht zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme verzichtet haben.

Tabelle 1

Institution / Organisation	Beschluss des UA PT	Unterlagen versandt	Fristende	Eingang der SN	Mündliche Anhörung
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V	02.03.2015	03.03.2015	31.03.2015	31.03.2015	verzichtet
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V	02.03.2015	03.03.2015	31.03.2015	31.03.2015	09.09.2015

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie- Richtlinie: Klarstellung § 22 Abs. 2 Nr. 1a

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 16. Oktober 2014 (BAnz AT 02.01.2015 B2), wie folgt zu ändern:

- I. In § 22 Abs. 2 Nr. 1a werden nach den Wörtern „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ die Wörter „(Alkohol, Drogen und Medikamente)“ eingefügt.
- II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie- Richtlinie: Klarstellung zu § 22 Absatz 2 Nr. 1a

Vom Beschlussdatum

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung	2
3	Würdigung der Stellungnahmen	4
4	Bürokratiekostenermittlung.....	4
5	Verfahrensablauf	4
6	Fazit.....	4

1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung.

2 Eckpunkte der Entscheidung

Mit Schreiben vom 4. Juni 2014 und 2. Juli 2014 wurden von rechtlichen Vertretern eines wissenschaftlichen Arbeitskreises Anfragen zur Auslegung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) bezüglich § 22 Absatz 2 Nr. 1a gestellt. Sie vertraten die Auffassung, dass durch die Novellierung des § 22 Absatz 2 Nr. 1a PT-RL vom 14.04.2011 auch Tabak bzw. Nikotin als psychotrope Substanzen unter den Anwendungsbereich „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ fallen würden, da in den Tragenden Gründen zum Beschluss des GBA über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie „Präzisierung der Indikation Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten“ ausdrücklich auf das Kapitel F 10 – 19 der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification“ (ICD-10-GM) Bezug genommen worden sei, und dieses unter F 17 auch die „Psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak“ umfasse.

Der vorbeschriebene Sachverhalt wurde einer Überprüfung unterzogen. Die Vorgängerregelung in § 22 Absatz 2 Nr. 1 PT-RL gab vor, dass ambulante Psychotherapie bei Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nur dann „... neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewendet werden ...“ kann, wenn zum einen „psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet“ und, wenn zum anderen zuvor eine Entgiftungsbehandlung durchgeführt wurde und Abstinenz besteht. Eine ambulante psychotherapeutische Behandlung von Versicherten mit Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit war dem entsprechend nur dann möglich, wenn die vorgenannten Suchtstoffe nachweislich und stabil nicht mehr konsumiert wurden.

In ihrem Schreiben vom 27.05.2009 an den G-BA hatte die damalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung, diese Festlegung aufgegriffen und darauf hingewiesen, dass die Erfahrungen in der Behandlung Suchtkranker zeigen würden, dass eine erfolgreiche Suchttherapie nicht immer die Abstinenz des Patienten voraussetze. In vielen Fällen würde die Motivation zur Abstinenz als Behandlungsziel erst im Laufe der Behandlung erreicht. Im Weiteren hatte die ehemalige Drogenbeauftragte darauf hingewiesen, dass die Regelung in § 22 Absatz 2 Nr. 1 PT-RL im Widerstreit stehe mit den Vorgaben im Bereich der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. In § 5 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) sei festgelegt, dass „der Arzt für einen Patienten Substitutionsmittel unter der Voraussetzung des § 13 Absatz 1 des Betäubungsmittelgesetzes verschreiben darf, wenn und solange die Behandlung erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbezieht“. Eine Einbeziehung von ambulanter Psychotherapie in die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger sei jedoch aufgrund der derzeitigen Regelung in der Psychotherapie-Richtlinie nicht möglich. Vor diesem Hintergrund bat die ehemalige Drogenbeauftragte darum, zu prüfen, „ob eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie für die psychotherapeutische Behandlung von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigen so erfolgen kann, dass sowohl unter der Voraussetzung einer vorliegenden Abstinenz als auch mit dem Ziel der Erreichung der Abstinenz mit der Therapie begonnen werden kann“.

Diesen Hinweis nahm der Unterausschuss Psychotherapie (UA PT) zum Anlass, hierzu ein Prüfverfahren nach 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) aufzunehmen. Zur Prüfung, ob aufgrund der vorgenannten Sachverhalte eine Änderung der

Bestimmungen zur Abstinenz bei Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit geboten sein könnte, hat der UA PT die Fragestellung in seiner Sitzung am 25.08.2009 aufgegriffen und am 24.11.2009 eine Expertenanhörung dazu durchgeführt. Die angehörten Experten waren sich darin einig, dass Abstinenz grundsätzlich als Voraussetzung für die Erreichung und Aufrechterhaltung eines Therapieerfolges anzusehen sei. Des Weiteren wurde übereinstimmend vorgeschlagen, dass bei Rückfällen dann nicht von einer Psychotherapie abgesehen werden solle, wenn die Rückfälle therapeutisch bearbeitet würden. Ebenfalls wurde die Auffassung vertreten, die Abstinenz könne bei bestimmten Patientengruppen auch ohne die von der Richtlinie geforderte „vorausgegangene Entgiftungsbehandlung“ erreicht werden.

Basierend auf den Ergebnissen der Expertenanhörung beschloss der UA PT, dem Plenum eine Änderung hinsichtlich der Erfordernisse der Abstinenz und der vorausgegangenen Entgiftungsbehandlung zu empfehlen. Danach sollte eine ambulante Psychotherapie im Falle einer Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten unter bestimmten, in der Richtlinie zu beschreibenden Bedingungen auch dann begonnen werden können, wenn noch keine Abstinenz vorliegt. Außerdem sollte in der Richtlinie präzisiert werden, unter welchen Bedingungen Rückfälle akzeptiert werden. Gleichzeitig sollte die Änderung auch unter bestimmten Bedingungen die Möglichkeit einer ambulanten Psychotherapie für Opiatabhängige schaffen, die sich in einer Substitutionsbehandlung gemäß „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“, Anlage I, Nummer 2 (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger) befinden.

Die Aufteilung der zuvor mit einheitlichen Vorgaben versehenen gemeinsamen Regelung der Anwendungsvoraussetzungen von Psychotherapie bei Suchterkrankungen in § 22 Absatz 2 Nr. 1a und Nr. 1b zielte dem entsprechend ebenso wie die damit einhergehenden Umformulierungen auf eine neue Regelung der Bestimmung zur Abstinenz und auf die Durchführbarkeit von ambulanter Psychotherapie bei Opiatabhängigen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden. Die Änderung der Begrifflichkeiten von „Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten“ zu einerseits „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (Nr. 1a) und andererseits „Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide“ (Nr. 1b) war dabei allein dem Umstand geschuldet, dass zum einen Bedingungen für die Abstinenz bei Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit festzulegen waren und gleichzeitig die besondere Situation Opiatabhängiger, die sich in einer substituionsgestützten Behandlung befinden, zu berücksichtigen war. Die Vorgängerregelung berücksichtigte nämlich nicht die während der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger bestehende Abhängigkeit vom Substitut, welche der Forderung einer Abstinenz vom Substitut für die ambulante Psychotherapie entgegensteht.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Prüfung und Änderung der Regelung in § 22 Absatz 2 Nr. 1a und Nr. 1b PT-RL nur zu den Fragen der Notwendigkeit der Abstinenz bei Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit zu Beginn einer ambulanten Psychotherapie und der Möglichkeit der Durchführung von ambulanter Psychotherapie bei opiatabhängigen Versicherten, die sich gleichzeitig in einer substituionsgestützten Behandlung befinden, erfolgte. Eine Einbeziehung anderer Substanzen als Alkohol, Drogen oder Medikamente war nicht Gegenstand des Verfahrens und wurde somit auch keiner Prüfung unterzogen. Eine solche Überprüfung war auch nicht geboten, da sich weder der anlassgebende Hinweis hierauf bezog noch ein entsprechender Antrag für ein diesbezüglich unumgängliches Methodenbewertungsverfahren nach § 135 Absatz 1 SGB V vorlag. Dementsprechend wurden im Stellungnahmeverfahren die Änderungen von den Beteiligten allein als Änderung für die im Übrigen inhaltlich unveränderten Indikationen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit verstanden. Auch die Rechtsaufsicht gemäß § 94 Absatz 1 SGB V hat die Änderungen nicht beanstandet. Hinweise auf eine Notwendigkeit der Erweiterung um weitere Substanzen bzw. Indikationen gab es auch in den Stellungnahmen nicht. Die eingangs dargestellten Anfragen deuteten erstmals auf Auslegungsfragen bezüglich der jetzigen Formulierung in der PT-RL hin. Die Umformulierung in „psychotrope Substanzen“ könnte danach nicht zuletzt mit Blick auf die umfassende Darstellung der

Abbildung des Bereichs der Suchterkrankungen im ICD-10 im Allgemeinen in den Tragenden Gründen im Sinne einer hierauf bezogenen Erweiterung des Anwendungsbereichs missverstanden werden. Obwohl letzteres Missverständnis sich mit Blick auf die Tragenden Gründe im Übrigen als eben solches herausstellen muss, erscheint eine Präzisierung der PT-RL sinnvoll. Mit dieser soll klargestellt werden, dass sich die Regelung in § 22 Absatz 2 Nr. 1a unverändert lediglich auf die Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten bezieht. Dem entsprechend wird in § 22 Absatz 2 Nr. 1a PT-RL der Begriff „psychotrope Substanz“ spezifiziert, indem die gemeinten Substanzen „Alkohol, Drogen oder Medikamente“ in Klammern aufgeführt werden.

3 Würdigung der Stellungnahmen

4 Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Verfahrensschritte
04.06.2014/ 02.07.2014		Schreiben der rechtlichen Vertreter eines wissenschaftlichen Arbeitskreises Interessenvertreter
10.12.2014	UA PT	Einrichtung einer AG Tabak
22.01.2015	AG Tabak	Analyse der Fragestellung der rechtlichen Vertreter eines wissenschaftlichen Arbeitskreises und Entwicklung von Vorschlägen zum weiteren Vorgehen
18.02.2015	AG Tabak	Erarbeitung des Beschlussentwurfes und der Tragenden Gründe
	UA PT	Einleitung der Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V
	AG Tabak	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
	UA PT	Mündliche Stellungnahmen (Anhörung) u. Würdigung der Stellungnahmen, abschließende Beratung des Beschlussentwurfs u. der Tragenden Gründe
	Plenum	Beschlussfassung
	BMG	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V
	BAnz	Veröffentlichung des Beschlusses
		Inkrafttreten des Beschlusses und der Richtlinienänderung

6 Fazit

4

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

7.4 Fristgerecht eingegangene schriftliche Stellungnahmen der in Tabelle 1 aufgeführten Institutionen/ Organisationen



**Stellungnahme
der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V über eine
Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Klarstellung § 22 Abs. 2 Nr. 1a

Berlin, 31. März 2015

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 03.03.2015 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgefordert, eine Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) abzugeben: Klarstellung § 22 Abs. 2 Nr. 1a PT-RL.

Im April 2011 hatte der G-BA in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegt, dass eine ambulante Psychotherapie im Falle einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen künftig ausnahmsweise auch dann möglich ist, wenn noch keine Suchtmittelfreiheit vorliegt, diese aber im Laufe der ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Die Ausnahmeregelung setzt voraus, dass die Patientin oder der Patient bereits Schritte unternommen hat, eine baldige Abstinenz herbeizuführen.

Im Nachgang dieses Beschlusses ergaben sich Auslegungsfragen zu § 22 Absatz 2 Nr. 1a PT-RL. Danach sei nicht eindeutig, ob auch Tabak bzw. Nikotin als psychotrope Substanzen unter den Anwendungsbereich „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ fallen würden, da in den tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA über eine Änderung der PT-RL „Präzisierung der Indikation Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten“ ausdrücklich auf das Kapitel F 10 – 19 der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification“ (ICD-10-GM) Bezug genommen worden sei, und dieses unter F 17 auch die „Psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak“ umfasse.

Der G-BA hat sich dieser Fragestellung angenommen und stellt jetzt fest, dass die damalige Prüfung und Änderung der Regelung in § 22 Absatz 2 Nr. 1a und Nr. 1b PT-RL nur zu den Fragen der Notwendigkeit der Abstinenz bei Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit zu Beginn einer ambulanten Psychotherapie und der Möglichkeit der Durchführung von ambulanter Psychotherapie bei opiatabhängigen Versicherten, die sich gleichzeitig in einer substituionsgestützten Behandlung befinden, erfolgte. Diese Substanzen waren auch diejenigen, die in der Vorläufer-Richtlinie von 2009 noch explizit aufgeführt worden waren. Eine Einbeziehung anderer Substanzen als Alkohol, Drogen oder Medikamente sei daher nicht Gegenstand des Verfahrens gewesen und war somit auch keiner Prüfung unterzogen worden.

Um missverständliche Auslegungen zu vermeiden, hält es der G-BA dennoch für zweckmäßig, nähere Erläuterungen nicht nur in den tragenden Gründen darzustellen, sondern eine Präzisierung auch unmittelbar in der Psychotherapie-Richtlinie vorzunehmen. Mit der parenthetischen Einfügung der Begriffe „(Alkohol, Drogen und Medikamente)“ nach „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ soll klargestellt werden, dass sich die Regelung in § 22 Absatz 2 Nr. 1a PT-RL unverändert lediglich auf die Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten bezieht.

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung

Der vorliegende Änderungsvorschlag zur Psychotherapie-Richtlinie des G-BA zielt auf eine Klarstellung der Indikationen für eine Psychotherapie „neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen“ ab (siehe Psychotherapie-

Richtlinie § 22 Abs. 2 Satz 1): Während im Falle einer Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen gemäß § 22 Abs. 2 Nr. 1a der bislang gültigen Richtlinien-Fassung verlangt wird, dass vor der Indikationsstellung für eine Psychotherapie Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz vorliegen bzw. diese innerhalb der ersten zehn Behandlungsstunden erreicht werden müssen, soll durch die nun in § 22 Abs. 2 Nr. 1a vorgesehene Einfügung der in Parenthese gesetzten Wörter „(Alkohol, Drogen und Medikamente)“ verdeutlicht werden, dass eine Tabakabhängigkeit kein Ausschlusskriterium für eine Psychotherapie darstellt bzw. Tabakabstinenz nicht als Voraussetzung für diese gilt. In den tragenden Gründen wird darauf verwiesen, dass die Vorläuferrichtlinie ebenfalls auf die genannten drei Substanzgruppen abgehoben habe, die vorgesehene Ergänzung insofern der Klarstellung vor dem Hintergrund der ursprünglichen Richtlinienfassung erfolge.

Diese Klarstellung wird seitens der Bundesärztekammer begrüßt. Eine Tabakabhängigkeit bzw. psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak gemäß ICD-10 F17 können nicht als Ausschlusskriterium für eine psychotherapeutische Behandlung herangezogen werden. Allerdings können bei einer vorliegenden Tabakabhängigkeit durch eine psychotherapeutische Behandlung psychische Faktoren der Erkrankung aufgearbeitet und zu einem Rauchstopp motiviert werden. Die Behandlung der Tabakabhängigkeit als Krankheit gemäß ICD 10 F17 einschl. einer ggf. erforderlichen Medikation ist hingegen ärztliche Aufgabe, eine Vergütungsgrundlage sowie die Erstattungsfähigkeit entsprechender Medikamente durch die GKV sind hierfür zu schaffen.

Berlin, 31.03.2015



Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3 – Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Klarstellung § 22 Absatz 2 Nummer 1a

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
vom 31. März 2015**

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeine Bewertung	3
II. Psychotherapeutische Versorgungsrelevanz der Tabakabhängigkeit ..	7
III. Vorschlag zum weiteren Vorgehen	11
IV. Literatur	13

I. Allgemeine Bewertung

Die in dem vorliegenden Beschlussentwurf des G-BA vorgesehene Ergänzung in § 22 Absatz 2 Nummer 1a soll der Klarstellung der zulässigen Indikationen zur Anwendung der Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie dienen. Der G-BA hält diese Klarstellung zur Indikationsbeschreibung vor dem Hintergrund von Anfragen von rechtlichen Vertretern eines nicht näher bezeichneten wissenschaftlichen Arbeitskreises zur Auslegung der Psychotherapie-Richtlinie bezüglich § 22 Absatz 2 Nummer 1a für erforderlich und geeignet. Der G-BA bezieht sich dabei in den Tragenden Gründen zum vorliegenden Beschlussentwurf auf die Beratungen im G-BA, die mit dem Schreiben der damaligen Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Frau Sabine Bätzing, vom 27.05.2009 angestoßen wurden und in dem Beschluss des G-BA zur Änderung des § 22 Absatz 2 Nummer 1a und 1b der Psychotherapie-Richtlinie vom 14.04.2011 (Präzisierung der Indikation „Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten“) mündeten, welcher zum 8. Juli 2011 in Kraft getreten ist.

Zutreffend stellt der G-BA in den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf dar, dass Gegenstand der damaligen Beratungen zum einen die Voraussetzung der Abstinenz und der vorangegangenen Entgiftungsbehandlung für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung und zum anderen die besondere Situation Opiatabhängiger, die sich in einer substituionsgestützten Behandlung befinden, waren. Eine Erweiterung der Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie im Sinne der Diagnosen gemäß ICD-10 sei laut G-BA hierbei nicht diskutiert worden. Tatsächlich jedoch hat der G-BA mit seinem Beschluss vom 14.04.2011 explizit eine Erweiterung der Indikationen unter § 22 Absatz 2 Nummer 1a vorgenommen.

Während die alte Indikationsbeschreibung ausschließlich die Indikationen der Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Medikamenten umfasste, war die Präzisierung dieser Indikation gemäß Beschluss vom 14.04.2011 ausdrücklich mit der Erweiterung um den schädlichen Gebrauch von psychotropen Substanzen verbunden. Entsprechend wurde für die Beschreibung der Indikation die Bezeichnung des Abschnitts F1 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“

des entsprechenden ICD-10-Kapitels verwendet und in den Tragenden Gründen in diesem Sinne als Diagnosebereich F10 bis F19 mit der vierten Stelle = .1 (Schädlicher Gebrauch) oder =.2 (Abhängigkeitssyndrom) operationalisiert (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010):

„Bei Benennung der Indikationen unter Nr. 1a wurden die Begrifflichkeiten des Diagnoseschlüssels ICD-10, Kapitel F1, verwendet, der sowohl den „Schädlichen Gebrauch“ als auch das „Abhängigkeitssyndrom“ umfasst (F 1 = Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; vierte Stelle „.1“ in den Kategorien F10 – F19 = „Schädlicher Gebrauch“, vierte Stelle „.2“ = „Abhängigkeitssyndrom“).“

(Seite 3 der Tragenden Gründe zum Beschluss des G-BA vom 14.04.2011)

Darüber hinaus umfasste die alte Indikationsbeschreibung des § 22 Absatz 2 Nummer 1 der Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung der Bekanntmachung vom 17.07.2008 „Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz“ bereits die Indikation Tabakabhängigkeit (F17.2), da Tabak bzw. Nikotin als nachgewiesenermaßen psychotrope Substanzen (Heinz & Batra, 2003) begrifflich eindeutig unter dem Begriff „Drogen“ zu subsumieren sind. Häufig findet sich in der wissenschaftlichen Literatur wie auch in der gesundheitspolitischen Debatte eine Unterscheidung zwischen illegalen und legalen Drogen. Sowohl im wissenschaftlichen Diskurs wie auch im allgemeinen Sprachverständnis wird dabei jedoch Tabak bzw. Nikotin als Droge definiert. Auch die Definition „psychotroper bzw. psychoaktiver Substanzen“ als Wirkstoffe, die zu Veränderungen der Psyche und des Bewusstseins eines Menschen führen, rechtfertigt keine Andersbehandlung von Tabak/Nikotin. Zwar erzeugt Tabak/Nikotin keinen starken Rauschzustand mit substanzieller Beeinträchtigung der Steuerungs- und Handlungsfähigkeit, aber psychische und Bewusstseinsveränderungen, die mit denen anderer anerkannter psychoaktiver Substanzen wie Koffein, Psychopharmaka, Analgetika vergleichbar sind (Heinz & Batra, 2003, Buchkremer & Batra, 2009).

Somit fiel die Tabakabhängigkeit grundsätzlich bereits vor der am 17. Juli 2011 in Kraft getretenen Änderung der Psychotherapie-Richtlinie unter die Indikationen

nach § 22 Absatz 2 Nummer 1. Damit die Tabakabhängigkeit jedoch real eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie begründen konnte, mussten weitere Bedingungen gegeben sein. Damals wie heute muss es sich hierbei um eine Seelische Krankheit gemäß § 2 der Psychotherapie-Richtlinie handeln, psychische Faktoren müssen einen wesentlichen pathogenetischen Anteil an der Erkrankung oder deren Auswirkungen haben und es muss sich ein Ansatzpunkt für die Anwendung von Psychotherapie bieten.

Vor Inkrafttreten der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie mit Beschluss vom 14. April 2011 galt darüber hinaus, dass eine Entgiftungsbehandlung vorangegangen sein musste und die Behandlung somit im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz erfolgen konnte. Insbesondere diese Bedingung führte zu einem faktischen Ausschluss der allermeisten Patienten mit Tabakabhängigkeit von ambulanten psychotherapeutischen Leistungen nach Psychotherapie-Richtlinie.

Mit der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie mit Beschluss des G-BA vom 14.04.2011 wurde dann präzisiert, dass psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zunächst generell eine Indikation für die Anwendung von Psychotherapie darstellen, im Falle des schädlichen Gebrauchs ohne weitere indikationsspezifische Voraussetzungen, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen mit der Voraussetzung der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz und abweichend davon auch, wenn die Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal 10 Behandlungsstunden erreicht werden kann:

„Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz. Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal 10 Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der

Therapeutin oder von dem Therapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Therapeutin oder von dem Therapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen. Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz ergriffen werden.“

(Wortlaut des § 22 Absatz 2 Nummer 1a der gültigen Psychotherapie-Richtlinie)

Die in dem Beschlussentwurf vorgeschlagene Klarstellung zur Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ durch die Klammerergänzung „(Alkohol, Drogen und Medikamente)“ führt damit weder zu der vom G-BA intendierten Klarstellung, dass Tabakabhängigkeit (sowie Schädlicher Gebrauch von Tabak) keine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie im Sinne des § 22 Psychotherapie-Richtlinie ist, noch stellte ein hierdurch beschlossener Ausschluss der Tabakabhängigkeit als Indikation für die Anwendung von Psychotherapie eine reine Klarstellung einer bereits bestehenden Regelung dar, sondern beinhaltete vielmehr einen nachträglich vorgenommenen Leistungsausschluss für eine klinisch hochrelevante Patientengruppe, die eines angemessenen Zugangs zu ambulanten psychotherapeutischen Leistungen zur Entwöhnungsbehandlung bedarf. Vor diesem Hintergrund lehnt die BPTK die in dem Beschlussentwurf vorgeschlagene Änderung des § 22 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie ab.

II. Psychotherapeutische Versorgungsrelevanz der Tabakabhängigkeit

Tabakabhängigkeit zählt zu den häufigsten psychischen Störungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Dabei variieren der Schweregrad der Abhängigkeit und das damit verbundene Gesundheitsrisiko ganz erheblich.

Nach der aktuellen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) erfüllen 13,1 Prozent der Erwachsenen zwischen 18 und 79 Jahren im Laufe eines Jahres die Kriterien für eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV (Jacobi, Höfler & Siebert, 2014). Männer sind dabei mit einer Prävalenzrate von 14,6 Prozent etwas häufiger betroffen als Frauen (11,7 Prozent). Mit zunehmendem Alter sinkt die Prävalenzrate von 18,9 Prozent in der Altersgruppe der 18 bis 34 Jährigen auf 11,7 Prozent in der Gruppe der 50 bis 64 Jährigen und 4,0 Prozent in der Altersgruppe der 65 bis 79 Jährigen.

Der Anteil der gelegentlichen oder täglichen Raucher (unabhängig vom Merkmal der Abhängigkeit) beträgt bezogen auf die Bevölkerung der 18- bis 79-Jährigen den Daten des DEGS zufolge 29,7 Prozent (Lambert, 2013). Die Daten des DEGS zeigen weiterhin, dass unter den 18- bis 29-Jährigen 40 Prozent der Frauen und 47 Prozent der Männer täglich oder gelegentlich rauchen. Erst in der Altersgruppe ab 60 Jahren fällt die Prävalenz des Tabakkonsums auf unter 10 Prozent bei Frauen bzw. 20 Prozent bei Männern (Lambert, 2014). Dabei geht insbesondere der Anteil der Gelegenheits- und leichten Raucher mit dem Alter rapide zurück, während der Anteil der sehr starken und starken Raucher überproportional zunimmt. Somit erfüllen circa die Hälfte der gegenwärtigen Tabakkonsumenten die Kriterien einer Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bzw. einer Tabakabhängigkeit nach ICD-10 nicht.

Wenngleich auch bei einer wesentlichen Teilgruppe der Patienten, bei denen eine Tabakabhängigkeit diagnostiziert werden kann, ein klinisch relevanter Leidensdruck und eine Beeinträchtigung in den psychosozialen Funktionen im Alltag nur eingeschränkt festgestellt werden kann, existiert eine klinisch hochbedeutsame

Subgruppe von Patienten mit Tabakabhängigkeit, bei denen aufgrund der Schwere der Tabakabhängigkeit oder somatischer Komorbiditäten, insbesondere tabakassoziierter Erkrankungen, ein erhebliches somatisches Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko besteht. Im Langzeitverlauf zählt die Tabakabhängigkeit zu den psychischen Erkrankungen mit besonders hohen direkten und indirekten Krankheitskosten, ausgeprägten Einschränkungen der Lebensqualität und der höchsten Mortalitätsrate (Batra et al., 2015).

Zu den tabakassozierten Erkrankungen, welche für die hohen Mortalitätsraten verantwortlich sind, zählen insbesondere Gefäßprozesse, die zu kardialen Infarkten, zu cerebralen Insulten oder peripheren Gefäßverschlüssen führen, Neubildungen, darunter vor allem Lungenkarzinome, aber auch andere Malignome, die durch das Rauchen begünstigt werden, sowie Lungenerkrankungen wie die COPD (Batra et al., 2015). Jedes Jahr sind in Deutschland ca. 140.000 Todesfälle auf die Folgen eines langjährigen Tabakkonsums zurückzuführen (Peto et al., 1996; Mons, 2011). Ein langjähriger Tabakkonsum verkürzt das Leben um durchschnittlich etwa zehn Jahre (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014).

Im Rahmen einer bevölkerungsbasierten Kohortenstudie in Dänemark mit einem Nacherhebungszeitraum von 31 Jahren konnte gezeigt werden, dass das Inzidenzrisiko für Lungenkarzinome insbesondere bei abstinenter Raucher (die im ersten Drittel des Untersuchungszeitraum einen Rauchstopp erreichten), aber auch bei Rauchreduktion (um mindestens 50 Prozent) im Vergleich zu kontinuierlichen starken Rauchern erheblich vermindert ist (Godtfredsen, Prescott & Osler, 2005). Auch für die COPD konnte in einem systematischen Review über 25 Studien ein signifikanter Effekt des Rauchstopps, aber nicht der Rauchreduktion auf die Verbesserung der Lungenfunktion gezeigt werden (Pisinger & Godtfredsen, 2007). Ebenso konnten für koronare Herzkrankheiten die positiven Effekte des Rauchstopps auf die Morbidität und Mortalität von KHK-Patienten im Rahmen eines Cochrane-Reviews über 20 RCT gezeigt werden (Critchley & Capewell, 2003). Dabei ist auch die Wirksamkeit psychologisch-psychotherapeutischer Interventionen zur Tabakentwöhnung mit Abstinenzziel bei Patienten mit KHK in einem Cochrane-Review über 16 RCT gut belegt (Barth, Critchley & Bengel, 2006).

Insgesamt konnte in zahlreichen empirischen Studien und systematischen Reviews die Wirksamkeit insbesondere der verhaltenstherapeutischen Gruppeninterventionen wie auch der verhaltenstherapeutischen Einzelinterventionen zur Tabakentwöhnung nachgewiesen werden (Stead & Lancaster, 2005; Mottillo, Filion & Bélisle, et al., 2009). Vor dem Hintergrund dieser Evidenz für verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppeninterventionen empfiehlt die aktuelle S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ jeweils mit dem Empfehlungsgrad A (Schlüsselempfehlungen 4.3.3.1 und 4.3.3.2 der S3-Leitlinie), dass verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen und verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden sollen (Batra et al., 2015). Der „klinische Algorithmus Psychotherapie“ der Leitlinie sieht hierbei vor, dass Rauchern, die zum Rauchstopp mit unterstützender Behandlung motiviert bzw. motivierbar sind, zunächst eine verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlung angeboten werden soll. Wird von den Patienten eine Gruppenbehandlung abgelehnt, soll eine verhaltenstherapeutische Einzelbehandlung angeboten werden. Wird auch eine verhaltenstherapeutische Einzelbehandlung abgelehnt, kann Patienten eine alternative Behandlungsform (zum Beispiel Hypnotherapie) angeboten werden (mit der Empfehlungsstärke 0).

Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass die zentralen Bestimmgrößen der psychotherapeutischen Versorgungsrelevanz von Anwendungsbereichen der Psychotherapie im Fall der Tabakabhängigkeit als zutreffend und zumindest für eine Teilgruppe der Patienten als stark ausgeprägt einzustufen sind:

- Bevölkerungsepidemiologische Daten zur Tabakanhängigkeit unterstreichen die quantitative Relevanz dieser psychischen Erkrankung.
- Der Schweregrad der Erkrankung ist für eine Teilgruppe der Patienten hinsichtlich der Beeinträchtigung der Lebensqualität, aber auch der Symptomstärke der tabakassoziierten somatischen Erkrankungen als hoch einzustufen.
- Unter prognostischen Gesichtspunkten kommt es insbesondere bei den starken Rauchern zu einer Chronifizierung der Störung, die häufig bis ins

höhere Lebensalter anhält, zur Entwicklung sekundärer Erkrankungen sowie einer erhöhten Vulnerabilität für andere psychische Störungen wie bspw. rezidivierende Major Depression und damit einhergehend zur Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus bzw. zum vorzeitigen Versterben führt.

- Die sozialmedizinischen und gesundheitsökonomischen Folgen der Tabakabhängigkeit sind aufgrund der tabakassoziierten Erkrankungen bei einer substantiellen Teilgruppe als gravierend zu beurteilen.
- Vor dem Hintergrund zahlreicher systematischer Reviews zur verhaltenstherapeutischen Einzel- und Gruppenbehandlung zur Entwöhnungsbehandlung bei Tabakabhängigen liegen hinreichende Ansatzpunkte für eine erfolgversprechende psychotherapeutische Behandlung bei hierfür motivierten Patienten vor.
- Hinsichtlich der Versorgungsepidemiologie ist schließlich festzuhalten, dass aufgrund der Auslegung der Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie zur Indikation Tabakabhängigkeit bislang praktisch kein Zugang für diese Patientengruppe zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bestand. Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen zur primären Prävention nach § 20 SGB V können zwar auch Programme zur Förderung des Nichtrauchens in medizinischen und psychosozialen Settings einschließen. Da es sich hierbei ausdrücklich um Maßnahmen zur primären Prävention handelt, sind hierbei jedoch Kontraindikationen auszuschließen. Dies trifft sowohl auf Patienten mit vorhandener Tabakabhängigkeit (F17.2 nach ICD-10) als auch mit schädlichem Gebrauch von Tabak (F17.1 nach ICD-10) zu. Diese Patientengruppen kommen für die entsprechend Angebote zur Förderung des Nichtrauchens nach § 20 SGB V nicht in Betracht. Entsprechend ist für diese Patientengruppe ein angemessener Zugang zu psychotherapeutischen Behandlungsangeboten zur Tabakentwöhnung in der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen.

III. Vorschlag zum weiteren Vorgehen

Das bisherige Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf die von Krankenkassen im Rahmen der Satzungsleistungen nach § 20 SGB V finanzierten Tabakentwöhnungsmaßnahmen deutet nicht darauf hin, dass bei Auslegung der Indikationsbeschreibung in § 22 Absatz 2 Nummer 1a in dem Sinne, dass diese auch die Indikation Tabakabhängigkeit einschließt, eine intensive Inanspruchnahme von Leistungen der ambulanten Psychotherapie aufgrund dieser Indikation zu erwarten wäre. Laut Präventionsbericht 2011 des GKV-Spitzenverbandes zusammen mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und der Krankenkassenverbände auf Bundesebene, nahmen im Berichtsjahr 2010 lediglich 12.714 Versicherte an Kursen zur Reduktion des Suchtmittelkonsums teil (GKV-SV et al., 2012). Gegenüber dem Berichtsjahr 2008 sank damit die Teilnehmerzahl um über 4.000 Versicherte. Bei circa 20 Millionen Rauchern in Deutschland entspricht dies einem Anteil von 0,06 Prozent der Betroffenen, die pro Jahr über ein entsprechendes Angebot der Gesetzlichen Krankenkassen zur primären Prävention erreicht werden. Diese Zahlen verdeutlichen, dass es gegenwärtig für Patienten mit Tabakabhängigkeit kein suffizientes Behandlungsangebot zur Tabakentwöhnung gibt.

Falls von den Bänken des G-BA ein Regelungsbedarf in Bezug auf die Indikationsbeschreibung in der Psychotherapie-Richtlinie dahingehend gesehen wird, über eine Präzisierung der Indikationsbeschreibung in § 22 Absatz 2 Nummer 1a eine massive Ausweitung der Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie durch Patienten mit „leichter“ Tabakabhängigkeit und ohne relevanten somatische Komorbidität zu Lasten von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen zu verhindern, schlägt die BPTK vor, eine entsprechende Präzisierung der Regelung vor dem Hintergrund eines sachgerechten Einbezugs der Expertise von Experten in der Diagnostik und Behandlung der Tabakabhängigkeit zu erarbeiten. Die Präzisierung der Indikation Tabakabhängigkeit sollte dabei insbesondere auf die Patienten mit einer schweren Ausprägung der Abhängigkeitserkrankung bei relevanter somatischer Komorbidität bzw. klinisch bedeutsa-

men somatischen Morbiditätsrisiko ausgerichtet sein („Tabakabhängigkeitsbehandlung“). Möglichkeiten zur Identifikation und Differenzierung von schweren Tabakabhängigkeiten sind mit der aktuellen S3-Leitlinie gegeben.

Aus Sicht der BPK ist es vordringlich, dass eine ambulante psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeit für diejenigen Patienten mit Tabakabhängigkeit erhalten bleibt bzw. durch eine sachgerechte Auslegung der Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie geschaffen wird, bei denen ein klinisch bedeutsames Morbiditätsrisiko bzw. Mortalitätsrisiko besteht und die bisher keine Abstinenz erreichen konnten, aber zu einer psychotherapeutischen Behandlung motiviert sind.

IV. Literatur

- Barth, J., Critchley, J. & Bengel, J. (2006). Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review and metaanalysis. *Ann Behav Med.*; 32(1):10-20.
- Buchkremer, G. & Batra, A. (2009). Tabakabhängigkeit und -entwöhnung. In Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3. Auflage, pp. 371-382). Heidelberg: Springer.
- Batra, A. et al. (2015). S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums. Abrufbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf.
- Critchley, J.A. & Capewell, S. (2003). Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*, 290(1):86-97.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014). Drogen- und Suchtbericht 2014. Abrufbar unter: http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien/dba/Presse/Downloads/Drogen- und Suchtbericht_2014_Gesamt_WEB_07.pdf
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2010). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber.
- GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) & Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene (2012). Präventionsbericht 2011. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2010. Abrufbar unter: http://www.mds-ev.de/media/pdf/Praeventionsbericht_2011_final_ungschuetzt%282%29.pdf
- Godtfredsen, N. S., Prescott, E. & Osler, M. (2005). Effect of smoking reduction on lung cancer risk. *JAMA*, 294(12):1505-10.
- Heinz, A. & Batra, A. (2003). Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J. et al. (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). *Int J Methods Psychiatr Res*, 2014. doi: 10.1002/impr.1439.
- Lambert, T. (2013). Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in

- Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56 (5-6): 802-808.
- Lambert, T. (2014). Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. S. 64-89.
- Mons U. (2011). Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik. *Gesundheitswesen*. 73(4):238-246.
- Mottillo, S., Filion, K.B., Bélisle, P., et al. (2009) Behavioural Interventions for Smoking Cessation: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *European Heart Journal*, 30, 718-730.
- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M., Heath, C., Doll, R. (1996). Mortality from smoking worldwide. *Br Med Bul.*; 52(1):12-21.
- Pisinger C. & Godtfredsen N. S. (2007). Is there a health benefit of reduced tobacco consumption? A systematic review. *Nicotine Tob Res*, 9, 631–646.
- Stead, L.F. & Lancaster, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 2. Art. No.: CD001007. doi: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.

7.5 Mündliche Anhörung und Wortprotokoll

Im Rahmen der mündlichen Anhörung zum gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren haben die Anhörungsberechtigten ihre Interessenkonflikte wie folgt dargelegt:

Name der Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten	In der Offenlegungserklärung nach Anlage I zum 1. Kapitel der Verfahrensordnung wurden Interessenkonflikte erklärt
Timo Harfst	Nein

Im „Formblatt 1 zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte für Sachverständige und Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten“ wurden folgende 6 Fragen gestellt:

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

Mündliche Anhörung



Gemeinsamer
Bundesausschuss

gemäß 1. Kapitel, § 12 Abs. 3 Verfahrensordnung zur
Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL)

hier: Klarstellung § 22 Abs. 2 Nr. 1 PT-RL

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 9. September 2015
von 11.04 Uhr bis 11.34 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer für die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**:
Herr Harfst

Beginn der Anhörung: 11.04 Uhr

(Der angemeldete Teilnehmer betritt den Raum)

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Harfst, Ihnen ein herzliches Willkommen bei der Anhörung zur Klarstellung des § 22 Abs. 2 Nr. 1 der Psychotherapie-Richtlinie. Sie sind zwar nicht vom Alter, aber was Anhörungen hier angeht, ein alter Hase, sodass ich mir meine Vorbemerkungen ersparen will. Da wir allerdings ein Protokoll führen – Herr Hartwig zu meiner Rechten ist der Protokollführer –, möchte ich zumindest, dass festgehalten wird, dass ich hier das, was ich immer sage, ordnungsgemäß gesagt habe, und mir nicht später vorwerfe, ich hätte etwas – in Anführungszeichen – unterlassen. Wenn ich Herrn Hartwig eben erwähnt habe, bedeutet das auch, dass Sie bitte das Mikrofon benutzen, damit er das mitschreiben und seine Arbeit ordnungsgemäß machen kann.

Ich darf und muss Ihnen auch die Vorgaben zur Durchführung der Anhörung noch einmal vorlesen. Im Zweifelsfall werden Sie es schon aus den vergangenen drei Anhörungen mitlesen können, wenn Sie wollen.

Laut 1. Kapitel § 12 Abs. 3 Satz 5 der Verfahrensordnung dient die mündliche Stellungnahme in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und – jetzt kommt Ihre Aufgabe – neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungsverfahren ergeben haben, einzubringen. Sie wissen, dass die Worte, die wir hier sagen – deswegen ist Herr Hartwig da –, für die Ewigkeit festgehalten werden. Das heißt, auch noch Ihre Enkelkinder können nachlesen, was Sie uns heute verdeutlicht haben.

Wenn ich gerade gesagt habe, dass es in erster Linie darum geht, neuere Erkenntnisse nach dem 31. März – das war, meine ich, das Datum Ihrer Stellungnahme – einzubringen, dann glaube ich zu wissen – ich bitte, das „glaube“ zu unterstreichen –, dass sich seit dem 31. März nicht so unwahrscheinlich viele neue Erkenntnisse ergeben haben könnten; ich will das im Potentialis formulieren. Das heißt, aus vorherigen Anhörungen nicht nur in diesem Unterausschuss, sondern auch in anderen Unterausschüssen weiß ich natürlich, dass es die Stellungnehmer immer wieder treibt, das, was sie schriftlich vorgetragen und was wir alle schon gelesen und in unseren Herzen bewegt haben, noch einmal vorzutragen. Ich will Sie nicht daran hindern, Herr Harfst. Ich möchte Sie bloß bitten, nicht Seite 1 bis Seite 14 vorzulesen, sondern sich auf die Highlights zu beschränken, auf die Höhepunkte, auf die für Sie ganz wichtigen Themen, die Sie noch einmal quasi verstärkermäßig betonen möchten.

Herr Harfst, Sie haben das Wort.

Herr Harfst (BPTK): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Möglichkeit zur Anhörung. Wir sind uns natürlich der Tatsache bewusst, dass Sie noch eine stramme Tagesordnung vor sich haben und insofern froh sind, wenn Sie diesen Tagesordnungspunkt zügig abschließen können und wir alle Redundanzen vermeiden. Das will ich gern im Rahmen meiner Möglichkeiten tun.

Tatsächlich sind die neuen Erkenntnisse vielleicht nicht unbedingt neue Erkenntnisse im Sinne von „die Wissenschaft hat festgestellt“, sondern zum Teil geht es um Erkenntnisse, die wir neu darüber gewonnen haben, welche Implikationen das hat. Auf diese Punkte möchte ich im Wesentlichen eingehen und die großen Teile dessen, was wir schon schriftlich vorgetragen haben, nicht noch einmal wiederholen.

Im Wesentlichen drei Punkte möchte ich an dieser Stelle noch einmal darlegen. Ansonsten reicht sicherlich die schriftliche Stellungnahme dazu.

Der erste Punkt, der uns auch schon in der schriftlichen Stellungnahme wichtig war, ist unsere Auffassung, dass schon vor der Richtlinienänderung mit Beschluss des G-BA vom 14. April 2011 die seinerzeit gültige Indikationsbeschreibung die Tabakabhängigkeit mit umfasst hat. Bezogen auf die aktuell gültige Richtlinie kann es, denke ich, gar keinen Zweifel geben.

Der Beschluss vom April 2011 hat ganz explizit die Kapitelüberschrift des ICD-10 übernommen. In den Tragenden Gründen ist dezidiert benannt worden, dass darunter die Diagnosen F10 bis F19 fallen, jeweils mit der Ziffer 1 – schädlicher Gebrauch – und der Ziffer 2 – Abhängigkeitssyndrom – an der vierten Stelle der ICD-10-Kodierung.

Das Thema der Ausweitung der Indikation ohne eigene Nutzenbewertung, das angeklungen ist, will ich jetzt gar nicht thematisieren. Wir haben in der schriftlichen Stellungnahme ausreichend dargelegt, dass auch der schädliche Gebrauch in dem Sinne eine Ausweitung der Indikation darstellen würde, die seinerzeit ohne eigene Nutzenbewertung durchgeführt worden ist. Das brauchen wir hier nicht zu vertiefen.

Ich habe hier die ältere Bestimmung in der Fassung vom 20. Juni 2006, als seinerzeit der Abschnitt D – Anwendungsbereiche – neu beschlossen wurde. Ich kann mich entsinnen, dass ich schon seinerzeit an der Stellungnahme der BPTK dazu beteiligt war. Ich fürchte, dass der „alte Hase“ sich langsam auch auf mein reales Alter bezieht und meine Enkelkinder vielleicht schon bald die Wortprotokolle lesen können.

Die seinerzeitige Indikationsbeschreibung in der Richtlinie war Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten. Nach unserer Auffassung kann es nicht sein, dass aus der Aufzählung von Alkohol und Medikamenten neben den Drogen geschlussfolgert wird, dass hiermit seinerzeit nur illegale Drogen gemeint gewesen seien. Das wäre auch von der Reihenfolge her nicht ganz konsequent: Alkohol, Drogen und dann dahinter Medikamente. Wenn man das hätte ausdrücken wollen, hätte man das auch anders machen können.

Zudem hätten wir das Problem, dass das bedeuten würde, dass die medizinische Indikation für eine Behandlung davon abhängig wäre, ob der Gesetzgeber eine psychotrope Substanz in der Anlage I des BTMG als nicht verkehrsfähig und damit quasi als illegale Droge einstuft oder nicht. Eine Legalisierung von Cannabis zum Beispiel würde demnach dazu führen, dass eine psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit schädlichem Cannabisgebrauch als GKV-Leistung plötzlich nicht mehr möglich wäre. Sie würde wegfallen. Man denke aber auch zum Beispiel an die sogenannten Legal Highs, bei denen der Gesetzgeber den Entwicklungen von synthetischen Drogen nicht mehr hinterherkommt. Soll man den Patienten sagen, dass eine Behandlung erst erfolgen könne, wenn der Gesetzgeber im Betäubungsmittelgesetz nachgezogen habe? Das stellen wir uns schwierig vor.

Zudem hat der EuGH erst im vergangenen Jahr entschieden, dass die Legal Highs nicht automatisch unter das Arzneimittelgesetz fallen und somit der Verkauf und der Konsum auch keine strafrechtlich zu sanktionierenden Verstöße gegen das Arzneimittelgesetz darstellen. Die Indikation „schädlicher Gebrauch von Medikamenten“ fällt für diese Legal Highs auch weg und kommt nicht infrage.

Man denke auch an die Patienten mit der Diagnose F18.1 und F18.2. In dem Beschlussentwurf ist überhaupt nicht andiskutiert worden, dass diese Patienten mit diesem Versuch der

Klarstellung – wir haben in unserer schriftlichen Stellungnahme schon dargelegt, dass wir ihn als Klarstellung nicht für geeignet halten – gar keine Behandlung mehr erfahren können. Es ist sozusagen nur auf die Tabakabhängigkeit rekurriert worden, aber F18.1 und F18.2 haben gar keine Erwähnung gefunden. Sie sind fast so etwas wie die Ärmsten der Armen unter den Konsumenten von psychotropen Substanzen. Es handelt sich um psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel. Es geht also um die Personen, die flüchtige Lösungsmittel schnüffeln.

Dabei handelt es sich eindeutig nicht um eine illegale Droge. Sie haben auch keine Perspektive, irgendwie als Medikament eingestuft zu werden. Sie würden von dieser Klarstellung, die hier vorgesehen ist, ausgenommen werden. Das heißt, es wäre laut Richtlinie gar nicht mehr behandelbar. Um bei diesen Personen legal eine Behandlung durchführen zu können, müsste man ihnen quasi nahelegen, dass sie bitte nicht monosubstanzbezogen konsumieren, sondern sich auch noch eine Substanz suchen, die die Indikationskriterien laut Richtlinie erfüllt. Das kann unserer Auffassung nach nicht angehen.

Der zweite Punkt gehört noch dazu. Wenn man die gängigen Klassifikationen von Schadenspotenzialen psychotroper Substanzen zugrunde legt – man kann zum Beispiel auf die Klassifikation von David Nutt, 2010 in The Lancet, rekurrieren –, zählt Tabak zu den zehn schädlichsten Substanzen. Hierbei wird das Schadenspotenzial einer Substanz über 16 gewichtete Einzelfaktoren erfasst, die die psychischen, physischen und sozialen Schäden innerhalb der Dimensionen Selbstschädigung und Fremdschädigung einbeziehen. Tabak wird dort an sechster Stelle, gleich hinter Kokain, geführt, was das Schadenspotenzial anbelangt.

Auch die Aspekte der Mortalität und somatischen Morbiditätsraten bezogen auf Tabak haben wir in unserer Stellungnahme bereits hinreichend ausgeführt; das wollen wir nicht weiter vertiefen. Es ist uns daher unverständlich, dass man den schwer abhängigen Patienten mit einer erheblichen somatischen Komorbidität – wir denken hier an schwer abhängige Raucher mit COPD, KHK, idiopathischer Lungenfibrose –, denen es trotz der gesundheitlichen Probleme und Risiken allein nicht gelingt, mit dem Rauchen aufzuhören, den Zugang zur ambulanten Psychotherapie verweigert.

In manchen Diskussionen, die wir in den vergangenen Monaten dazu führen konnten, ist angeklungen, dass hinter dieser Klarstellung auch ein bisschen die Befürchtung steckt, dass es nicht sein könne, dass diese Richtlinie für 20 Millionen Raucher geöffnet wird, dass sozusagen eine Überlastung des Systems befürchtet wird.

Zum einen würden wir sagen, es kann nicht sein, dass an dieser Stelle generell auf die Satzungsleistungen der Krankenkassen zur Rauchentwöhnung verwiesen wird, sozusagen als Ausgleich, also auf freiwillige Leistungen mit Zuzahlungsverpflichtung, die auch in dem primärpräventiven Angebot der Krankenkassen eine ganz marginale Rolle spielen. Der Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes 2014 sagt, 15.000 Versicherte hätten das in Anspruch genommen. Vor dem Hintergrund von 1,5 Millionen Leistungen in diesem individuellen primärpräventiven Bereich der Krankenkassen macht das also gerade einmal 1 Prozent aus. Das kann offenkundig kein hinreichendes Angebot sein. Weiterhin kann nach unserer Auffassung die Gruppe der schwer kranken Patienten grundsätzlich nicht auf Satzungsleistungen verwiesen werden.

Zum anderen geht es hier nur um einen sehr kleinen Teil der tabakabhängigen Menschen, für die überhaupt eine Indikation zur Psychotherapie besteht, um die wir hier im Grunde genommen ringen. Es geht nicht darum, dass jeder Raucher zu einer Psychotherapie kommen

oder die Möglichkeit dazu haben soll. Sondern es geht darum, dass die schwer kranken Patienten ein solches Leistungsangebot erhalten können.

Es ist ohnehin klar, dass es immer mit einem klinisch relevanten Leiden verbunden sein muss. Der „gängige Raucher“ ohne eine schwere somatische Komorbidität, der auch nicht unter dem Rauchen, dem Zwang zu rauchen leidet, fällt sowieso schon aus dieser Indikationsbeschreibung heraus. Dann kommt noch hinzu, dass die Patienten terapiemotiviert sein müssen und dass eine Perspektive bestehen muss, dass die Therapie zum Erfolg führt.

Vor dem Hintergrund der Indikationsbeschreibung, wie wir sie heute schon in der Richtlinie haben, mit der Eingrenzung, die damit verbunden ist, und den darin genannten zehn Stunden bis zur Abstinenz, sehen wir nicht, dass der große Ansturm der Tabakabhängigen auf die psychotherapeutische Behandlung droht und dass das GKV-System an dieser Stelle überlastet werden könnte. Sondern es geht wirklich darum, dass die schwer kranken Patienten, die tatsächlich terapiemotiviert sind, schwere somatische Einschränkungen und hohe Risiken haben, tatsächlich eine Psychotherapie erhalten können.

Als Drittes – damit komme ich zum Schluss – möchte ich darauf hinweisen, dass in der S3-Leitlinie Tabakabhängigkeit mit der Empfehlungsstärke A empfohlen wird, dass den Patienten mit Tabakabhängigkeit verhaltenstherapeutische Interventionen angeboten werden. Dass dies nicht mehr unter das Psychotherapieverfahren Verhaltenstherapie im Sinne der Richtlinie fallen soll – aus manchen Seitendiskussionen hat man gehört, dass das ein Argument wäre –, ist aus unserer Sicht eine unangemessene Engführung des Leistungsinhalts der Psychotherapie-Richtlinie, fast so als ob man sagen würde: „Psychiatrische Interventionen fallen nicht mehr unter die psychiatrische Behandlung.“

Vor dem Hintergrund des aktuellen Gesetzauftrags im GKV-VSG, nach dem der G-BA in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes beschließen soll, würden wir vorschlagen, auch in diesem Sinne zu prüfen, ob nicht gegebenenfalls eine entsprechende Flexibilisierung erfolgen muss, dass solche kurzen Behandlungen, die auf einer fundierten Diagnostik und einer Therapieplanung, einer gezielten Planung des Vorgehens beruhen, dem Patienten zur Verfügung gestellt werden.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit und stelle mich natürlich gern für Fragen zur Verfügung.

(Beifall)

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön, Herr Harfst. Das ist das Nächste, was jetzt kommt. Ich schaue nach links und nach rechts. Wer hat Fragen? - Die KBV.

KBV: Noch einmal zur Erläuterung: Sie wären also dafür, wenn ich Sie richtig verstanden habe, ansonsten können Sie mir gern widersprechen, dass in Zukunft jemand, der eine Tabakabhängigkeit hat und zum Beispiel auch wegen einer Depression mit Komorbidität Tabakabhängigkeit eine Psychotherapie erhält, nach zehn Stunden nicht mehr weiter behandelt werden könnte, wenn er bis dahin nicht abstinenter geworden ist? Habe ich das richtig verstanden, oder sehen Sie das anders?

Herr Harfst (BPtK): Nein, das sehe ich insofern anders, als die Frage ist, was die tatsächliche Behandlungsindikation ist. Wenn die Behandlungsindikation ist, den Patienten wegen der Tabakabhängigkeit zu behandeln, und das Therapieziel die Abstinenz ist, dann darf ich

ihn nach der Richtlinie – ob wir die Zehn-Stunden-Regelung für angemessen halten, ist eine andere Diskussion – natürlich nicht mehr mit dem Therapieziel Abstinenz weiter behandeln. Aber die Depression kann und muss ich natürlich weiter behandeln, soweit noch keine Heilung erreicht ist.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Die nächste Frage kommt von der KBV.

KBV: Herr Harfst, nur eine Verständnisfrage: Gibt es denn in Ihrer Konzeption den reinen Nikotinabhängigen? Oder hat er immer eine Komorbidität? So ist es bei mir angekommen, weil Sie mehrfach betont haben, es gehe nicht um jeden Raucher, sondern um Raucher mit schweren Begleiterkrankungen.

Herr Harfst (BPK): Es geht dabei erst einmal um die schweren somatischen Begleiterkrankungen, die das entsprechende Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko darstellen. Es gibt natürlich Patienten, die eine psychische Komorbidität haben, aber es ist erst einmal unabhängig davon. Es geht um die Frage: Kann der Patient wegen der Tabakabhängigkeit behandelt werden, mit dem Therapieziel?

Das ist nach Ihrer Konzeption – so musste man ja den Beschlussentwurf lesen – künftig nicht mehr möglich. Selbst wenn ich einen Patienten wegen einer Depression in die Behandlung nehme, der nebenbei auch eine Tabakabhängigkeit hat, durch die sogar ein klinischer Leidensdruck besteht und eine Indikation, dann kann das eigentlich kein Inhalt sein, weil die Richtlinie diese Indikation ausschließt. Dann müsste ich mich auf die reine Depressionsbehandlung beschränken und dürfte die Tabakabhängigkeit nicht mit behandeln. So würden wir die Richtlinie an dieser Stelle verstehen, wenn das so umgesetzt würde.

Die heutige Richtlinie, so sehen wir es, erlaubt das natürlich.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Die Sachverständigen.

Gemeinsame Sachverständige: Herr Harfst hat drei Punkte aufgeführt. Wir konzentrieren uns in der Diskussion gerade auf den letzten Punkt. Ich schließe mich den Ausführungen Herrn Harfsts diesbezüglich an.

Aber der erste Punkt scheint mir für die letztendliche Fassung der Richtlinie noch relevanter zu sein, weil wir da schlicht und ergreifend etwas vergessen haben.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Wir sind beim Fragespiel. Welche Frage haben Sie an Herrn Harfst?

Gemeinsame Sachverständige: Die hat er durch seine eben gegebene Antwort beantwortet. Dann entschuldige ich mich dafür, dass ich versucht habe, in meinem Kopf andere Klarheiten zu schaffen, und Herrn Harfst noch nicht direkt gefragt habe.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Das können Sie unter Tagesordnungspunkt 4.1 gern tun. Das nehmen wir dann auch sehr gern zur Kenntnis. – Die KBV.

KBV: Sie haben sich maßgeblich auf die S3-Leitlinie bezogen. Dort gibt es unter 4.3 zu den psychotherapeutischen Interventionen folgende Aussage. Es geht um die Fragestellung, welche Interventionen bei Tabakabhängigkeit als sachgerecht empfunden werden. Ich würde gern Ihre Einschätzung dazu hören. Ich zitiere aus der S3-Leitlinie:

„Es handelt sich nicht notwendigerweise um psychotherapeutische Interventionen im engeren Sinne. Die Interventionen werden sowohl allein als auch kombiniert mit Pharmakotherapie angewendet.“

Wie würden Sie das interpretieren? Sie haben uns ja eben die Auffassung der Bundespsychotherapeutenkammer referiert, die der Meinung ist, dass sich aus der S3-Leitlinie eindeutig die Notwendigkeit ergibt, Verhaltenstherapie anzubieten. Das kann ich damit nicht ganz in Einklang bringen. Dazu würde ich gern Ihre ergänzende Einschätzung hören.

Herr Harfst (BPTK): Würden Sie mir sagen, auf welcher Seite das steht? Dann kann ich das noch einmal nachvollziehen.

KBV: Es müsste auf Seite 75 stehen.

Herr Harfst (BPTK): In der Einleitung zu 4.3.1? Oder wo haben Sie das gefunden?

KBV: In Kapitel 4.3 – Psychotherapeutische Interventionen. Das steht dort am Ende eines Absatzes, in der Einleitung.

Herr Harfst (BPTK): Das würde ich so verstehen, dass es ein breiteres Spektrum umfasst, dass es also sowohl klassische Rauchtentwöhnungsprogramme sein können, als auch – je nach dem, wie die Indikation gestellt wird – intensivere Behandlungen, die eine psychotherapeutische Behandlung durch einen Approbierten erfordern.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Sie haben die Stimme gesenkt, damit ist die Frage beantwortet. – Weitere Fragen? – Die GKV.

GKV: Ich habe zwei Fragen zum Themenkomplex Auslassung der flüchtigen Substanzen und Lösungsmittel.

Frage eins: Halten Sie das wirklich für einen so relevantes Problem, Bezug nehmend auf die Anzahl der Betroffenen in diesem Land? Ich gehe davon aus, dass Sie Amylnitrid nicht darunter subsumieren.

Frage zwei: Gerade wenn es sich um Jugendliche oder jüngere Erwachsene handelt, die Lösungsmittel und flüchtige Substanzen konsumieren, dann scheint mir das eher ein Symptom zu sein, zum Beispiel im Rahmen einer Anpassungsstörung. Diese ist nach wie vor psychotherapeutisch behandelbar. Ich würde es sogar für sträflich erachten, wenn man die zugrunde liegende eigentliche Störung nicht psychotherapeutisch anginge und nur auf ein Teilsymptom fokussieren würde.

Das wären meine beiden Fragen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Harfst, Sie haben das Wort.

Herr Harfst (BPTK): Die erste Frage bezieht sich auf die Menge. Das kann man sich ja anschauen. Herr Pfeiffer vom IFT hat gerade im vergangenen Jahr in einer Publikation dargelegt, in welchem Umfang stationäre Aufenthalte in Deutschland wegen der verschiedenen Substanzen zustande gekommen sind. Bezogen auf die stationären Behandlungen spielen diese flüchtigen Lösungsmittel eine geringe Rolle. Es ist eher selten. Es ist an der Stelle nicht zu erwarten, dass eine große Zahl von Patienten betroffen ist.

Aber es kann ja nicht die Argumentation für eine Richtlinienbestimmung sein, dass die Menge der betroffenen Patienten, die aus der Versorgung ausgeschlossen werden, als vernachlässigbar erscheint.

Zu Ihrer zweiten Frage. Natürlich muss man immer schauen, vor welchem Hintergrund ein solcher schädlicher Gebrauch entstanden ist und sich entwickelt hat und ob weitere psychische Störungen vorhanden sind. Ich muss sagen, dass ich Anpassungsstörungen an dieser Stelle ausgesprochen unpassend finde. Das ist eher sozusagen die „Notlösungsdiagnose“. Wenn man sich das anschaut, dann ist die Prävalenz von Anpassungsstörungen ausgesprochen gering, weil man eher auf die nach streng diagnostischen Kriterien ermittelbaren Diagnosen abheben wird und das nach ICD-10 auch tun muss.

Nichtsdestoweniger muss man immer prüfen, welche Komorbiditäten bestehen und ob sich der Substanzmittelgebrauch vor dem Hintergrund einer bestimmten psychischen Erkrankung entwickelt hat. Dann muss ich das natürlich auch mit behandeln und in meinem Behandlungsplan berücksichtigen. Aber ich muss natürlich auch – da kann eben die Schwierigkeit zustande kommen – in meinem Behandlungsplan konkret die symptombezogene Behandlung der substanzbezogenen Störung vorsehen. Wenn die selber aber keine Indikation laut Richtlinie ist, dann fällt sie da heraus. Das aber kann nicht Sinn und Zweck des Ganzen sein.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Wortmeldungen? – Der GKV-Spitzenverband.

GKV: Ich habe eine Frage zu Ihrem Verständnis des Bedeutungsunterschieds zwischen verhaltenstherapeutischen Interventionen und Verhaltenstherapie. Halten Sie die in der S3-Leitlinie Tabak zumeist verwendete Formulierung „verhaltenstherapeutische Interventionen“ für ein wenig unpräzise, für vielleicht nachlässig oder ein bisschen – im allgemeinen Sprachgebrauch – „schlampig“? Oder ist das eine bewusste Formulierung, die einen Unterschied zwischen Verhaltenstherapie und verhaltenstherapeutischer Intervention macht?

Herr Harfst (BPTK): Ganz ehrlich, unsere Informationslage dazu ist, dass die Autoren der Leitlinie gerade vor dem Hintergrund, dass die Richtlinie bislang immer so interpretiert wurde, dass Tabakabhängigkeit keine Indikation darstellt und der Zugang zu einer Verhaltenstherapie nicht eröffnet ist, gedacht haben, es sei eleganter, wenn man an der Stelle „verhaltenstherapeutische Intervention“ schreibt, um die Patienten nicht zwingend auf ein für sie nicht zugängliches Versorgungsangebot zu verweisen, das dann im Bereich von Verhaltenstherapie die Konsequenz gewesen wäre, wenn man es als Richtlinienpsychotherapie expliziter gemacht hätte. Wir haben mit den Autoren gesprochen und halten es für einen deutlichen Fehler, das an dieser Stelle so zu handhaben. Aber so ist es im Kern zustande gekommen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Weitere Fragen? – Die KBV.

KBV: Eine Frage noch. Was wir eben zitiert haben, stammt ja aus der S3-Leitlinie. Da wird doch differenziert zwischen Intervention nicht im eigentlichen psychotherapeutischen Sinne. Ich verstehe nicht so ganz, warum Sie sagen, dass sie auf der einen Seite ein unzugängliches Behandlungsangebot verbergen wollten, wenn sie auf der anderen Seite explizit erklären: Das ist vielleicht ein Behandlungsangebot unterhalb der Psychotherapierichtlinie.

Ich habe noch eine kurze andere Frage. Mir hat sich immer noch nicht erschlossen, ob es von Ihnen behandelte Patienten ohne eine zweite Diagnose gibt.

Herr Harfst (BPTK): Zur ersten Frage. Der Satz lautet ja:

„Es handelt sich nicht notwendigerweise um psychotherapeutische Interventionen im engeren Sinne.“

Das heißt ja, dass „sowohl-als-auch“ gilt: sowohl etwas, was nicht im engeren Sinne unter das klassische Verständnis von Richtlinienpsychotherapie fällt, aber eben auch jene Interventionen oder jene Behandlungen, die darunterfallen. Das ist beides. Es wird nur gesagt: nicht notwendigerweise das, was im engeren Sinne gemeint ist.

Ihre zweite Frage lässt sich leicht beantworten. Da das gängige Verständnis der Richtlinie bislang bei den meisten so war, dass Tabakabhängigkeit als alleinige Diagnose keine Behandlungsindikation laut Richtlinie ist, haben wir diese Patienten bisher gar nicht in der ambulanten Versorgung gehabt.

Man muss auch sagen, dass diese Patienten ohnehin relativ selten zu den entsprechenden Versorgungsangeboten insgesamt kommen. Das gilt auch für Suchtberatungsstellen und was es sonst noch irgendwo im System gibt. Das ist keine Patientengruppe, die zu einer starken Inanspruchnahme von Leistungen tendiert. Sie wollen meistens auch mit ihrem Hausarzt gar nicht so lange über das Thema Rauchstopp sprechen. Es wird immer nur um eine kleine Teilgruppe gehen.

Bislang ist es sicherlich so gewesen, dass in den Köpfen der Patienten und der Psychotherapeuten das allein keine Indikation dargestellt hat und es im Gutachterverfahren abgelehnt worden wäre, wenn man eine Behandlung allein mit dieser Diagnose beantragt hätte. Sie selber sind ja Gutachterin und können insofern vielleicht einschätzen, ob Sie das genehmigt oder abgelehnt hätten.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Gibt es weitere Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Herr Harfst, ich darf mich herzlich bedanken, dass Sie heute zu uns gekommen sind. Ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg; Sie haben es ja nicht allzu weit. Das gilt für die nahe Zukunft. Für die weitere Zukunft wünsche ich Ihnen lesebereite Enkelkinder.

(Beifall)

Schluss der Anhörung: 11.34 Uhr