

**Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Präzisierung der Indikation „Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten“ und eine redaktionelle Änderung**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer  
vom 14. Januar 2011**

## Inhaltsverzeichnis

<b>I.</b>	<b>Allgemeine Bewertung.....</b>	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>Änderung § 22 Absatz 2 Nr. 1 der Psychotherapie-Richtlinie.....</b>	<b>5</b>
<b>III.</b>	<b>Änderung § 25 Abs. 1a der Psychotherapie-Richtlinie .....</b>	<b>15</b>
<b>IV.</b>	<b>Änderung § 23 Abs. 1 Nrn. 2 und 3 der Psychotherapie-Richtlinie.....</b>	<b>16</b>
<b>V.</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>17</b>

## I. Allgemeine Bewertung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt es ausdrücklich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Initiative der früheren Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Frau Sabine Bätzing, zur Verbesserung des Zugangs für Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung bzw. mit einem Substanzmissbrauch zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung aufgegriffen hat.

Dabei war es ein zentrales Anliegen der damaligen Drogenbeauftragten der Bundesregierung, dass für Patienten mit einer Substanzabhängigkeit nicht nur unter der Voraussetzung einer Abstinenz, sondern auch mit dem Ziel der Erreichung der Abstinenz eine psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie ermöglicht wird. Diese Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinie stellt insbesondere für die Gruppe der Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung, die einen Rückfall erlitten haben und im Falle einer zeitnahen Behandlung und Rückkehr zur Abstinenz keiner vorhergehenden Entgiftungsbehandlung bedürfen, eine wichtige Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung dar.

Aus Sicht der BPtK ist es positiv hervorzuheben, dass der G-BA das Anliegen der damaligen Drogenbeauftragten zum Anlass genommen hat, Fragen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit substanzbezogenen Störungen vor dem Hintergrund einer Expertenanhörung umfassender zu diskutieren. Hieraus hat der G-BA Vorschläge zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie entwickelt, die eine Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit substanzbezogenen Störungen befördern könnten. Dies gilt insbesondere für die Erweiterung des Indikationsspektrums um den schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen und die Erleichterung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, wenn die Abstinenz auch ohne eine Entgiftungsbehandlung erreicht worden ist oder innerhalb einer eng umgrenzten Zeit angestrebt wird.

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Nach den Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 liegen die Ein-Jahres-Prävalenzraten allein für Alkoholabhängigkeit bzw. Alkoholmissbrauch bei 2,4% bzw. 3,8% (Papst & Kraus, 2008). Dabei kommen psychische Begleiterkrankungen, insbesondere Angststörungen und affektive Störungen sehr häufig vor und implizieren einen besonderen Behandlungsbedarf (Schmidt et al., 2006). Zugleich ist aus den epidemiologischen und versorgungsepidemiologischen Untersuchungen bekannt, dass die Behandlungsraten bei Patienten mit substanzbezogenen Störungen gerade auch im Vergleich zu anderen psychischen Störungen gering ausfallen (Wittchen & Jacobi, 2001). So machen beispielsweise nach den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns Patienten mit der Diagnose einer alkoholbezogenen Störung (F10 nach ICD-10) in der ambulanten Psychotherapie lediglich einen Anteil von 0,5 bis 1% der behandelten Patienten aus. Das verdeutlicht, dass für Patienten mit substanzbezogenen Störungen zu hohe Barrieren für den Zugang zur ambulanten Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie bestehen und die daraus resultierende Unterversorgung eines der zentralen Versorgungsprobleme darstellt.

In dem vorliegenden Beschlussentwurf zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie wurden jedoch zugleich Vorgaben für die Versorgung dieser Patientengruppen vorgenommen, die dem eigentlichen Anliegen der Verbesserung der Versorgung entgegenstehen, zum Teil in sich nicht vollständig konsistent sind und in der Konsequenz zu einer unwirtschaftlichen Bürokratisierung der Antragsverfahren und der erforderlichen somatischen Mitbehandlung führen würden.

Daher unterbreitet die BPtK im Folgenden konkrete Änderungsvorschläge zu den einzelnen, im Beschlussentwurf des G-BA aufgeführten Änderungen, welche helfen sollen, die genannten Probleme zu vermeiden.

## **II. Änderung § 22 Absatz 2 Nr. 1 der Psychotherapie-Richtlinie**

Die vom G-BA im Beschlussentwurf vorgeschlagene Änderung des § 22 Abs. 2 Nr. 1 der Psychotherapie-Richtlinie beinhaltet eine Erweiterung der Indikation auf die gesamte Diagnosegruppe der „Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“. Diese Erweiterung ist sinnvoll, damit künftig auch bei Patienten mit einem Schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen eine ambulante psychotherapeutische Versorgung erfolgen kann.

### **Abstinenz als Behandlungsvoraussetzung nur bei Abhängigkeitserkrankungen**

Die in Nr. 1 beschriebene Einschränkung „auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz“ sollte für die Abhängigkeitserkrankungen gelten, da nur für diese Krankheitsbilder die Abstinenz als Therapieziel bzw. als Voraussetzung für eine längerfristige Behandlung gefordert werden kann. Für den schädlichen Gebrauch kann Abstinenz bzw. Suchtmittelfreiheit ein mögliches Therapieziel sein, muss es in vielen Fällen jedoch nicht und kann für manche Patientengruppen auch ein unrealistisches und unzweckmäßiges Ziel darstellen. Vorrangige Therapieziele bei Schädlichem Gebrauch psychotroper Substanzen sind nach Lindenmeyer (2005) vielmehr:

- Aufklärung des Patienten über langfristige Folgen des Konsums, die Mechanismen der Suchtentwicklung sowie die Motivation für einen veränderten Umgang mit dem Suchtmittel,
- Ermittlung eines individuellen Risikoprofils zur Unterscheidung von problematischen und weniger problematischen Konsumsituationen und Konsumverhalten des Betroffenen,
- Entwicklung von individuellen Veränderungszielen hinsichtlich des künftigen Konsums,
- Aufbau von Bewältigungsfähigkeiten von problematischen Konsumsituationen,
- Reduktion des Schadens durch den schädlichen Gebrauch.

Daher sollte bei der Indikation „Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen“ auf eine Beschränkung auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz verzichtet werden.

Auch in den Tragenden Gründen wird hierzu entsprechend ausgeführt: „die Vorgaben zur Abstinenz bzw. Suchtmittelfreiheit beziehen sich dagegen lediglich auf das Abhängigkeitssyndrom (Substanzabhängigkeit)“.

Diese fachlich erforderliche Klarstellung sollte jedoch nicht nur in den Tragenden Gründen erfolgen. Vielmehr sollten in dem Richtlinien text selbst die Behandlungsvoraussetzungen für die ambulante Psychotherapie bei diesen Patientengruppen eindeutig beschrieben sein. Sowohl für Psychotherapeuten, Ärzte und Patienten als auch für die Krankenkassen und deren Mitarbeiter ist diesbezüglich eine Rechtsklarheit auf der Grundlage der Psychotherapie-Richtlinie erforderlich, die kein zusätzliches Studium der Tragenden Gründe zu einzelnen Entscheidungen zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie voraussetzt. Daher sollte die Änderung des § 22 Abs. 2 Nr. 1 an dieser Stelle wie folgt formuliert werden:

- 1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, **im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen** beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz.

### **Positive Behandlungsprognose anstelle einer Erfolgsgarantie**

Der Beschlussentwurf des G-BA hat ausweislich der Tragenden Gründe zum Ziel, dass auch Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung, die zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns noch nicht abstinent sind, eine ambulante psychotherapeutische Behandlung beginnen können, wenn bestimmte Bedingungen gegeben sind. Nach der Intention dieser Öffnungsklausel ist eine Behandlung dann möglich, wenn die Erreichung der Abstinenz mit einer begrenzten Zahl von Interventionen erreicht werden soll und hierfür eine positive Behandlungsprognose besteht. Andernfalls ist in der Regel zunächst eine Entgiftungsbehandlung durchzuführen, ehe mit der erforderlichen Erfolgswahrscheinlichkeit eine ambulante Psychotherapie durchgeführt werden kann. Das ist für die meisten Abhängig-

keitserkrankungen eine sinnvolle Maßgabe. Diese Bedingungen wurden jedoch in dem Beschlusssentwurf so formuliert, dass für den Beginn der Behandlung eine Erfolgsgarantie vorausgesetzt wird, in dem Sinne dass nach maximal zehn Behandlungsstunden tatsächlich eine Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz erreicht wird. Eine hundertprozentige Erfolgsprognose kann jedoch in der psychotherapeutischen Versorgung wie auch in den anderen Bereichen der Medizin praktisch nicht gestellt werden. Daher sollte an dieser Stelle analog der Formulierung in § 22 Abs. 3 Nr. 1 der Psychotherapie-Richtlinie § 22 Abs. 2 Nr. 1a Satz 2 folgendermaßen formuliert werden:

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 wird~~ **erwartet werden kann**.

Diese Formulierung verdeutlicht, dass es hier um die Feststellung einer günstigen Prognose für den mittelfristigen Behandlungsverlauf geht. So wäre auch ausgeschlossen, dass die Genehmigung einer durchgeführten psychotherapeutischen Behandlung wegen des Nichterreichens des Therapieziels der Abstinenz zu dem definierten Zeitpunkt von zehn Behandlungsstunden rückwirkend wieder aufgehoben und die Therapie ggf. nicht honoriert wird.

### **Sonderfall Medikamentenabhängigkeit**

In diesem Zusammenhang möchte die BPTK zugleich darauf hinweisen, dass die Vorgabe einer kurzfristig, innerhalb von maximal zehn Behandlungsstunden zu erreichende Abstinenz für die Abhängigkeit von Substanzen, wie z. B. Alkohol, Heroin oder Kokain, zwar sachgerecht erscheint, sich für Medikamentenabhängigkeit z. B. von Benzodiazepinen jedoch als unangemessen und unrealistisch darstellt. Bei Patienten mit einer Medikamentenabhängigkeit muss die Entzugsbehandlung in der Regel viel stärker mit der psychotherapeutischen Behandlung einhergehen, um eine Behandlungsmotivation aufzubauen und zu stabilisieren und einen Behandlungserfolg erst zu ermöglichen (Elsesser & Sartory, 2001). Die Entzugsbehandlung kann bei dieser Patientengruppe auch deutlich länger

als die im Beschlussentwurf definierten zehn Behandlungsstunden dauern, weil die Arzneimittel zumeist ausschleichend abgesetzt werden müssen. Dies gilt nicht zuletzt auch für den großen Teil der Patienten, die zusätzlich unter komorbiden psychischen Störungen, insbesondere Angststörungen und depressiven Störungen leiden, deren Symptomatik in der Entzugsphase erheblich exazerbieren kann. Die S2-Leitlinie Medikamentenabhängigkeit der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie empfiehlt daher auch, dass während und nach der Entzugsbehandlung eine eigenständige Behandlung der komorbiden Störung durchgeführt wird.

Daher sollte die Indikation Medikamentenabhängigkeit von einer zu erwartenden Abstinenz spätestens bis zum Ende der zehn Behandlungsstunden als Voraussetzung für den Beginn einer ambulanten Psychotherapie explizit ausgenommen werden. Hierzu könnte folgender Satz 3 neu eingefügt werden:

***Ausgenommen von dieser Voraussetzung ist die Indikation „Abhängigkeit von Medikamenten“.***

### **Nachweis der Abstinenz**

Kritisch zu bewerten ist aus Sicht der BPtK darüber hinaus Satz 3 der Neuformulierung des § 22 Abs. 2 Nr. 1a Psychotherapie-Richtlinie. Dabei ist es unstrittig, dass bei der Behandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen regelmäßig das Erreichen bzw. die Aufrechterhaltung der Abstinenz zu prüfen und zu dokumentieren ist. Auch sollte der behandelnde Psychotherapeut bei der Behandlung dieser Patientengruppe in besonderer Weise die Kooperation mit einem somatisch mitbehandelnden Arzt suchen. In diesem Zusammenhang kommt es bereits heute regelhaft auch zur wiederholten Kontrolle der verschiedenen Laborparameter, die einen Aufschluss über den Verlauf der Abhängigkeitserkrankungen und der damit in Zusammenhang stehenden somatischen Erkrankungen geben (z. B.  $\gamma$ -GT).

### Nachweis der Abstinenz über Zweitmeinungsverfahren

Problematisch ist die Vorgabe in Satz 3, dass Suchtmittelfreiheit nach Ablauf von zehn Behandlungsstunden durch eine nicht von der Therapeutin oder von dem



Therapeuten selbst ausgestellte ärztliche Bescheinigung und entsprechende Laborwerte zu dokumentieren ist. Der explizite Ausschluss, dass eine solche ärztliche Bescheinigung von dem behandelnden (ärztlichen) Psychotherapeuten selbst ausgestellt wird, stellt aus Sicht der BPtK ein Misstrauensvotum gegenüber dieser Leistungserbringergruppe dar, die nicht zu rechtfertigen ist. Gesetzt den Fall, man folgte der Annahme, dass die Indikation „Abhängigkeitserkrankungen“ einer besonderen Überprüfung des kurzfristigen Erreichens der Behandlungsvoraussetzungen bedarf, wenn zu Behandlungsbeginn noch keine Suchtmittelfreiheit vorgelegen hat und diese Überprüfung auch auf der Basis geeigneter Laborparameter erfolgen kann und soll, dann ist nicht nachzuvollziehen, warum diejenigen ärztlichen Psychotherapeuten, die hinsichtlich ihrer Qualifikation und Praxisausstattung auch in der Lage sind, die erforderlichen Laboruntersuchungen zu veranlassen und zu interpretieren, nicht selbst die geforderten Bescheinigungen ausstellen können. Es ist nicht nachvollziehbar, warum für diese besondere Behandlungssituation, und nur für diese, die Einholung einer dann wiederum auch maßgeblichen Zweitmeinung obligatorisch vorgeschrieben wird. Dies wäre nur zu rechtfertigen, wenn es in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bei dieser spezifischen Indikation ein erhebliches Qualitätsdefizit im Sinne einer Fehlversorgung der Patienten gibt. Uns sind allerdings keine entsprechenden Belege für eine solche Fehlversorgung bekannt, bei der ärztliche Psychotherapeuten trotz des auf der Basis von Laborparametern nachgewiesenen fortgesetzten Konsums die ambulante Psychotherapie über einen längeren Zeitraum fortgeführt haben. Auch in den Tragenden Gründen findet sich keine Argumentation, welche die Einführung eines solchen Zweitmeinungsverfahrens begründen könnte.

### Nachweis der Abstinenz über Laborparameter

Darüber hinaus muss in Frage gestellt werden, ob tatsächlich geeignete Biomarker existieren, die in der Routineversorgung für die hier bestehende Fragestellung des Erreichens der Suchtmittelfreiheit zur zehnten Behandlungsstunde eine valide Aussage erlauben. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass es hier um eine Patientengruppe geht, die zu Behandlungsbeginn und ggf. noch bis zur neunten Behandlungsstunde weiterkonsumiert hat.

Diese besonderen Bedingungen implizieren zudem hohe Anforderungen an die Laborparameter, die nach der Vorstellung des G-BA zum Nachweis der Erreichung der Suchtmittelfreiheit herangezogen werden sollen. Da es sich um eine Patientengruppe handelt, die zu Behandlungsbeginn noch konsumiert hat und innerhalb von maximal zehn Behandlungsstunden die Abstinenz erreicht haben soll, ist das Zeitfenster für die Untersuchung relativ eng definiert. Der Biomarker muss demnach eine hohe Sensitivität und Spezifität für den Konsum einer bestimmten psychotropen Substanz in einem Zeitfenster von wenigen Tagen bis zu maximal zwei Wochen aufweisen, um seine diagnostische Funktion erfüllen zu können. Parameter, die eher einen Indikator für den längerfristigen Konsum und ggf. deren körperliche Folgen darstellen, sind hierfür ungeeignet. Aber auch für Parameter, die eher den kurzfristigen Konsum in den letzten Tagen abbilden, bestehen in der Regel erhebliche Einschränkungen hinsichtlich Sensitivität und Spezifität.

Dies soll im Folgenden anhand der verschiedenen potentiellen Laborparameter zum Nachweis der Alkoholabstinenz verdeutlicht werden:

Das Enzym Gamma-Glutamyl-Transferase ( $\gamma$ -GT) gelangt bei Schädigung der Leber ins Blut und ist ein indirekter Indikator für einen erhöhten, leberschädigenden Alkoholkonsum.  $\gamma$ -GT-Werte steigen jedoch erst bei einer länger andauernden Trinkphase an und fallen bei Abstinenz erst langsam wieder ab. Darüber hinaus gibt es für das  $\gamma$ -GT eine Reihe von möglichen Ursachen für falsch positive Werte. Die Sensitivität von Aspartat-Aminotransferase (AST), Alanine-Aminotransferase (ALT) oder des Mikrokorpuskulären Volumens der Erythrozyten (MCV) wird sogar als noch niedriger eingestuft als das der  $\gamma$ -GT (Litten et al. 2010). Carbohydrat-Defizientes Transferring (CDT bzw. %CDT) spricht zwar bereits bei einer relativ geringen Trinkdauer von weniger als 14 Tagen an, allerdings zeigt ein großer Teil der Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit keine erhöhten Werte (Lindenmeyer et al. 2005). Besser geeignet ist dagegen der direkte Alkoholmetabolit Ethylglucuronid (EtG), der allerdings nur den Konsum in den letzten Tagen vor der Untersuchung erfasst (im Urin bis zu 80 Stunden nach Konsum nachweisbar) und ausgesprochen störanfällig ist gegenüber einer Reihe von Faktoren, wie z. B. der Anwendung alkoholhaltiger Hautpflegemittel. Ein po-

sitives EtG-Testergebnis ist daher vorsichtig zu interpretieren. Insgesamt wird daher der Nutzen der Laborparameter bei der Identifikation von kurzfristigem Alkoholkonsum als begrenzt eingeschätzt. Sie eignen sich vor allem im längerfristigen Verlauf, um das klinische Bild der Alkoholabhängigkeit abzurunden. Bei der Behandlung von Patienten mit einer Drogenabhängigkeit eignen sich Urinanalysen vor allem für die Detektion eines Opioid- oder Kokain-Gebrauchs in den letzten Tagen vor der Untersuchung (National Collaborating Centre for Mental Health, 2008). Für den Konsum von Cannabis sind die Testverfahren dagegen deutlich weniger sensitiv. Konfirmatorische Untersuchungen zu Drogenscreenings im Strafvollzug erbrachten für Benzodiazepine mit 70 Prozent Übereinstimmung und Amphetamine mit 50 Prozent Übereinstimmung noch ungünstigere Ergebnisse (HM Prison Service, 2005). Dabei stellt sich auch die Frage, ob der mögliche Nutzen von Laborparametern in der Abstinenzprüfung im Rahmen der ambulanten Psychotherapie nicht gemindert wird, wenn diese in exponierter Form nur zu einem einmaligen Zeitpunkt zum Tragen kommen. So könnten beispielsweise wiederholte Atemalkoholkontrollen im Verlauf der ambulanten Behandlung eine sinnvolle und wirksamere Intervention darstellen, um die Abstinenz des Patienten sicherzustellen. Daher sollte es dem fachlichen Ermessen des behandelnden Psychotherapeuten überlassen bleiben, welche zusätzlichen Maßnahmen er vor dem Hintergrund der jeweils vor Ort bestehenden Versorgungsstrukturen für die Sicherstellung der Abstinenz des Patienten ergreift.

### Fragliche Kosten-Nutzen-Relation

Neben der eingeschränkten Validität von Laborparametern zur Überprüfung der Abstinenz stellt sich auch die Frage nach der Kosten-Nutzen-Relation eines solchen Verfahrens. Die Bescheinigung der Abstinenz durch einen Arzt soll für eine bestimmte Subgruppe von Patienten verhindern, dass eine Psychotherapie auch ohne Erreichen von Suchtmittelfreiheit über die zehnte Behandlungsstunde hinaus weitergeführt wird. Eine an aktuellen wissenschaftlichen Standards orientierte psychotherapeutische Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen macht bei den psychotropen Substanzen (außer Medikamenten) Abstinenz zur Bedingung. Es kann vorausgesetzt werden, dass sich Psychotherapeuten an diesen Standards orientieren und diese bei der Frage nach der Weiterführung einer Behandlung ausreichend berücksichtigen. Der Anteil an Psychotherapien, der kontraindi-

ziert ohne das Erreichen von Suchtmittelfreiheit weitergeführt wird, ist deshalb als gering einzustufen und steht in keinem Verhältnis zum Aufwand und zu den Kosten, die eine regelhafte Überprüfung von Laborparametern zur Feststellung der Abstinenz bedeuten würde.

Aus den bis hier genannten Gründen halten wir es für ausreichend, wenn das Erreichen der Abstinenz nach Ablauf der zehn Behandlungsstunden und darüber hinaus in den Behandlungsunterlagen des Psychotherapeuten dokumentiert werden muss.

Die BPTK schlägt deshalb vor, im § 22 Abs. 2 Nr. 1a Psychotherapie-Richtlinie den zweiten Abschnitt wie folgt zu ändern:

Die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist durch ~~eine nicht von der Therapeutin oder dem Therapeuten selbst ausgestellte ärztliche Bescheinigung und entsprechende Laborwertete~~ **die Therapeutin oder den Therapeuten in den Behandlungsunterlagen zu dokumentieren.**

Zusammenfassend ergibt sich aus unseren Änderungsvorschlägen folgende Neufassung des § 22 Abs. 2 Nr.1a:

1a. 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 wird~~ **erwartet werden kann. Ausgenommen von dieser Voraussetzung ist die Indikation „Abhängigkeit von Medikamenten“.**

Die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist durch ~~eine nicht von der Therapeutin oder dem Therapeuten selbst ausgestellte ärztliche Bescheinigung und entsprechende Laborwertete~~ **die Therapeutin oder den Therapeuten in den Behandlungsunterlagen zu dokumentieren.**

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.

### **Befugnis zur Überweisung**

Unabhängig von den bereits ausgeführten Gründen, die gegen eine Überprüfung der Abstinenz durch eine Zweitmeinung und entsprechende Laborparameter sprechen, ist dieser Vorschlag insoweit unvollständig, als dass er die bestehenden Beschränkungen des Bundesmantelvertrages nicht berücksichtigt. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind nach § 24 Abs. 11 Bundesmantelvertrag bisher nur im Rahmen des Konsiliarverfahrens nach der Psychotherapie-Richtlinie zur Überweisung berechtigt. Die Psychotherapie-Richtlinie sieht dabei lediglich die Einholung eines Konsiliarberichts während oder spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen vor. Diese Einschränkung der Überweisungsbefugnis ist nicht sachgerecht und erschwert eine intensivere Kooperation zwischen den Berufsgruppen unnötig. Neben dem Bereich der Suchterkrankungen ist eine enge Kooperation beispielsweise auch bei somatoformen Störungen und allen Störungen in Verbindung mit körperlichen Faktoren, wie z. B. Essstörungen, indiziert. Es wäre deshalb grundsätzlich empfehlenswert, diese Einschränkung im Bundesmantelvertrag aufzuheben. Bis dies geschieht, sollte der G-BA jedoch zumindest seinen Entscheidungsspielraum dahingehend nutzen, das Konsiliarverfahren im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie so zu erweitern, dass Überweisungen auch im

Laufe einer psychotherapeutischen Behandlung ermöglicht werden. Hierzu schlagen wir die Ergänzung des § 24 Psychotherapie-Richtlinie um einen neuen Absatz 5 vor:

***(5) Zur Einholung von für die Therapie notwendigen somatischen Diagnosen und Befunden überweist der Psychologische Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut den Patienten auch während einer laufenden psychotherapeutischen Behandlung an einen Arzt.***

### **Psychotherapie bei gleichzeitiger substitutionsgestützter Behandlung**

Die in § 22 Absatz 2 Nummer 1b zur Anwendung der Psychotherapie bei psychischen und Verhaltensstörungen durch Opiode und gleichzeitige substitutionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ vorgeschlagene Beschränkung auf den Zustand der Beigebrauchsfreiheit und die Maßgabe einer regelmäßigen Zusammenarbeit und Abstimmung mit der substituierenden Ärztin oder dem Arzt ist aus unserer Sicht sachgerecht.

### III. Änderung § 25 Abs. 1a der Psychotherapie-Richtlinie

Die vorgeschlagene Ergänzung des § 25 ist laut Tragenden Gründen eine Folge der vorgeschlagenen Änderung des § 22 Abs. 2 Nr. 1a. Aus der Perspektive der BPTK ergibt sich dagegen keine Notwendigkeit, die Regelungen des Antragsverfahrens in § 25 der Psychotherapie-Richtlinie zu ergänzen, da mit der vorgeschlagenen Ergänzung des Absatzes 1a in § 25 eben kein eigener Antragsschritt definiert wird.

Vielmehr wiederholt der neue Absatz 1a des § 25 die Präzisierungen der Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ in § 22 Abs. 2, ohne einen neuen Handlungsschritt zu beschreiben, der Folge dieser Regelung wäre. Zudem beschränkt sich die im Beschlussentwurf enthaltene Änderung zum Antragsverfahren auf die Fortsetzung der Kurzzeitpsychotherapie nach Ablauf von zehn Behandlungsstunden bei Erreichen der Suchtmittelfreiheit. Somit ergäbe sich eine Regelungslücke für die Fortführung einer beantragten Langzeitpsychotherapie bei denjenigen Patienten, bei denen aufgrund ihrer Morbidität schon zu Behandlungsbeginn absehbar ist, dass sie eine Langzeitbehandlung benötigen. Nach Einschätzung der BPTK wäre an dieser Stelle eine Differenzierung zwischen Kurz- und Langzeitpsychotherapie ohnehin verzichtbar, da die Maßgabe der Abstinenz nach zehn Behandlungsstunden sowohl für eine beantragte Kurzzeitpsychotherapie als auch für eine beantragte Langzeitpsychotherapie gilt. Schließlich ist noch anzumerken, dass der Verweis in § 25 Abs. 1a auf die Indikation in § 22 Abs. 2 Nr. 1a zu global wäre, da die Regelung für den Nachweis der Abstinenz spätestens nach der zehnten Behandlungsstunde ausschließlich für diejenigen Patienten gelten soll, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden und zugleich bei Behandlungsbeginn noch nicht abstinent waren. Bei Patienten mit Schädlichem Gebrauch und zu Behandlungsbeginn abstinenten Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung, die ebenfalls unter § 22 Abs. 2 Nr. 1a subsummiert sind, dürfte die Regelung des § 25 Abs. 1a ohnehin nicht zur Anwendung kommen.

Die BPTK schlägt daher vor, auf einen ergänzenden Absatz 1a zum Antragsverfahren in § 25 vollständig zu verzichten.

## IV. Änderung § 23 Abs. 1 Nrn. 2 und 3 der Psychotherapie-Richtlinie

Die BPTK stimmt der Auffassung des G-BA zu, dass die vorgeschlagenen Änderungen des § 23 Abs. 1 Nrn. 2 und 3 der Psychotherapie-Richtlinie mit Beschluss des G-BA vom 20.12.2007 bereits als Präzisierungen zur Kurzzeittherapie vorgenommen worden waren. Diese Präzisierungen dienten seinerzeit dazu klarzustellen, dass vor dem Hintergrund der bisherigen Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie in der Psychotherapie-Vereinbarung in der Psychotherapie-Richtlinie keine analytische Kurzzeittherapie vorgesehen ist. Diese Präzisierungen sind mit dem Beschluss des G-BA vom 17. Juli 2008 versehentlich wieder entfallen. Vor diesem Hintergrund ist das Anliegen des G-BA nachvollziehbar, diesen redaktionellen Fehler mit dieser Richtlinienänderung korrigieren zu wollen. Aus Sicht der BPTK sollte hierbei jedoch die Gelegenheit genutzt werden, Mängel in der Formulierung zu korrigieren. Zu diesem Zweck sollte § 23 a Abs. 1 Nrn. 2 und 3 Psychotherapie-Richtlinie wie folgt geändert werden:

2. Kurzzeittherapie bis 25 Stunden als Einzeltherapie in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und/oder der Verhaltenstherapie auch in halbstündigen Sitzungen mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (Antragsverfahren mit Begutachtung, sofern für die Therapeutin oder den Therapeuten keine Befreiung gemäß § 26a gilt).

3. Kurzzeittherapie bis 25 Stunden als Gruppentherapie (als tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie nur bei Erwachsenen und Jugendlichen und/oder der Verhaltenstherapie **als verhaltenstherapeutische Gruppentherapie**) (Antragsverfahren mit Begutachtung, sofern für den Therapeuten keine Befreiung gemäß Abschnitt F III.2. gilt).



## V. Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2006). S2-Leitlinie Medikamentenabhängigkeit (Sedativa-Hypnotika, Analgetika, Psychostimulantien). AWMF-Leitlinien-Register Nr. 076/009, Online im Internet: URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-009\\_S2\\_Medikamentenabhaengigkeit\\_05-2006\\_05-2011.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-009_S2_Medikamentenabhaengigkeit_05-2006_05-2011.pdf)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2009). Jahrbuch Sucht 2009. Geesthacht: Neuland.
- Elsesser, K. & Sartory, G. (2001). Medikamentenabhängigkeit. Reihe „Fortschritte der Psychotherapie“ Band 12. Göttingen: Hogrefe.
- HM Prison Service (2005). Prison Service Order 3601: Mandatory Drug Testing. London: HM Prison Service.
- Lindenmeyer, J. (2005). Alkoholabhängigkeit. Reihe „Fortschritte der Psychotherapie“ Band 6. Göttingen: Hogrefe.
- Litten, R. Z., Bradley, A. M. & Moss, H. B. (2010). Alcohol biomarkers in applied settings: recent advances and future research opportunities. *Alcohol Clin Exp Res*, 34(6), 955-967.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2008). Opioid detoxification. National Clinical Practice Guideline Number 52. Online im Internet: URL: [http://www.nccmh.org.uk/downloads/Drugmisuse\\_opioid/CG52fullguideline.pdf](http://www.nccmh.org.uk/downloads/Drugmisuse_opioid/CG52fullguideline.pdf)
- Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S36-S46.
- Schmidt, L., Gastpar, M., Falkai, P. & Gaebel, W. (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Ärzte-Verlag.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.