



## Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V  
Unterausschuss  
Psychotherapie

Besuchsadresse:  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit  
Frau Dr. Josephine Tautz  
Leiterin des Referats 213  
Friedrichstr. 108  
11055 Berlin

### nachrichtlich

- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Psychotherapie

vorab per E-Mail am 19. August 2016 an  
[213@bmg.bund.de](mailto:213@bmg.bund.de)

Internet:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Unser Zeichen:  
KDe/MHe

Datum:  
19. August 2016

## **Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 16. Juni 2016 über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL): Strukturreform der ambulanten Psychotherapie**

Sehr geehrte Frau Dr. Tautz,

wir danken für Ihr Schreiben vom 1. August 2016, in dem Sie uns um ergänzende Stellungnahme zum o.g. Beschluss des G-BA bitten. Ihrer Anfrage komme ich als Vorsitzender des fachlich zuständigen Unterausschusses Psychotherapie gern nach und nehme hierzu wie folgt Stellung:

### **Zu I. Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden**

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bittet um Stellungnahme,

1. wie der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung erfüllt und eine ausreichende Versorgung mit psychotherapeutischen Sprechstunden – auch im Hinblick auf die Umsetzung des § 75 Absatz 1a Satz 13 SGB V zur Vermittlung von Terminen für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden durch die Terminservicestellen – gewährleistet werden soll und
2. welche Inhalte in der individuellen Patienteninformation enthalten sein sollen und ob es sich bei der näheren Bestimmung der Inhalte der Individuellen Patienteninformation um einen wesentlichen Gegenstand des Regelungsauftrages nach § 92 Absatz 6a SGB V handelt und somit vom G-BA geregelt werden müsste.

Zu Nr. 1:

In Ihrem Schreiben führen Sie an, dass – ausgehend von den im Rahmen der Bürokratiekostenermittlung zu Grunde gelegten Zahlen – rein rechnerisch ein Angebot an psychothe-

rapeutischen Sprechstunden in der Größenordnung von etwa 10.000 Sprechstunden à 50 Minuten pro Woche erforderlich ist. Basierend auf der Regelung in § 11 Absatz 14 der PT-RL, nach der jeder Therapeut oder jede Therapeutin, der/die eine Sprechstunde anbietet, mindestens zwei Sprechstunden pro Woche erbringen muss sowie einer Gesamttherapeutenanzahl in Höhe von über 28.000, zeigt sich, dass bereits ein Anteil von nur 20% der insgesamt tätigen Therapeutinnen und Therapeuten den o.g. Bedarf erfüllen würde. Es erschiene lebensfremd anzunehmen, dass ein geringerer Anteil an Therapeutinnen und Therapeuten die Psychotherapeutischen Sprechstunden anbieten werden, insbesondere da dies ab dem 1. April 2017 der ausschließliche Weg in die Psychotherapie sein wird; letzteres spricht auch dafür, dass bereits zu diesem Zeitpunkt ein hinreichendes Angebot an Psychotherapeutischen Sprechstunden vorhanden sein wird. Dies wird gestützt durch erste orientierende Befragungen von Therapeutinnen und Therapeuten u.a. durch die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer. Zudem besteht bis zum 1. April 2017 ein ausreichender Vorlauf von sieben Monaten, innerhalb dessen die organisatorischen Voraussetzungen zur Erbringung der Sprechstunde geschaffen werden können.

Sie verweisen weiterhin auf die Umsetzung des § 75 Absatz 1a Satz 13 SGB V zur Vermittlung von Terminen für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden durch die Terminservicestellen. Auch hierzu kann auf die im vorangehend dargestellte hinreichend faktisch gesicherte Prognose einer ausreichenden Versorgung verwiesen werden. Sollte es dennoch in einzelnen Fällen dazu kommen, dass die Terminservicestellen angefragte Termine nicht an in der ambulanten Versorgung tätige Therapeutinnen und Therapeuten vermitteln können, würde der Bedarf an Psychotherapeutischen Sprechstunden durch die an der Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser sichergestellt werden. Daher sehen wir auch hier keine Gefährdung der Sicherstellung der Versorgung mit Psychotherapeutischen Sprechstunden.

Hinzu kommt, dass nach § 75 Absatz 1a Satz 16 SGB V die Kassenärztliche Bundesvereinigung insbesondere die Daten der fristgemäßen Vermittlung von Facharztterminen und die Häufigkeit der Inanspruchnahme jährlich an das BMG zu übermitteln hat. Sollte aus diesen Zahlen ersichtlich sein, dass durch die im Änderungsbeschluss zur PT-RL vorgesehene Regelung der Bedarf an psychotherapeutischen Sprechstunden entgegen der begründeten Erwartung nicht sichergestellt werden kann, so würde der G-BA im Rahmen seiner ihm als untergesetzlichem Normgeber obliegenden Beobachtungspflicht einen Änderungsbedarf an der PT-RL zeitnah prüfen; dabei könnte selbstverständlich eine Übergangsregelung oder eine Verpflichtung der Therapeutinnen und Therapeuten zur Erbringung der psychotherapeutischen Sprechstunde in Betracht kommen.

Zu Nr. 2:

Ihren Anregungen hinsichtlich einer Konkretisierung der Inhalte der Patienteninformation folgend, ist eine Ergänzung des Beschlusssentwurfes dahingehend vorgesehen, dass § 11 Absatz 15 Satz 1 PT-RL nun wie folgt lautet (*Ergänzung in Fettdruck*):

*„Die Patientin oder der Patient und, soweit erforderlich, die Sorgeberechtigten erhalten ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinientherapie („Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte“) sowie eine schriftliche Rückmeldung **in Form eines patientengerechten Befundberichts** zum Ergebnis der Sprech-*

stunde **mit Empfehlungen zum weiteren Vorgehen** („Individuelle Patienteninformation“).“

## **Zu II. Anzeigeverfahren für die Durchführung von Akutbehandlung**

Sie haben ferner um Erläuterung zum Zwecke des Anzeigeverfahrens, den in diesem Zusammenhang ggf. zu übermittelnden personenbezogenen Daten, der Erforderlichkeit einer Datenübermittlung sowie zu den Rechtsgrundlagen dieser Datenerhebung und -übermittlung gebeten.

In § 32 der PT-RL ist geregelt, dass die Therapeutin oder der Therapeut im Rahmen des Anzeigeverfahrens der Krankenkasse die Diagnose und das Datum des Behandlungsbeginns mitteilt. Dies dient der Prüfung der Leistungspflicht der jeweiligen Krankenkasse einschließlich der Prüfung hinsichtlich einer Parallelbehandlung. Es werden ausschließlich diese beiden Daten – ergänzt durch die Versichertennummer – an die Krankenkasse übermittelt. Die vorgenannten Daten werden den Krankenkassen gemäß § 295 SGB V ohnehin übermittelt und bedürfen keiner Zustimmung der Patientin oder des Patienten. Es handelt sich hierbei also lediglich um eine Verschiebung des Zeitpunktes der Übermittlung und keine zusätzliche Übermittlung von Patientendaten durch den Therapeuten oder die Therapeutin an die Krankenkasse.

## **Zu III. Gutachterverfahren im Rahmen der Beantragung von Kurzzeittherapie**

Auch bitten Sie um Stellungnahme, ob von der in der PT-RL grundsätzlich vorgesehenen Gutachterfreiheit für die Kurzzeittherapie nur in einem – ggf. noch näher zu definierenden – Ausnahmefall abgewichen werden kann oder ob die Kurzzeittherapie jederzeit unter Vorbehalt einer abweichenden Entscheidung der Krankenkasse gestellt werden kann und ob die gewählte Formulierung hinreichend klar und verständlich ist.

Ihren Ausführungen folgend, erscheint der Begriff „Ausnahmefälle“ in § 34 PT-RL missverständlich. Daher ist eine Änderung des Beschlusssentwurfes in § 34 Satz 1 PT-RL wie folgt vorgesehen: (*Ergänzung/Streichung in Fettdruck*):

*„Bei Psychotherapie gemäß § 15 sind Anträge auf Langzeittherapie **im Bericht an den Gutachter zu begründen; auf Anforderung der Krankenkassen in Ausnahmefällen nach § 13 Absatz 4 Satz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 15.01.2015** gilt dies **im Einzelfall** auch für Kurzzeittherapie.“*

## **Zu IV. Einführung von Dokumentationsbögen**

Sie bitten des Weiteren um Stellungnahme zu folgenden Fragen:

1. Welchen Zwecken sollen die Dokumentationsbögen generell dienen? Welchem Zweck dient die Übermittlung der Dokumentationsbögen an die Gutachterin bzw. den Gutachter? Sollen die Bögen insbesondere der Qualitätssicherung bzw. der Evaluation der

Kurz- und Langzeittherapie dienen oder soll der Zweck die „Evaluation der Bögen“ selbst sein?

2. Ist für den jeweiligen Zweck die Angabe der Versichertennummer und damit ein Personenbezug erforderlich oder ist eine Anonymisierung möglich? Die bisherige Verwendung der 7-stelligen Chiffre in den Formularen des Antrags- und Gutachterverfahrens diene nach hiesigem Verständnis einer Anonymisierung gegenüber dem Gutachter bzw. der Gutachterin. In diesem Zusammenhang wird der G-BA auch um Stellungnahme gebeten, zu welchem Zweck diese 7-stellige Chiffre dient und inwieweit dieses bisherige Chiffrierungsverfahren im Hinblick auf die Möglichkeit der Identifizierung des Versicherten als hinreichend sicher betrachtet wird.
3. Soweit der G-BA einen Personenbezug der vorgesehenen Dokumentationsbögen für notwendig hält, wird um Darlegung der Erforderlichkeit der einzelnen Daten für den jeweiligen nach Frage IV.1. genannten Zweck gebeten.
4. Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) hat in ihrer Stellungnahme zu dem Beschlussentwurf kritisiert, dass eine Regelung des Näheren zur Evaluation der Dokumentationsbögen durch die Bundesmantelvertragspartner jedenfalls in Bezug auf datenschutzrechtliche Regelungen nicht mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 und Absatz 6a SGB V vereinbar sei, wonach das Nähere durch den G-BA zu regeln sei. In der Dokumentation der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens durch den G-BA in den Tragenden Gründen finde sich hierzu lediglich die Aussage, der Unterausschuss Psychotherapie nehme die Ausführungen der BfDI zur Kenntnis und es erfolge keine Änderung am Beschlussentwurf (siehe Seite 318 der Tragenden Gründe). Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dieser Kritik der BfDI, insbesondere die Angabe der wesentlichen Gründe für die Nichtberücksichtigung der Einwände im Sinne von § 10 Absatz 3 1. Kapitel Verfahrensordnung (VerfO), werde in den Tragenden Gründen damit nicht dokumentiert. Der G-BA werde hierzu um Stellungnahme gebeten. In diesem Zusammenhang stelle sich auch die Frage nach einer Ermächtigungsgrundlage für die Bundesmantelvertragspartner zur Regelung der mit der Einführung der Dokumentationsbögen verfolgten Zwecke und der damit verbundenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten.

Zu 1.:

Die Dokumentationsbögen dienen der in der PT-RL geforderten Strukturierung der Behandlungsplanung. Sie stellen eine Konkretisierung der in § 37 PT-RL definierten sowie der ohnehin berufsrechtlich gebotenen Dokumentationspflichten dar. Die Befüllung des Dokumentationsbogens ist ein Vorgang, der unter Einbeziehung des Patienten durchgeführt wird. Die Patientenperspektive findet damit systematisch Eingang in die Behandlung. Da der Dokumentationsbogen zu Beginn und Ende der Behandlung verwendet wird, unterstützt er die gemeinsame Reflektion von Patient und Therapeut über Behandlungsverlauf und -ergebnis.

Die Dokumentationsbögen werden ausschließlich im Rahmen des Gutachterverfahrens an die Gutachterin oder den Gutachter übermittelt. Sie stellen systematisch wichtige Informationen zur Verfügung, die bisher von den Gutachterinnen und Gutachtern im Einzelfall erhoben oder nachgefragt werden mussten und dienen als wichtige Grundlage für ihre oder seine Empfehlung. Die Prüfung durch die Gutachterin oder den Gutachter erschöpft sich nicht

in einer formalen Prüfung, vielmehr ist es Aufgabe der Gutachterin oder des Gutachters, sich auf Grundlage der Aktensituation ein umfassendes Bild zu machen und „insbesondere zu prüfen, ob das beantragte Psychotherapieverfahren nach den Richtlinien anerkannt ist und im konkreten Behandlungsfall indiziert ist und ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt“ (§ 12 Psychotherapie-Vereinbarung). Die diesem Schreiben beigefügte Anlage erläutert das Erfordernis der Informationsübermittlung an die Gutachterin oder den Gutachter näher. Die Übermittlung der Dokumentationsbögen ist im Rahmen der Antragsstellung nur mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten möglich. Die Unterlagen werden den Krankenkassen nicht zugänglich gemacht.

Des Weiteren sollen die Dokumentationsbögen zur Evaluation der Psychotherapie genutzt werden (vgl. Ausführung zu Frage 2).

Zu 2.:

Die Krankenkassen sind verpflichtet, eine Leistungsgewährung auf ihre Rechtmäßigkeit zu überprüfen; dieses kann nur personenbezogen erfolgen. Auf eine Übermittlung der Versicherungsnummer an den Gutachter kann freilich verzichtet werden; diese ist für den Gutachter und seine Entscheidung nicht erforderlich, da die Quasi-Anonymisierung unter Verwendung der Chiffre in Verbindung mit der Zuordnung zu einem mit der Begutachtung betrauten Gutachter den Krankenkassen eine Einzelfallzuordnung ermöglicht, Dritte von der Möglichkeit einer solchen Zuordnung aber ausschließt. Das bewährte bisherige Verfahren kann somit beibehalten werden.

Im Rahmen der Evaluation werden nur nicht personenbezogene Daten übermittelt, so dass keine Rückschlüsse auf einzelne Patienten möglich sind. Es sind keine zusätzlichen Datenerhebungen im Rahmen der geplanten Evaluation vorgesehen. Dies wird bei der noch ausstehenden Beschlussfassung zur Evaluation berücksichtigt.

Zu 3.:

Hier verweisen wir auf die Ausführung in der beigefügten Anlage.

Zu 4.:

Die Auffassung der BfDI, „dass eine Regelung des Näheren zur Evaluation der Dokumentationsbögen durch die Bundesmantelvertragspartner jedenfalls in Bezug auf datenschutzrechtliche Regelungen nicht mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 und Absatz 6a SGB V vereinbar sei, wonach das Nähere durch den G-BA zu regeln sei“, ist nicht nachvollziehbar. Zwar ist gemäß § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V „das Nähere“ vom G-BA zu regeln. Dies bezieht sich jedoch allein auf die in Satz 1 genannten Regelungsgegenstände, also „die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die Probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung“. Die Aufgabe zur Regelung des Näheren der Evaluation ist hier offensichtlich nicht umfasst.

Da im Rahmen der Evaluation keine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten vorgesehen ist, bedarf es der angefragten Ermächtigungsgrundlage für entsprechende Regelungen durch die Partner der Bundesmantelverträge nicht.

#### **Zu V. Anforderungen an das Alter von Gutachtern**

Sie weisen darauf hin, dass die Regelung in § 35 Absatz 3 Nummer 7 der PT-RL, die vorsieht, dass die Gutachterin oder der Gutachter zu Beginn der Gutachtertätigkeit grundsätzlich nicht älter als 55 Jahre sein soll, unter dem Gesichtspunkt einer Ungleichbehandlung wegen Alters nicht mit den Vorgaben des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes vereinbar sei. Wir danken für diesen Hinweis und teilen mit, dass die Streichung der Regelung in § 35 Absatz 2 Nummer 7 der PT-RL vorgesehen ist.

#### **Zu VI. Hinweise auf offenbare Unrichtigkeiten**

Wir danken zudem für den Hinweis auf offenbare Unrichtigkeiten und teilen zur Klarstellung folgendes mit:

Zu 1.:

In § 20 Satz 1 Nummer 4 PT-RL ist die Ergänzung „*oder mehrerer Jugendlicher*“ vorgesehen.

Zu 2.:

In § 20 Satz 2 PT-RL ist die Streichung der Datumsangabe „*am 16.10.2015*“ vorgesehen.

Die Patientenvertretung trägt das Schreiben nicht mit. Es bestehen nach wie vor zu viele offene Fragen, die aus Sicht der Patientenvertretung im Schreiben nicht beantwortet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Harald Deisler  
Vorsitzender des  
Unterausschusses Psychotherapie

**Anlage**



## **Erläuterungen zum Zweck der Übermittlung der „Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie“ (Anlage 2 der Psychotherapie-Richtlinie, Vorabversion vom 16.06.2016) an die Gutachterin bzw. den Gutachter**

Der wesentliche Zweck der Übermittlung der Dokumentationsbögen zu Beginn einer gutachterpflichtigen Therapie ergibt sich aus den Aufgaben der Gutachterin bzw. des Gutachters. Diese sind in der Psychotherapie-Richtlinie und in der Psychotherapie-Vereinbarung festgelegt.

Gemäß § 34 der Psychotherapie-Richtlinie (Vorabversion vom 16.06.2016) hat sich die Gutachterin oder der Gutachter dazu zu äußern, ob die in der Richtlinie genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 12 Absatz 1 der Psychotherapie-Vereinbarung präzisiert dies wie folgt:

- „Das Gutachterverfahren dient dazu festzustellen, ob die in der Psychotherapie-Richtlinie und in dieser Vereinbarung niedergelegten Voraussetzungen für die Durchführung einer Psychotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sind. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob das beantragte Psychotherapie-Verfahren nach der Richtlinie anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert ist und ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt.“

Entsprechend den v. g. Vorgaben ist es also Aufgabe der Gutachterin bzw. des Gutachters, den konkreten Antrag auf ambulante Psychotherapie dahingehend zu prüfen, ob eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung i.S. der Psychotherapie-Richtlinie (Abschnitt D) vorliegt, ob die Indikation für eine Richtlinien-Psychotherapie gegeben ist, ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt und ob die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie bei Behandlungsplanung und -durchführung eingehalten werden. Die Bewertung der geplanten Behandlung im Hinblick auf Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit gehört ebenfalls zu den gutachterlichen Aufgaben (vorweggenommene Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 13 Abs. 5 Psychotherapie-Vereinbarung).

### 1. Verbesserung der Informationslage bei Gutachterentscheidung

Um diese komplexe und anspruchsvolle Aufgabe erfüllen zu können, benötigt die Gutachterin bzw. der Gutachter aussagekräftige Informationen über das Krankheitsbild der Patientin bzw. des Patienten, über dessen Entstehung und über die die Erkrankung aufrechterhaltenden und fördernden Bedingungen, sowie über die Behandlungsplanung und bei Verlängerungsanträgen auch über den bisherigen Behandlungsverlauf.

Die „Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie“ (nach Anlage 2 der Psychotherapie-Richtlinie, Vorabversion vom 16.06.2016) ergänzen den bisherigen Bericht der Therapeutin bzw. des Therapeuten an die Gutachterin bzw. an den Gutachter um für die Beurteilung relevante Informationen. Zweck der Übermittlung ist es somit, eine verbesserte Grundlage für die gutachterliche Bewertung zu schaffen.

### 2. Berücksichtigung der Patientenperspektive

Die bisherige gutachterliche Beurteilung beruhte auf einem Bericht der Therapeutin bzw. des Therapeuten über die Patientin bzw. den Patienten zu bestimmten Themen in freier Form, der in erster Linie die Sichtweise der Therapeutin bzw. des Therapeuten wiedergab.

Es ist vorgesehen, in den „Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie“ und auch systematisch die Patientenperspektive zu erheben (Definition der Therapieziele durch die Patientin bzw. den Patienten) und es werden standardisierte Messinstrumente (ICD-10-Symptom-Rating (kurz: ISR-Skala, Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 (MAS), Fragebogen zu Stärken und Schwächen SDQ)) verwendet, um objektivierbare Daten aus Patientenperspektive (bei Kindern und Jugendlichen auch aus Sicht der Bezugspersonen) zur aktuellen psychischen Symptomatik der Patientin bzw. des Patienten zu erhalten. Somit stünden der Gutachterin bzw. dem Gutachter nunmehr nicht mehr alleine die Sichtweise des Therapeuten, sondern zusätzlich auch systematisch erhobene Informationen von der Patientin bzw. vom Patienten direkt zur Verfügung.

Die in den „Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie“ erhobenen soziodemographischen Daten stellen eine systematisierte Zusammenfassung von Daten dar, die bereits jetzt – z.T. unsystematisch – erfasst werden oder aber durch individuelle Nachfragen der Gutachter bei den jeweils berichtenden Therapeuten bzw. den zuständigen Krankenkassen gesondert erhoben werden. Die vorgesehene systematische Zusammenfassung ermöglicht der Gutachterin bzw. dem Gutachter einen schnellen Überblick über äußere Bedingungen, die bei der Behandlungsplanung durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten zu berücksichtigen sind und den Behandlungsverlauf und den Behandlungserfolg beeinflussen können, und somit einen besseren Gesamteindruck vom Störungsbild der Patientin oder des Patienten ermöglichen.

### 3. Strukturierender Charakter des Dokumentationsbogens

Mit dem Einsatz des Dokumentationsbogens wird ein standardisiertes Set an objektivierbaren Informationen mit Eindrücken der Therapeutin oder des Therapeuten aus den probatorischen Sitzungen in Beziehung gesetzt und dem Gutachter übermittelt. Der Dokumentationsbogen dient aber nicht nur der Verbesserung der Informationslage des Gutachters und der Einbeziehung der Patientenperspektive, sondern führt schon bei der Planung der Therapie noch vor der Antragstellung zu größerer Klarheit seitens des Therapeuten über die gebotene Vorgehensweise (Behaltungsschritte und eingesetzte Methoden und Techniken). Zu erwarten sind hiermit auch wesentliche Verbesserungen der Strukturierungen der Behandlungsplanungen bei nicht mehr gutachterpflichtigen Kurzzeittherapien.

**Zusammengefasst** stellen die „Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie“ somit eine systematisierte Erfassung von für die Begutachtung relevanten Informationen zusätzlich zum Bericht der Therapeutin, des Therapeuten an den Gutachter dar. Sie sollen, der Gutachterin bzw. dem Gutachter dazu dienen, in Verbindung mit dem Bericht der Therapeutin bzw. des Therapeuten, die gutachterliche Entscheidung zu den Fragen, ob eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung i.S. der Psychotherapie-Richtlinie (Abschnitt D) vorliegt, ob die Indikation für eine Richtlinien-Psychotherapie gegeben ist, ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt und ob die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie bei Behandlungsplanung und -durchführung eingehalten werden, sowie ob die Behandlung zweckmäßig und wirtschaftlich ist, auf einer validen Informationsbasis zu treffen.

Zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags in § 92 Abs. 6a SGB V, das Nähere zu einem Gutachterverfahren zu regeln, dient derzeit die in der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehene schriftliche Erhebung von Informationen und deren Weiterleitung an eine Gutachterin bzw. an einen



Gutachter. Der Dokumentationsbogen trägt zur Verbesserung der Informationsgrundlage bei der Gutachterentscheidung bei.

Grundsätzlich könnte diese Verbesserung auch auf dem Weg einer persönlichen Untersuchung der Patientin bzw. des Patienten durch eine Gutachterin bzw. einen Gutachter erreicht werden. Da diese Alternative aber mit einer erheblichen Belastung der Patientinnen und Patienten verbunden ist sowie einem schnellen Zugang zur Psychotherapie entgegensteht, wurde die schriftliche Übermittlung von begutachtungsrelevanten Informationen gewählt. Die für diese Art der Begutachtung bestellten Gutachterinnen und Gutachter unterliegen dabei ebenso der Schweigepflicht wie bei einer persönlichen Begutachtung der Patientin bzw. des Patienten.

## **Erläuterungen zu den jeweiligen Items der „Dokumentationsbögen ambulante Psychotherapie“ (Anlage 2 der Psychotherapie-Richtlinie, Vorabversion vom 16.06.2016)**

Im Folgenden werden die einzelnen Items (die jeweilige Nummerierung wurde beibehalten) der Dokumentationsbögen Themenbereichen zugeordnet und dann ihre Bedeutung erläutert.

### ***I. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Erwachsene Behandlungsbeginn***

#### **Soziodemographische Daten**

(1. Geschlecht, 2. Sprachliche bzw. kulturelle Barrieren, 3. Jetzige berufliche Situation, 4. Höchster Schulabschluss)

Die Erhebung der v. g. soziodemographischen Daten dient zur Beurteilung der Therapiefähigkeit. Sie liefert Hinweise zu den Möglichkeiten des Beziehungsaufbaus und zur Reflektionsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten. Die Kenntnis der schulischen bzw. der beruflichen Situation dient der Einschätzung möglicher Ressourcen der Patientin bzw. des Patienten aufgrund der erreichten Position. Letzteres ist für die Auswahl von Therapiezielen, die vor diesem Hintergrund auch realistischer Weise erreicht werden können und die Behandlungsplanung, notwendig.

Das Item 2 (Sprachliche bzw. kulturelle Barrieren) gibt ggf. Hinweise auf Probleme der sprachlichen Verständigung zwischen Therapeut und Patient und der Erforderlichkeit von Kulturmittlung; diese können schon im Rahmen der Antragstellung deutlich werden und begründen im Einzelfall eine Verlängerung des beantragten Stundenkontingents.

#### **Sozialmedizinische Aspekte**

(5. Arbeitsunfähigkeit bei Therapiebeginn, 6. Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten, 7. Vorzeitige Berentung, 8. Rentenantrag bei Therapiebeginn gestellt)

Die v. g. sozialmedizinischen Aspekte sind geeignet, Hinweise auf mögliche mitverursachende Faktoren der psychischen Symptomatik zu geben; sie dienen zudem und helfen bei der Einschätzung der Ressourcen sowie bei der Formulierung der Therapieziele bzw. der Behandlungsplanung.

#### **Behandlungsvorgeschichte**

(9. Ambulante psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren, 10. Stationäre psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren, 11. Zuweiser)

Die Erhebung der v. g. Informationen ist erforderlich, um die Erfahrungen, die eine Patientin bzw. ein Patient in ambulanten oder stationären psychotherapeutischen Vorbehandlungen gemacht hat, reflektieren und in die aktuelle Therapieplanung, insbesondere mit Erwartungen an den aktuellen Therapeuten miteinbeziehen zu können.

#### **Geplante Behandlung sowie Diagnostik und Differenzialdiagnostik**

(12. Aktueller Behandlungsbeginn, 13. Eingesetztes Therapieverfahren, 14. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Therapiebeginn ICD-10-GM, 15. Sonstige neurologische/somatische Diagnosen bei Therapiebeginn ICD-10-GM, 16. Zusatzkodierungen bei Therapiebeginn ICD-10-GM, 17. Aktuelle psychopharmakologische Medikation, 18. Erfassung der Symptomatik bei Therapiebeginn)

Angaben zum eingesetzten Therapieverfahren sind erforderlich, um zu prüfen, ob es sich bei der geplanten Behandlung um ein in der Psychotherapie-Richtlinie zugelassenes Behandlungsverfahren handelt. Die Diagnostik dient dazu, festzustellen, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und um welche es sich dabei handelt. Differenzialdiagnostisch ist zu erheben, ob Medikamente eingenommen werden und/oder andere, somatische/neurologische Erkrankungen vorliegen, die ggf. die psychische Symptomatik und deren psychotherapeutische Behandlung beeinflussen können und, ob diese einer eigenständigen Behandlung im jeweiligen Fachgebiet bedürfen. Die Angabe der Diagnose/n als ICD-Kodierung ist in Deutschland verbindlich festgelegt.

„Psychotherapie i.S. der Richtlinien setzt eine Diagnostik voraus, „welche die jeweiligen Krankheitserscheinungen erklärt und zuordnet“ (§ 10 R). Eine Diagnostik nach der ICD-Klassifizierung ist notwendig, um zu prüfen, ob das betreffende Krankheitsbild in den Indikationsbereich der Richtlinien-Psychotherapie fällt (§ 22 R). Wegen der gewachsenen Bedeutung der Morbiditätsdokumentation als Grundlage für die Versorgungsplanung ist eine korrekte ICD-10 Diagnose ebenfalls unabdingbar. Wesentlich für die Diagnostik der Richtlinien-Psychotherapie ist allerdings auch, „dass der Krankheitszustand in seiner Komplexität erfasst wird, auch dann, wenn nur die Therapie eines Teilziels angestrebt werden kann“ (§ 10 R). Demnach muss die komplexe Pathogenese einer Erkrankung bei der Diagnostik hinreichend berücksichtigt werden und Besonderheiten des Krankheitsverlaufs Beachtung finden (z.B. Ersterkrankung, chronischer Verlauf oder chronisch-rezidivierender Verlauf). Die Erfassung der Komplexität eines Krankheitszustands ist auch eine wesentliche Voraussetzung für die Indikation und Differenzialindikation. Darüber hinaus ist eine verfahrensspezifische Diagnostik im Hinblick auf die Zielkriterien eines Behandlungsverfahrens sinnvoll.“ (Faber, Haarstrick, Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, 2015, S. 30).

Die ICD-10-Symptom-Rating ISR-Skala wird eingesetzt, um vorhandene psychische Symptome strukturiert und standardisiert zu erfassen und objektivierbar zu machen.

### **Behandlungsplanung**

(19. GAS bei Therapiebeginn)

Die Goal Attainment Scale (GAS) dient der strukturierten Erfassung von Behandlungszielen der Therapeutin bzw. des Therapeuten sowie der Patientin bzw. des Patienten. Durch den Einsatz dieses Instruments wird auch die Perspektive der Patientin bzw. des Patienten dokumentiert. Des Weiteren wird dadurch einen Austausch von Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut über die Therapieziele und deren Erreichung sowie die Behandlungsplanung unterstützt.

## ***II. Dokumentationsbogen ambulante Psychotherapie Kinder und Jugendliche Behandlungsbeginn***

### **Soziodemographische Daten**

(1. Geschlecht, 2. Sprachliche Barrieren, 3. Kulturelle Barrieren, 4. Wohnsituation, 5. Zur Zeit regelmäßige außerfamiliäre Betreuung vor dem Schuleintritt, 6. Bei Behandlungsbeginn besuchter Schultyp, 7. Jetzige berufliche Situation, 8. Anzahl der Geschwister, 9. Staatsangehörigkeit)

Die Erhebung der v.g. soziodemographischen Daten dient der zusätzlichen Beurteilung der Therapiefähigkeit. Sie liefert Hinweise zur sprachlichen Kommunikationsfähigkeit, zur familiären und interkulturellen Situation, zur kognitiven Entwicklung und Reflektionsfähigkeit sowie zur Betreuungssituation eines Kindes oder Jugendlichen. Die Kenntnis der schulischen bzw. der beruflichen Situation und der Wohnsituation dient der Einschätzung der sozialen Position und möglicher sozialer Ressourcen des Kindes oder Jugendlichen und der Ressourcen in der Familie bzw. der jeweiligen Bezugspersonen. Letzteres ist für die Behandlungsplanung bzw. Auswahl von Therapiezielen, die vor diesem Hintergrund realistisch angestrebt werden können, notwendig. Aufgrund der gegebenen Abhängigkeitsverhältnisse kommt den Bezugspersonen eine besondere Rolle bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu.

### **Behandlungsvorgeschichte**

(10. Ambulante psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren, 11. Stationäre psychotherapeutische Behandlung(en) in den letzten 5 Jahren, 12. Zuweiser)

Die Erhebung der v. g. Informationen ist erforderlich, um die Erfahrungen, die Kinder, Jugendliche oder Bezugspersonen in ambulanten oder stationären psychotherapeutischen Vorbehandlungen gemacht haben, zu reflektieren und in die aktuelle Therapieplanung mit einzubeziehen zu können.

### **Geplante Behandlung sowie Diagnostik und Differenzialdiagnostik**

(13. Aktuelle psychopharmakologische Medikation, 14. Aktueller Behandlungsbeginn, 15. Eingesetztes Therapieverfahren, 16. Behandlungsrelevante psychische Diagnosen bei Behandlungsbeginn, 17. Erfassung der Symptomatik mit dem Fragebogen zu Stärken und Schwächen)

Angaben zum eingesetzten Therapieverfahren sind erforderlich, um zu prüfen, ob es sich bei der geplanten Behandlung um ein in der Psychotherapie-Richtlinie zugelassenes Behandlungsverfahren handelt. Die Diagnostik dient dazu, festzustellen, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und um welche es sich dabei handelt. Differenzialdiagnostisch ist zu erheben, ob Medikamente eingenommen werden und/oder andere, somatische/neurologische Erkrankungen vorliegen, die ggf. die psychische Symptomatik und deren psychotherapeutische Behandlung beeinflussen können und, ob diese einer eigenständigen Behandlung im jeweiligen Fachgebiet bedürfen. Die Angabe der Diagnose/n als ICD-Kodierung ist in Deutschland verbindlich festgelegt. Bei Kindern und Jugendlichen müssen Entwicklungsaspekte berücksichtigt werden. Deshalb erfolgt die Diagnostik gemäß dem derzeitigen wissenschaftlichen Standard nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (MAS), welches verschiedene Entwicklungsbereiche eines Kindes oder Jugendlichen zur Beurteilung eines Gesamtbildes einer Störung berücksichtigt. Deshalb ist auch hier eine Verwendung dieses Instruments vorgesehen. Neben der Diagnose der psychischen Störung eines Kindes oder Jugendlichen soll eine Einschätzung, gegebenenfalls aufgrund diagnostischer Erhebungen, zum Entwicklungsstand von Motorik, Sprache und schulischen Teilleistungsstörungen gegeben werden. Es soll eine Einschätzung (gegebenenfalls Untersuchung) der Intelligenz eines Kindes oder Jugendlichen erfolgen, sowie eine Einschätzung sozialer, besonders familiärer Belastungsfaktoren und der eigenen Belastung des Kindes oder Jugendlichen durch

sein Krankheitsbild in der Gesamtentwicklung. Alle genannten Faktoren können eine psychische Erkrankung eines in Entwicklung befindlichen Kindes oder Jugendlichen beeinflussen und für die Planung und den Erfolg einer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen relevant sein. Da sich eine solche entwicklungsorientierte Diagnostik und Differenzialdiagnostik nicht in einer einzigen diagnostischen Bezeichnung wie einer ICD 10 Diagnose zusammenfassen lässt, besteht die Notwendigkeit für eine differenzierte Zuordnung verschiedener Entwicklungsbereiche eines Kindes oder Jugendlichen, wie dies in dem hier verwendeten Klassifikationsschema möglich ist..

„Psychotherapie i.S. der Richtlinien setzt eine Diagnostik voraus, „welche die jeweiligen Krankheitserscheinungen erklärt und zuordnet“ (§ 10 R). Eine Diagnostik nach der ICD-Klassifizierung ist notwendig, um zu prüfen, ob das betreffende Krankheitsbild in den Indikationsbereich der Richtlinien-Psychotherapie fällt (§22 R). Wegen der gewachsenen Bedeutung der Morbiditätsdokumentation als Grundlage für die Versorgungsplanung ist eine korrekte ICD-10 Diagnose ebenfalls unabdingbar. Wesentlich für die Diagnostik der Richtlinien-Psychotherapie ist allerdings auch, „dass der Krankheitszustand in seiner Komplexität erfasst wird, auch dann, wenn nur die Therapie eines Teilziels angestrebt werden kann“ (§10 R). Demnach muss die komplexe Pathogenese einer Erkrankung bei der Diagnostik hinreichend berücksichtigt werden und Besonderheiten des Krankheitsverlaufs Beachtung finden (z.B. Ersterkrankung, chronischer Verlauf oder chronisch-rezidivierender Verlauf). Die Erfassung der Komplexität eines Krankheitszustands ist auch eine wesentliche Voraussetzung für die Indikation und Differenzialindikation. Darüber hinaus ist eine verfahrensspezifische Diagnostik im Hinblick auf die Zielkriterien eines Behandlungsverfahrens sinnvoll.“ (Faber, Haarstrick, Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, 2015, S. 30).

Der Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ) wird eingesetzt, um vorhandene psychische Symptome, Verhaltensprobleme und Ressourcen strukturiert und standardisiert zu erfassen und objektivierbar zu machen. Dabei wird die Einschätzung des Kindes oder Jugendlichen selbst erfasst, aber auch die der engsten Bezugspersonen, wie z.B. der Eltern.

Diese standardisierte Erhebung der Symptombereiche und der erlebten Belastung des Kindes, Jugendlichen oder der Bezugspersonen unterstützt den Therapeuten bei der Gewichtung der Symptome und bei der Planung der Therapieziele.

### **Behandlungsplanung**

(18. GAS bei Therapiebeginn)

Die Goal Attainment Scale (GAS) dient der strukturierten Erfassung von Behandlungszielen der Therapeutin bzw. des Therapeuten, sowie Patienten oder Bezugspersonen. Durch den Einsatz dieses Instruments wird auch die Perspektive der Patienten oder Bezugspersonen berücksichtigt. Des Weiteren wird dadurch ein Austausch von Patientin oder Patient, ihren Bezugspersonen und Therapeutin oder Therapeutin über die Therapieziele und deren Erreichung initiiert.