



Zusammenfassende Dokumentation

Beratungsverfahren gemäß § 92 Absatz 6a i. V. m. § 135
Absatz 1 Satz 1 SGB V (vertragsärztliche Versorgung)

Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen als Psychotherapieverfahren

- Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit
- Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie

Vom 11. April 2024

Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de



Inhalt

A	Ergebnis der sektorenübergreifenden und damit einheitlichen Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit gemäß 2. Kapitel § 7 Abs. 1 lit a VerfO	6
A-1	Beschluss des Unterausschusses Methodenbewertung	6
A-2	Eckpunkte der Entscheidung	6
	A-2.1 Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens.....	6
	A-2.2 Sektorenübergreifende Bewertung der medizinischen Notwendigkeit	12
A-3	Fazit	14
B	Beschluss und Tragende Gründe zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie	15
B-1	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V	15
B-2	Anhang	15
	B-2.1 Auslöser des Methodenbewertungsverfahrens.....	15
	B-2.2 Ankündigung des Bewertungsverfahrens	15
	B-2.3 IQWiG-Beauftragung und -Abschlussbericht	15
C	Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens	16
C-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	16
C-2	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens	16
C-3	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	16
C-4	Übersicht	17
	C-4.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde	17
	C-4.2 Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisationen/Institutionen	18
C-5	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens	18
C-6	Schriftliche Stellungnahmen	19
	C-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen.....	19
	C-6.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen.....	33
C-7	Mündliche Stellungnahmen	34
	C-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten.....	34
	C-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren.....	35
	C-7.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen.....	36
C-8	Würdigung der Stellungnahmen	36
D	Anlagen	37
D-1	Antrag auf Bewertung der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen nach §§ 92 Absatz 6a i.V.m. 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V	37
D-2	Beschluss über die Einleitung des Beratungsverfahrens	37

D-3	Unterlagen zur Ankündigung des Bewertungsverfahrens.....	37
D-3.1	Bekanntmachung über die Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger (BAnz AT 26.08.2021 B4)	37
D-3.2	Fragebogen zur strukturierten Einholung erster Einschätzungen	37
D-3.3	Übersicht eingegangener Einschätzungen	37
D-3.4	Wortprotokoll zum Einschätzungsverfahren.....	37
D-3.5	Beschluss zur IQWiG-Beauftragung und Auftragskonkretisierung	37
D-4	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens.....	37
D-4.1	Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde	37
D-4.2	Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden	37
D-4.3	Darstellung der Änderungen im Richtlinien-Fließtext.....	37
D-4.4	Schriftliche Stellungnahmen.....	37
D-4.5	Mündliche Stellungnahmen: Wortprotokoll der mündlichen Anhörung.....	37
D-5	Beschluss	37
D-6	Tragende Gründe	37
D-7	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V	37

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BAnz	Bundesanzeiger
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PT-RL	Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie
RCT	Randomised Controlled Trial
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA MB	Unterausschuss Methodenbewertung
UA PPV	Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

A Ergebnis der sektorenübergreifenden und damit einheitlichen Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit gemäß 2. Kapitel § 7 Abs. 1 lit a VerFO

Der Unterausschuss Methodenbewertung übermittelt dem Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung zuständigkeitshalber das Ergebnis der sektorenübergreifenden und damit einheitlichen Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit als Grundlage für die Beratung der sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext gem. 2. Kap. § 7 Abs. 1 lit. b VerFO der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen als Psychotherapieverfahren.

A-1 Beschluss des Unterausschusses Methodenbewertung

Der Unterausschuss Methodenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses hat in seiner Sitzung am 13. Juli 2023 Folgendes beschlossen:

- I. Der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren werden für folgende Anwendungsbereiche der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) anerkannt:
 - Angststörungen und Zwangsstörungen
 - Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Hyperkinetische Störungen)
 - Essstörungen
 - Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Außerdem wurde ein Nutzen in Studien für gemischte Störungen nachgewiesen.

- II. Es liegen keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit und zum Schaden der Systemischen Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie vor.

A-2 Eckpunkte der Entscheidung

A-2.1 Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens

Die Bewertung des Nutzens der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren erfolgte insbesondere auf der Grundlage des Abschlussberichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 27. Januar 2023¹.

Die sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext sowie die Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 20 Psychotherapie-Richtlinie ist nicht Gegenstand der vorliegenden Beschlussfassung. Der Unterausschuss Psychotherapie und Psychiatrische Versorgung wird unter verbindlicher Einbeziehung des vorliegenden Beschlusses hierzu sowie über eine Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie beraten und die Ergebnisse der Beratung dem Plenum zur Entscheidung vorlegen.

A-2.1.1 Ergebnisse des IQWiG-Abschlussberichtes

Der IQWiG-Abschlussbericht stellt die Recherche und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur „Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen“ dar. Im Bericht werden die Fragen nach dem Nutzen und dem Schaden der systemischen Therapie bei Kindern

¹ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG); Abschlussbericht; Auftrag N21-03 [online]. Köln (GER): IQWiG; 27.01.2023. [Zugriff: 11.05.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1507). URL: https://www.iqwig.de/download/n21-03_systemische-therapie-bei-kindern-und-jugendlichen_abschlussbericht_v1-0.pdf

und Jugendlichen mit einer psychischen Störung hinsichtlich der patientenrelevanten Endpunkte Mortalität, Morbidität, Lebensqualität und Funktionsniveau untersucht. Als Vergleichsinterventionen wurden berücksichtigt:

Psychotherapie i. S. der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL), Psychotherapie, die keiner Richtlinienpsychotherapie entspricht, medikamentöse Behandlung mit für die jeweilige Indikation in Deutschland zugelassenen Arzneimitteln, sonstige Behandlung (z.B. Beratungsangebot) sowie Placebo oder keine Behandlung.

Im IQWiG-Bericht wurden ausschließlich randomisiert kontrollierte Studien („randomised controlled trials“, RCTs) berücksichtigt. In den Studien musste eine valide Diagnosestellung einer in der ICD-10 oder im DSM-5 oder einer Vorgängerversion klassifizierten psychischen Störung dargestellt sein. Insgesamt beruhen die Ergebnisse auf der Auswertung von 42 Studien mit verwertbaren Daten.

Die Studien wurden den jeweiligen Anwendungsbereichen gem. § 27 PT-RL zugeordnet. Studien mit verwertbaren Daten lagen für sieben Anwendungsbereiche der PT-RL vor: Affektive Störungen, Angststörungen und Zwangsstörungen, Essstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen.

Folgenden Anwendungsbereichen der PT-RL ließ sich keine Studie zuordnen: Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, Nichtorganische Schlafstörungen, Sexuelle Funktionsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen, Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe sowie Schizophrene und affektive psychotische Störungen.

Zusätzlich wurde im IQWiG-Abschlussbericht eine Studie den „gemischten Störungen“ zugeordnet, welche keinen eigenen Anwendungsbereich gem. § 27 der Psychotherapie-Richtlinie darstellen. In § 20 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis Satz 5 sowie Absatz 3 Satz 2 der PT-RL ist geregelt, dass anstelle eines Nutznachweises in einem der Anwendungsbereiche der PT-RL je nach Studienlage im Einzelfall ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten psychischen Störungen anerkannt werden kann.

Im IQWiG-Abschlussbericht zur Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen wurden folgende Nutzaussagen zu den Anwendungsbereichen gem. der Psychotherapie-Richtlinie berichtet:

Affektive Störungen

Im Vergleich zu einer Richtlinien-Psychotherapie wird bezogen auf die Endpunkte Major Depression und dysthyme Störung ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der Systemischen Therapie berichtet (Basis: 2 RCTs).

Im Vergleich zu Placebo bzw. keiner Behandlung wird bezogen auf den Endpunkt depressive Symptomatik ein Anhaltspunkt für einen Nutzen berichtet (Basis: 2 RCTs, N=32, N=20).

Angststörungen und Zwangsstörungen

Im Vergleich zu einer Richtlinien-Psychotherapie wird bezogen auf die Endpunkte Symptome der Zwangsstörung, globale Beurteilung Veränderung von Symptomatik/Belastung/Funktionsniveau sowie allgemeines und soziales Funktionsniveau ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Systemischen Therapie als add-on zu einer Richtlinienpsychotherapie berichtet (in den Vergleich ging überwiegend die Studie von Peris 2013 ein: 12 Sitzungen KVT + 6 Sitzungen Familientherapie).

Im Vergleich zu Placebo bzw. keiner Behandlung wird bezogen auf den Endpunkt Symptomatik der sozialen Phobie ein Anhaltspunkt für einen Nutzen berichtet (Basis: 1 RCT, N=24).

Essstörungen

Für diesen Bereich wird bezogen auf die Endpunkte Essanfälle und kompensatorische Maßnahmen, Essstörung, Körpergewicht, Symptomatik der Anorexia nervosa, Symptomatik der Bulimia nervosa sowie Hospitalisierung kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen oder Schaden der Systemischen Therapie gegenüber einem PT-RL-Verfahren berichtet (Basis: 3 RCTs). Ein vergleichbarer Nutzen der Systemischen Therapie gegenüber einem PT-RL-Verfahren blieb in der Gesamtschau aller Ergebnisse unklar.

Im Vergleich zu einer Psychotherapie (kein PT-RL-Verfahren) wird bezogen auf die Endpunkte Essanfälle und kompensatorische Maßnahmen, Körpergewicht, Körpergewicht/Symptomatik der Anorexia nervosa, Menstruation, Symptomatik der Anorexia nervosa sowie Hospitalisierung ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie berichtet (Basis: 5 RCTs).

Im Vergleich zu einer sonstigen Behandlung wird bezogen auf den Endpunkt Amenorrhö und Körpergewicht/Symptomatik der Anorexia Nervosa ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie als add-on zu einer sonstigen Behandlung berichtet (Basis: 1 RCT).

Hyperkinetische Störungen (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)

Im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren wird bezogen auf die Endpunkte exekutive Funktionen, externalisierendes Verhalten, allgemeines und soziales Funktionsniveau und Abbruch wegen unerwünschter Ereignisse kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen der Systemischen Therapie (Basis: 1 RCT) berichtet. Ein vergleichbarer Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie blieb unklar.

Im Vergleich zu einer medikamentösen Behandlung wird bezogen auf die Endpunkte Symptome mit Bezug zur ADHS (der Operationalisierung Lernprobleme wurde in diesem Vergleich die größte inhaltliche Bedeutung zugewiesen) und Sozialverhaltensprobleme ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Systemischen Therapie als add-on zu einer medikamentösen Behandlung berichtet (Basis: 1 RCT, aus dem Chinesischen übersetzt, teilweise nicht eindeutig übersetzt).

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren wird bezogen auf die Endpunkte Substanzkonsum (Cannabis), Cannabiskonsumstörung und Symptome einer Cannabiskonsumstörung ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Systemischen Therapie berichtet. (Basis: 2 RCT, davon 1 RCT mit 5 Studienzentren, N= 450).

Im Vergleich zu einer sonstigen Behandlung wird bezogen auf die Endpunkte Substanzkonsum (Laboranalysen) und Substanzkonsum (Cannabis) ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie berichtet (Basis: 2 RCTs).

Gemischte Störungen

Darüber hinaus wird im IQWiG-Bericht mit Blick auf eine Studie, die keinem der Anwendungsbereiche der PT-Richtlinie zugeordnet werden kann, für die gemischten Störungen bezogen auf den Endpunkt Verhaltensprobleme ein vergleichbarer Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie abgeleitet (Basis: 1 RCT). In dieser Studie (Szapocznik, 1989) wurden lt. IQWiG-Bericht anteilig folgenden psychische Störungen untersucht: oppositionelle Störung: 32 %; Angststörung: 30 %; Verhaltensstörung: 16 %; Anpassungsstörung: 12 %; andere Störungen: 10%.

Weitere Anwendungsbereiche

Für die weiteren Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie konnten im Abschlussbericht entweder keine Anhaltspunkte für einen Nutzen der Systemischen Therapie

ermittelt werden oder es lagen keine verwertbaren Daten für die entsprechende Vergleiche vor.

Weder ein (höherer) Nutzen noch ein vergleichbarer Nutzen der Systemischen Therapie wurde in den Anwendungsbereichen Störungen des Sozialverhaltens und Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen festgestellt. In beiden Anwendungsbereichen ließ sich lt. IQWiG-Bericht kein Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative erkennen.

Mit Ausnahme von drei Studien wurden in den eingeschlossenen Studien unerwünschte Ereignisse nicht erfasst. In den Anwendungsbereichen, in denen Anhaltspunkte bzw. Hinweise auf einen Nutzen der systemischen Therapie festgestellt wurden, erlaubten die vorhandenen Daten zur Kernsymptomatik der jeweiligen Störung und zum allgemeinen und sozialen Funktionsniveau zumindest in begrenztem Umfang Aussagen über das Schadenspotenzial der Systemischen Therapie. Insgesamt deuten die vorliegenden Studiendaten nicht auf ein erhöhtes Schadenspotenzial der Systemischen Therapie hin.

Im Abschlussbericht wird darauf hingewiesen, dass die Nutzenbewertung teilweise auf Ergebnissen von nur einer Studie basierten und dass eine metaanalytische Zusammenfassung oftmals aufgrund der geringen Studienanzahl nicht möglich gewesen sei. Insgesamt sei das Verzerrungspotential der meisten Studien hoch gewesen. Zudem sei innerhalb eines Anwendungsbereichs nicht geprüft worden, ob die Evidenz für die Störungen mit vorliegender Evidenz auf die Störungen ohne vorliegende Evidenz übertragen werden kann. Hierfür seien klinische und ggfs. epidemiologische Faktoren zu berücksichtigen.

A-2.1.2 Bewertung durch den G-BA

Die Bewertung durch den G-BA basiert auf den Ergebnissen des IQWiG-Berichts N21-03 vom 27. Januar 2023¹.

Affektive Störungen

Für diesen Anwendungsbereich kann aus Sicht des G-BA kein Nutzen der Systemischen Therapie abgeleitet werden, da im Vergleich zu einer Richtlinienpsychotherapie ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der Systemischen Therapie bezogen auf die Endpunkte Major Depression und dysthyme Störung auf Basis von 2 RCTs vorliegt. Dieser Befund wird nicht aufgewogen durch den Anhaltspunkt für einen Nutzen im Vergleich zu Placebo bzw. keiner Behandlung aus 2 RCTs (N=32, N=20).

Angststörungen und Zwangsstörungen

Im Vergleich zu einer Richtlinien-Psychotherapie wurde im IQWiG-Bericht ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Systemischen Therapie festgestellt. Die Aussagekraft dieses Ergebnisses ist jedoch dadurch eingeschränkt, dass in der ergebnisrelevanten Studie von Peris 2013 die Systemische Therapie als Add-on mit 6 Sitzungen Familientherapie zusätzlich zu 12 Sitzungen KVT (kognitiver Verhaltenstherapie) zur Anwendung kam. Die Studie von Peris 2013/2017 untersuchte eine spezielle Intervention, nämlich eine Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie (Exposition und Reaktionsverhinderung) und ST bei Kindern mit Zwangsstörung und problematischer Familiendynamik. Alle Kinder erhielten 12 KVT Sitzungen. Im Interventionsarm erhielten die Kinder mit ihren Familien 6 wöchentliche Sitzungen Systemische Therapie, während die Familien in der Vergleichsbedingung 30-minütige Treffen in Form einer Psychoedukation nach jeder Einzelsitzung mit dem Kind erhielten. Die Systemische Therapie im Interventionsarm wurde vom IQWiG als systemisch-integrativer Ansatz (mit verhaltenstherapeutischen Elementen) eingestuft. Insgesamt sieht der G-BA diese Studienergebnisse als übertragbar auf Behandlungssituationen an, in denen die Psychotherapie durchgehend als Systemische Therapie durchgeführt wird. Der Grund dafür ist, dass die Systemische Therapie den Schwerpunkt der Prüfintervention bildete und die Intervention auf Basis eines systemischen Störungsmodells mit dem Ziel der Veränderung

von Familiendynamiken durchgeführt wurde. Dies war nicht nur durch die zusätzlichen 6 Sitzungen Familientherapie, sondern auch durch andere therapeutische Elemente der Gesamtintervention gegeben (z. B. durch Familienübungen zur Affektregulation).

Das außerdem berichtete Ergebnis aus dem Vergleich zu Placebo bzw. keiner Behandlung, für das bezogen auf den Endpunkt Symptomatik der sozialen Phobie ein Anhaltspunkt für einen Nutzen berichtet wird, ist eingeschränkt auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar, da es sich hier um eine kleine RCT (N=24) ausschließlich mit männlichen, iranischen Jugendlichen handelt. Die Ergebnisse weisen jedoch in dieselbe Richtung wie die Ergebnisse aus dem Vergleich zur Richtlinien-Psychotherapie.

Zusammengenommen kommt der G-BA insgesamt zu dem Ergebnis, dass für diesen Anwendungsbereich ein Nutzen der Systemischen Therapie vorliegt.

Essstörungen

Der G-BA sieht insgesamt einen Nutzen der Systemischen Therapie in diesem Anwendungsbereich der PT-RL, der sich vor allem aus einem Anhaltspunkt im Vergleich zu einer Psychotherapie, die kein PT-RL-Verfahren darstellt, auf Basis von fünf Studien herleitet. Die dort gefundenen positiven Effekte der Systemischen Therapie im Vergleich zu Interventionen, die verschiedene psychotherapeutische Elemente enthielten, sieht der G-BA als hinreichend für eine Anerkennung des Nutzens im Anwendungsbereich Essstörungen an, auch wenn im Vergleich zur Richtlinien-therapie der Nutzen der ST unklar blieb. Zusätzlich wird die Nutzensaussage noch unterstützt durch einen Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie als Add-on zu einer sonstigen Behandlung auf Basis einer Studie.

Hyperkinetische Störungen (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)

Der G-BA sieht den Nutzen der Systemischen Therapie für den Anwendungsbereich Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend als hinreichend an. Er bezieht sich dabei auf den Vergleich zu einer medikamentösen Behandlung, für den bezogen auf die Endpunkte Symptome mit Bezug zur ADHS (der Operationalisierung Lernprobleme wurde in diesem Vergleich die größte inhaltliche Bedeutung zugewiesen) und Sozialverhaltensprobleme ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Systemischen Therapie als Add-on zu einer medikamentösen Behandlung berichtet wurde. Für die Diskussion der Add-on-Situation wird davon ausgegangen, dass eine medikamentöse Behandlung, wie sie in der Studie sowohl im Interventions- als auch im Kontrollarm erfolgt ist, die Behandlungsstrategie für große Teile der Betroffenen widerspiegelt und somit einen validen Vergleich darstellt (Barmer Arztreport 2013²). Da es sich bei der Systemischen Therapie um ein von der medikamentösen Therapie völlig verschiedenes Wirkprinzip handelt, liegen keine zwingenden Gründe für die Annahme vor, dass sie ohne eine medikamentöse Therapie unwirksam ist. Somit kann von einem Nutzen der Systemischen Therapie ausgegangen werden. Dieses Ergebnis ist für den G-BA ausschlaggebend, auch wenn für den Vergleich mit der Richtlinien-therapie KVT weder ein geringerer, noch ein höherer Nutzen der systemischen Therapie nachgewiesen werden konnte und ein vergleichbarer Nutzen unklar blieb.

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Im IQWiG-Bericht wurde ein höherer Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren auf Basis von 2 RCT, davon 1 RCT mit 5 Studienzentren, N= 450, und

² **Grobe TG, Bitzer EM, Schwartz FW.** BARMER GEK Arztreport 2013: Auswertungen zu Daten bis 2011; Schwerpunkt Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen ADHS [online]. Berlin (GER): BARMER; 2013. [Zugriff: 21.06.2023]. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 18). URL: <https://www.barmer.de/resource/blob/1026910/b9048801692f51c000ca13857d8d8a5a/barmer-gek-arztreport-2013-data.pdf>.

ein Anhaltspunkt für einen Nutzen im Vergleich zu einer sonstigen Behandlung festgestellt. Daher sieht der G-BA den Nutzen für diesen Anwendungsbereich als hinreichend gegeben an.

Gemischte Störungen

Zusätzlich zu den o.g. Nutzensaussagen zu den Anwendungsbereichen der PT-RL liegt für die gemischten Störungen ein vergleichbarer Nutzen der Systemischen Therapie gegenüber einem PT-RL-Verfahren, basierend auf der Studie von Szapocznik 1989, vor, welcher die Ergebnisse zum Nutzen der Systemischen Therapie in den o.g. Anwendungsbereichen der PT-RL unterstützt. Im Hinblick auf diesen festgestellten vergleichbaren Nutzen gegenüber Richtlinienpsychotherapie bedarf es – wie eingangs bereits dargelegt - nach § 20, Absatz 1, Nummer 2, Satz 2 der PT-RL einer umfassenden Abwägung im Einzelfall, inwieweit ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten Störungen in seiner Bedeutung einem Nutznachweis in einem der Anwendungsbereiche nach § 20, Absatz 1, Nummer 2, Satz 1 Buchstabe b gleichkommt.

Weitere Anwendungsbereiche

Für die weiteren Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie konnte der G-BA aufgrund der im IQWiG-Abschlussbericht berichteten Evidenzlage keine Nutzenfeststellung für die Systemische Therapie treffen.

Es liegen keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit und zum Schaden der Systemischen Therapie vor. Auch der im Vergleich zu einer Richtlinien-Psychotherapie bei den Affektive Störungen geringere Nutzen der Systemischen Therapie ist nicht als Hinweis auf eine Unwirksamkeit oder einen Schaden durch die Systemischen Therapie zu werten.

Auch die Feststellungen des IQWiG, dass im Rahmen der Berichterstellung in den zwei o.g. Anwendungsbereichen kein Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative erkennbar war, ist nicht mit einer Unwirksamkeit oder einem Schaden gleichzusetzen.

Insgesamt ist bei der Ergebnislage zu berücksichtigen, dass Studien in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen nur mit Einschränkungen und deutlich schwieriger als bei den Erwachsenen durchzuführen sind.

A-2.1.3 Fazit zum sektorenübergreifenden Nutzen

In der zusammenfassenden Bewertung der dargelegten Aspekte kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass ein indikationsbezogener Nutzen der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen in folgenden Anwendungsbereichen vorliegt:

- Angst- und Zwangsstörung,
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Hyperkinetische Störungen),
- Essstörungen sowie
- Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Es liegen keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit oder zum Schaden der systemischen Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie vor.

Im Hinblick auf den festgestellten vergleichbaren Nutzen der Systemischen Therapie gegenüber einer Richtlinien-Psychotherapie bei den gemischten Störungen bedarf es nach § 20, Absatz 1, Nummer 2, Satz 2 der PT-RL einer umfassenden Abwägung im Einzelfall, inwieweit ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten Störungen in seiner Bedeutung einem Nutznachweis in einem der Anwendungsbereiche nach § 20, Absatz 1, Nummer 2, Satz 1 Buchstabe b gleichkommt.

A-2.2 Sektorenübergreifende Bewertung der medizinischen Notwendigkeit

Die sektorenübergreifende Bewertung der medizinischen Notwendigkeit erfolgt unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, Verlauf und Behandelbarkeit durch bereits in der GKV-Versorgung etablierte diagnostische und therapeutische Alternativen.

A-2.2.1 Relevanz der medizinischen Problematik

Die repräsentative Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert-Koch-Institutes zeigte, dass in den Jahren 2003 bis 2006 jedes fünfte Kind in Deutschland (d.h. 20,0 %) psychisch auffällig war³. Auch bei der KiGGS Welle 2 ergab sich auf Basis von Auswertungsdaten der Jahre 2014 – 2017 eine Prävalenz von knapp 17 % für psychische Auffälligkeiten für 3 bis 17-jährige Kinder und Jugendliche⁴. Jungen waren mit 19,1 % häufiger betroffen als Mädchen mit 14,5 %.

Aus einer Publikation des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung aus dem Jahre 2018⁵ ergeben sich für das Jahr 2017 folgende Diagnoseprävalenzen zu psychischen Störungen in der Altersgruppe 0 – 17 Jahre:

Störungsbilder aus den Entwicklungsstörungen (F8) sind mit knapp 17 % die am häufigsten gestellten Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen, gefolgt von Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9) mit 11,24 % als zweithäufigster und Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) mit knapp 6 % als dritthäufigster Diagnose in der Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen (0-17 Jahre).

Bei den Verhaltens- und emotionalen Störungen stehen anteilmäßig vor allem die Hyperkinetischen Störungen (F90) mit 4 %, und andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98) mit 4,28 % sowie die Emotionalen Störungen des Kindesalters (F93) mit 2,86 % im Vordergrund. Bei den Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) sind dies vor allem Anpassungsstörungen (F43 ohne PTBS) mit 2,68 % und die Somatoformen Störungen (F45) mit 2,18 %.

Je nach Altersgruppe und Geschlecht ergeben sich teilweise andere Verteilungen der verschiedenen Diagnosen. So machen z.B. Affektive Störungen (F3) mit ca. 1,1 bzw. 1,2 % Diagnoseprävalenz einen verhältnismäßig geringen Anteil in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen (0-17 Jahre) aus. Hierbei ist zu beachten, dass depressive Störungen bei Kindern selten, bei Jugendlichen dann deutlich häufiger diagnostiziert werden. Jungen waren z.B. in allen Altersgruppen häufiger von Entwicklungsstörungen und anderen Verhaltens- und emotionalen Störungen betroffen als Mädchen.

Eine ähnliche Verteilung der Diagnoseprävalenzen in der ambulanten Versorgung zeigen auch weitere Publikationen, die auf vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von Krankenkassen⁶ basieren.

3 Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. J Health Monit 2018; 3: 37-45.

4 Die Erhebung der psychischen Auffälligkeiten erfolgte anhand Elternangaben des Stärken- und Schwächen Fragebogens (SDQ).

5 Steffen A, Akmatov MK, Holstiege J, Bätzing J. Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017, 2. Version [online]. Berlin (GER): Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi); 2018. [Zugriff: 21.06.2023]. (Versorgungsatlas-Bericht, Nr 18/07). URL: <https://doi.org/10.20364/VA-18.07>.

6 Fegert JM, Kölich M, Krüger U. Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland: Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse, Abschlussbericht [online]. Berlin (GER): Bundesministerium für Gesundheit; 2017. [Zugriff: 21.06.2023]. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche.pdf.

Greiner W, Batram M, Witte J. Kinder- und Jugendreport 2019. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern [online]. Hamburg (GER): DAK-Gesundheit; 2019. [Zugriff: 21.06.2023]. (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 31). URL: <https://www.dak.de/dak/download/dak-kinder-und-jugendreport-2019-2168336.pdf>.

Witte J, Zeitler A, Batram M, Diekmannshemke J, Hasemann L. Kinder- und Jugendreport 2022. Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie, Rapid Report [online]. Hamburg (GER): DAK-Gesundheit; 2022. [Zugriff: 21.06.2023]. URL: <https://www.dak.de/dak/download/dak-kjr22-vand-report-pdf-2572514>.

Nach Wittchen et al. (2003) ist eine Gleichsetzung von „diagnostischer Prävalenz“ mit „Behandlungsbedarf“ problematisch: Zwar setze die Vergabe einer ICD-10-Diagnose zusätzlich zu den definierten Symptomkriterien, sowie den Dauer-, Schwere- und Frequenzmerkmalen ein klinisch bedeutsames Leiden, symptombedingte Einschränkungen und/oder aktives professionelles Hilfesuchverhalten voraus. Der individuelle Behandlungsbedarf hänge aber auch von der jeweiligen Motivation, von psychosozialen Rahmenbedingungen, der Verfügbarkeit von „first line treatments“ und Wirtschaftlichkeitskriterien, etc. ab. Trotzdem könne wissenschaftlich begründet bei jeder der Diagnosen von einem „zumindest“ niederschweligen Interventionsbedarf in bestimmten Phasen der Erkrankung ausgegangen werden⁷.

§ 27 der PT-RL führt die möglichen Indikationen für eine Psychotherapie auf. Für die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit systemischer Therapie sind in Entsprechung zu den Ausführungen von Wittchen et al. (2003)⁷ die Schwere der Erkrankung, das Ausmaß der Beeinträchtigung aufgrund der vorliegenden psychischen Störung, die subjektive Behandlungsbedürftigkeit der Kinder und Jugendlichen, die individuellen Voraussetzungen zu einer psychotherapeutischen Behandlung sowie ihre Lebensumstände und ihr soziales Umfeld und die Akzeptanz und Inanspruchnahme der zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen bei der Entscheidung zu berücksichtigen.

A-2.2.2 Spontanverlauf der Erkrankung

Der Verlauf einer psychischen Störung ist von der Art der jeweiligen Erkrankung sowie individuellen Faktoren im Sinne eines bio-psycho-sozialen Störungsmodells abhängig. Spontanremissionen können im Prinzip bei allen psychischen Störungen auftreten, variieren aber sehr stark und hängen im Einzelfall von spezifischen Faktoren ab (z.B. Art, Dauer und Schwere der Erkrankung, Erkrankungsalter, Geschlecht, Lebensumstände, soziale Unterstützung).

A-2.2.3 Therapeutische Alternativen

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen erfolgt aktuell durch für die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte, approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -Psychotherapeuten in den hierfür zugelassenen PT-RL-Verfahren.

An ambulanten Behandlungsalternativen stehen zudem auch kinder – und jugendpsychiatrische (und psychosomatische) Institutsambulanzen an Krankenhäusern (PIA) oder an Hochschul- und Ausbildungsambulanzen zur Verfügung. Hier gibt es auch Spezialambulanzen für bestimmte Störungsbilder (z.B. ADHS bei Kindern und Jugendlichen, Autismus-Spektrum-Störungen, Soziale Angststörungen).

Wenn eine ambulante (psychotherapeutische) Behandlung der psychischen Störung nicht ausreicht oder zu keiner Verbesserung führt, können (teil-) stationäre Behandlungen notwendig werden.

Darüber hinaus kommen auch als Alternative die qualifizierte interdisziplinäre sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen gem. der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung und die Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen in Frage.

⁷ Wittchen HU, Jacobi F, Hoyer J. Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. In: Psychosoziale Versorgung in der Medizin: zugleich 2. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Hamburg: Pabst Science Publishers; 2003.

A-2.2.4 Fazit zur medizinischen Notwendigkeit

Unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, des Verlaufs und der Behandelbarkeit der in die Bewertung einbezogenen psychischen Störungen sieht der G-BA die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen als Psychotherapieverfahren als gegeben an.

A-3 Fazit

In der zusammenfassenden Bewertung kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren für folgende Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie als belegt anzusehen sind:

- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Hyperkinetische Störungen)
- Essstörungen
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Außerdem wurde ein Nutzen in Studien für gemischte Störungen nachgewiesen.

Es liegen keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit oder zum Schaden der systemischen Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie vor.

Die sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext sowie die Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 20 Psychotherapie-Richtlinie erfolgen im Rahmen der weiterführenden Beratungen im Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung.

B Beschluss und Tragende Gründe zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie

Der Beschluss zur Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen sowie die Tragenden Gründe zum Beschluss sind im Kapitel D abgebildet.

Das Bewertungsverfahren ist unter folgendem Link dokumentiert: [Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen \(§ 135 SGB V\) - Gemeinsamer Bundesausschuss \(g-ba.de\)](#).

B-1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V

Die Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V wird nach Beschlussfassung veranlasst. Nach Vorliegen des Prüfergebnisses ist dieses in Kapitel D abgebildet.

B-2 Anhang

B-2.1 Auslöser des Methodenbewertungsverfahrens

Der Antrag eines Unparteiischen Mitglieds des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie der Vorsitzenden des Unterausschusses Methodenbewertung (UA MB) Frau Dr. Lelgemann auf Bewertung der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen gemäß §§ 92 Absatz 6a i.V.m. 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V vom 27. Mai 2021 ist in Kapitel D abgebildet.

B-2.2 Ankündigung des Bewertungsverfahrens

B-2.2.1 Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger

Die Bundesanzeiger-Veröffentlichung zur Ankündigung des Bewertungsverfahrens ist in Kapitel D abgebildet.

B-2.2.2 Fragebogen zur strukturierten Einholung erster Einschätzungen

Der Fragebogen zur strukturierten Einholung erster Einschätzungen ist in Kapitel D abgebildet.

B-2.2.3 Eingegangene Einschätzungen

Die eingegangenen Einschätzungen sowie die Dokumentation der Anhörung zum Einschätzungsverfahren (Wortprotokoll) sind in Kapitel D abgebildet.

B-2.3 IQWiG-Beauftragung und -Abschlussbericht

Der Beschluss zur Beauftragung des IQWiG mit der Konkretisierung ist in Kapitel D abgebildet.

Der Abschlussbericht des IQWiG zur Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen (Auftrag N21-03, Version 1.0, Stand: 27. Januar 2023) ist abrufbar unter [\[N21-03\] Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen als Psychotherapieverfahren \(iqwig.de\)](#).

Der Abschlussbericht des IQWiG wurde am 24. Februar 2023 veröffentlicht. Er wird vom G-BA als eine Grundlage für die weiteren Beratungen unter Anwendung der Vorgaben der VerFO genutzt.

C Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens

C-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Gemäß dem Beschluss des UA PPV vom 10. Oktober 2023 wurde den in Kapitel B-4.1 aufgeführten Institutionen/Organisationen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme für dieses Beschlussvorhaben erteilt.

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bundesärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V und
- Bundespsychotherapeutenkammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V.

Der UA PPV hat folgende weitere Institutionen/Organisationen, denen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO für dieses Beschlussvorhaben Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu erteilen war, festgestellt:

- Einschlägigkeit der in Kapitel B-4.1 genannten Fachgesellschaften gemäß § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V.

C-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der UA PPV beschloss im schriftlichen Verfahren am 10. Oktober 2023 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen (s. Kapitel D) wurden den Stellungnahmeberechtigten am 11. Oktober 2023 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

C-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

C-4 Übersicht

C-4.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
Bundesärztekammer (BÄK)	08.11.2023
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	08.11.2023
Einschlägige, in der AWMF organisierte Fachgesellschaften, vom G-BA bestimmt	
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)	Keine schriftliche SN abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie & -psychotherapie (DGGPP)	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- & Jugendmedizin (DGKJ)	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (dgkjp)	08.11.2023
Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention & Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)	Keine schriftliche SN abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik & Nervenheilkunde (DGPPN)	
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik & Tiefenpsychologie (DGPT)	
Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie & -Forschung (DGPSF)	
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	Keine schriftliche SN abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)	
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung & -therapie (DG-Sucht)	
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin & Verhaltensmodifikation (DGVM)	
Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)	

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
Einschlägige, in der AWMF organisierte Fachgesellschaften, von der AWMF bestimmt	
Deutsche Adipositasgesellschaft (DAG)	Keine schriftliche SN abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	
Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP)	
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) e.V.	24.10.2023
Einschlägige, nicht in AWMF organisierte Fachgesellschaften, vom G-BA bestimmt	
Bundesdirektorenkonferenz-Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BDK)	Keine schriftliche SN abgegeben.
Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie (DFT) e.V.	07.11.2023
Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie e.V. (D3G)	Keine schriftliche SN abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie - Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) e.V.	08.11.2023
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V. (DGSF)	08.11.2023
Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V. (Systemische Gesellschaft, SG)	(gemeinsame SN der DGSF und SG)
Stiftung Deutsche Depressionshilfe (SDD)	Keine schriftliche SN abgegeben.
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (VAKJP)	

C-4.2 Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisationen/Institutionen

Es wurden unaufgefordert keine Positionierungen abgegeben.

C-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Die Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens sind in Kapitel D abgebildet.

C-6 Schriftliche Stellungnahmen

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel D abgebildet.

C-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen / Institutionen. In der nachstehenden Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

Nr.	Inst./ Org.	Änderungsvorschlag/ Kommentar	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
I. Allgemein					
1	DGSPJ	Die DGSPJ begrüßt die geänderte Richtlinie zur Durchführung der Psychotherapie ausdrücklich.	Die systemische Therapie unter Einbezug des sozialen Umfeldes eines Kindes führt zu einer größeren Teilhabeorientierung als eine Therapie im klassischen Einzelsetting. Der Transfer von Therapieinhalten in den Alltag wird dadurch verbessert.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung am BE
2	DFT	Änderung der Psychotherapierichtlinie Die DFT befürwortet die Änderung der Psychotherapierichtlinie und folgt hier der Darstellung der „tragenden Gründe“ des Beschlussentwurfs des G-BA.		Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung am BE
3	DGP M	Vorbemerkung Grundsätzlich begrüßt die DGPM den gemeinsamen Beschlussentwurf von GKV-SV und KBV zur Änderung der Richtlinie ausdrücklich.		Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung am BE
4	DGVT -BV	I.3. => Zustimmung	Keine Begründung, Korrektur bzw. Aktualisierung von Daten selbstredend Teil einer aktualisierten Veröffentlichung	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung am BE

Nr.	Inst./ Org.	Änderungsvorschlag/ Kommentar	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
5	DGVT -BV	II. => Zustimmung	Übliches Vorgehen wird eingehalten	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung am BE
6	BPtK	<p>Vorbemerkung</p> <p>Vor knapp 15 Jahren hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen festgestellt und das Psychotherapieverfahren als Vertiefungsverfahren für die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in sowie zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in empfohlen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt, dass im Nachgang zur Zulassung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren gemäß Psychotherapie-Richtlinie am 27. Mai 2021 die Antragstellung auf Bewertung der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen erfolgte und nach Abgabe des Abschlussberichtes des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 27. Januar 2023 der Gemeinsame Bundesausschuss sehr zügig eine sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt und eine sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext vorgenommen hat. Auf dieser Grundlage hat der Unterausschuss Psychotherapie und Psychiatrische Versorgung zeitnah einen Beschlussentwurf vorgelegt, mit dem die Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen in die vertragspsychotherapeutische Versorgung integriert werden kann. Den GKV-Versicherten wird damit in Kürze auch in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen die Systemische Therapie als eine wichtige Behandlungsoption bei psychischen Erkrankungen zur Verfügung stehen. Im Folgenden nimmt die BPtK zu den konkreten Vorschlägen im Beschlussentwurf zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie Stellung.</p>		Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung am BE

Nr.	Inst./ Org.	Änderungsvorschlag/ Kommentar	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
7	dgkjp	Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) stimmt den Ausführungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Interpretation der IQWiG Studie voll umfänglich zu. Das entspricht den Inhalten und Schlussfolgerungen unserer früheren Stellungnahme zum Thema. Die Systemische Therapie sollte zur Behandlung auch von Kindern und Jugendlichen als Verfahren zugelassen werden.		Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung am BE
8	SG/ DGSF	Methodenbewertung und Verfahren Wir begrüßen den gemeinsamen Beschlussentwurf von KBV und GKV-SV zur Änderung der PT-RL. Es ist bemerkenswert, dass sein konsentierter Entwurf in einem recht kurzen Zeitraum erarbeitet werden konnte. Dafür möchten wir unsere Anerkennung und unseren Respekt ausdrücken.		Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung am BE
II. § 18 Absatz 3 PT-RL					
9	DGVT -BV	I.1. => Zustimmung	Formulierung wird so begrüßt, da Relevanz für Kinder und Jugendliche gleichermaßen deutlich wird	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung am BE
10	BPtK	Auf Basis der Ergebnisse des Abschlussberichts des IQWiG vom 27. Januar 2023 hat der Unterausschuss Methodenbewertung mit Beschluss vom 13. Juli 2023 den indikationsbezogenen Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen für die Anwendungsbereiche der Psychotherapie „Angststörungen und Zwangsstörungen“, „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Hyperkinetische Störungen)“, „Essstörungen“ und „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ gemäß Psychotherapie-Richtlinie als belegt festgestellt. Darüber hinaus wurde ein Nutzen der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen in Studien mit gemischten Störungen nachgewiesen. Erkenntnisse zur Unwirksamkeit und zum Schaden der Systemischen		Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung am BE

Nr.	Inst./ Org.	Änderungsvorschlag/ Kommentar	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
			<p>Therapie in den weiteren Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie, so die Feststellung des Unterausschusses Methodenbewertung, liegen nicht vor.</p> <p>Die Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 20 Absatz 1 Nummer 3 der Psychotherapie-Richtlinie im Zuge der sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext hat ergeben, dass die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind und die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der Art und Breite der Nutzennachweise in den Anwendungsbereichen als Psychotherapie im Sinne des § 20 Psychotherapie-Richtlinie anzuerkennen ist.</p> <p>Die Feststellungen zum Nachweis des Nutzens der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen in den genannten Anwendungsbereichen der Psychotherapie sind aus Sicht der BPTK nachvollziehbar und in der Gesamtbewertung sachgerecht. Unstrittig ist auch, dass damit die Voraussetzungen gemäß § 20 Absatz 1 Nummer 3 der Psychotherapie-Richtlinie und somit das Schwellenkriterium für die Zulassung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen als Psychotherapieverfahren erfüllt ist. Entsprechend befürwortet die BPTK die in § 18 Absatz 3 vorgeschlagene Ergänzung, mit der geregelt wird, dass die Systemische Therapie nach der Psychotherapie-Richtlinie als Krankenbehandlung auch bei Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen kann.</p>		
III. § 30 Satz 3 PT-RL (Kontingente)					
11	DFT	Kontingente; mindestens 60/80 Behandlungsstunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden	Die DFT hält die vorgeschlagenen Kontingente von 36/48 Behandlungsstunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden für sehr gering. In der realen Versorgung liegen neben psychische Komorbiditäten (auch bei den Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen) und chronischen Erkrankungen von Familienmitgliedern durch die Abhängigkeitssituation der Kinder und Jugendlichen in ihren Familien hochkomplexe psychische Dynamiken vor. In klinischen Studien sind diese Fälle häufig ausgeschlossen, so dass – wie die Erfahrungen mit	Kenntnisnahme. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Die Systemische Therapie nimmt für sich in Anspruch mit einem vergleichsweise geringen Behandlungsumfang	Keine Änderung am BE

Nr.	Inst./ Org.	Änderungsvorschlag/ Kommentar	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
			<p>den in der Versorgung etablierten Richtlinienverfahren zeigen - in der Versorgungsrealität eine längere Therapiedauer erforderlich ist, um einen nachhaltigen Behandlungseffekt zu erzielen (Hansen et al., 2002; Leichsenring & Rabung, 2011; Altmann et al., 2016).</p> <p>Die Psychotherapie-Richtlinie sieht in § 30 (neu) Abs. 7 vor, dass die Kontingente einen Behandlungsumfang darstellen sollen, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Außerdem gehe es in der Psychotherapie gemäß § 14 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie um eine besonders nachhaltige Behandlung, die grundsätzlich eine Rezidivprophylaxe als integralen Bestandteil der Abschlussphase einer solchen Therapie beinhaltet. Die o.g. Kontingente tragen diesen Vorgaben Rechnung und erlauben eine Anpassung an den individuellen Behandlungsbedarf.</p>	<p>Therapieeffekte zu erzielen. Die meisten der in die Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen berücksichtigten Studien weisen einen durchschnittlichen Behandlungsumfang auf, der in der Systematik der Psychotherapie-Richtlinie mit der Kurzzeittherapie gleichzusetzen ist. Die im Beschlussentwurf geregelten Bewilligungsschritte für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen gehen bereits darüber hinaus; auf diese Weise wird den Gegebenheiten der realen Versorgung Rechnung getragen, beispielsweise in Form von längeren Therapiedauern durch psychische Komorbiditäten oder chronische Krankheiten. In § 30 der PT-RL werden die</p>	

Nr.	Inst./ Org.	Änderungsvorschlag/ Kommentar	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
				Bewilligungsschritte einer ambulanten Richtlinien-therapie geregelt. Die dort benannten Höchstgrenzen je Psychotherapieverfahren sind grundsätzlich einzuhalten; im Einzelfall ist es jedoch möglich bei entsprechender Begründung die Höchstgrenzen zu überschreiten.	
12	DGP M	Die Höchstgrenzen liegen, wie bei den Erwachsenen, sehr deutlich unter denen der anderen Verfahren. Die DGPM plädiert für eine Angleichung der Kontingente, um dem Bedarf besonders belasteter Kinder und Jugendlicher gerecht zu werden. Mit dem vorliegenden Beschlussentwurf müsste sich in der Versorgungspraxis erst erweisen, ob der genannte Umfang der Kontingente ausreichend ist.		Siehe lfd. Nummer 11	Keine Änderung am BE
13	DGVT -BV	I.2. => Zustimmung	Höhe der Kontingente wird als angemessen erachtet (Nachvollziehbare Begründung im Rahmen der tragenden Gründe aufgeführt). Zudem führen für die ST einheitliche Kontingente für E, K und J zu Klarheit und Transparenz für Therapeutinnen und Therapeuten sowie Patientinnen und Patienten.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung am BE
14	BPtK		Hinsichtlich des Behandlungsumfanges für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen orientiert sich der Vorschlag des Unterausschusses Psychotherapie und Psychiatrische Versorgung an den Behandlungskontingenten und den Bewilligungsschritten der Systemischen Therapie bei Erwachsenen. Dies ist aus Sicht der BPtK insoweit nachvollziehbar, da auch bei der Verhaltenstherapie die Behandlungskontingente und die Bewilligungsschritte bei Kindern und Jugendlichen	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie unterliegen einer regelmäßigen Überprüfung.	Keine Änderung am BE

Nr.	Inst./ Org.	Änderungsvorschlag/ Kommentar	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
			<p>analog zu denen bei Erwachsenen geregelt sind. Vor dem Hintergrund, dass die Behandlungskontingente für die Systemische Therapie im Vergleich zu den anderen Richtlinienverfahren deutlich geringer ausfallen, sollte jedoch in der Zukunft geprüft werden, ob damit auch der Behandlung von Patient*innen mit schweren Krankheitsverläufen, psychischen Komorbiditäten, erheblichen Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionen oder ausgeprägter Chronizität der Erkrankungen ausreichend Rechnung getragen werden kann. Die Systemische Therapie zeichnet sich auch in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen dadurch aus, dass sie bei einer Vielzahl von Patient*innen mit relativ kurzen Behandlungsdauern bzw. Stundenumfängen hochwirksam durchgeführt werden kann. Der Nutzen der Systemischen Therapie ist dabei für eine Vielzahl von Patientengruppen in empirischen Studien gut belegt. Die meisten Studien zur Systemischen Therapie weisen dabei eine durchschnittliche Behandlungsdauer auf, die in der Systematik der Psychotherapie-Richtlinie der Kurzzeitpsychotherapie zuzuordnen ist. Hiervon gibt es jedoch auch einige Ausnahmen mit zum Teil deutlich längeren durchschnittlichen Behandlungsdauern. Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang die mitunter längeren Sitzungsdauern, die insbesondere auch für das Mehrpersonensetting regelhaft zu erwarten sind und bezogen auf die 50-minütigen Therapieeinheiten, die hierfür aggregiert werden, größere Behandlungskontingente erforderlich machen können. Unabhängig von den in den klinischen Studien realisierten Behandlungsumfängen ist auch zu berücksichtigen, dass klinische Studien häufig primär darauf ausgerichtet sind, den durchschnittlichen Nutzen einer definierten Behandlung im Vergleich zu einer Kontrollbedingung bei bestimmten Patientengruppen nachzuweisen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Kosten und der im Vergleich zu anderen Forschungsbereichen überdurchschnittlich langen Gesamtdauer von Forschungsprojekten, die in klinischen Studien den Nutzen psychotherapeutischer Behandlungen untersuchen, werden die Behandlungsumfänge in den Studien in der Regel so konzipiert, dass die Dauer und Intensität der Behandlung geeignet ist, um auf Gruppenebene einen klinisch relevanten Nutzen gegenüber einer Kontrollgruppe nachzuweisen. Sie sind nicht darauf ausgerichtet, bei den behandelten Patient*innen auch den optimalen</p>	<p>Sofern nach der Etablierung der Systemischen Therapie für Kinder und Jugendliche Probleme bei der Sicherstellung einer ausreichenden psychotherapeutischen Behandlung bestehen, werden mögliche Anpassungen geprüft.]</p>	

Nr.	Inst./ Org.	Änderungsvorschlag/ Kommentar	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
			<p>Behandlungserfolg zu erreichen. Hierbei werden zum Teil Standardisierungen der Behandlungsdauer vorgenommen, die dem tatsächlich bestehenden Behandlungsbedarf eines Teils der in der Studie behandelten Patient*innen ggf. nicht gerecht werden. Gerade weil ein wesentlicher Teil der Patient*innen bereits von einer Systemischen Therapie im Bereich der Kurzzeittherapie stark profitiert, werden die Behandlungsumfänge in klinischen Studien in den allermeisten Fällen auch in diesem Bereich definiert. Aus dem Befund, dass ein wesentlicher Teil von Patient*innen bereits von einer Kurzzeittherapie in erheblichem Maße profitiert, kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass ein solcher Behandlungsumfang bereits für alle Patient*innen einer untersuchten Patientenpopulation ausreichend wäre, geschweige denn, für alle unter realen Versorgungsbedingungen zu behandelnden Patient*innen. Durchschnittliche Behandlungsumfänge unter den Standardisierungsbedingungen von klinischen Studien können für die Frage des maximal erforderlichen und in der GKV-Versorgung regelhaft zulässigen Behandlungsumfangs bzw. des auf Antrag bewilligungsfähigen Stundenkontingents keine Orientierung bieten. Auch für die bereits zugelassenen Richtlinienpsychotherapieverfahren wurden daher keine Behandlungskontingente festgelegt, die sich an den durchschnittlichen Umfängen in klinischen Studien orientieren. Die zulässigen Behandlungsumfänge wurden dagegen so ausgestaltet, dass sie auch für schwerer und komplex erkrankte Patient*innen psychotherapeutische Behandlungen ermöglichen, die zur Erreichung ausreichender und nachhaltiger Behandlungseffekte geeignet sind.</p> <p>Vor diesem Hintergrund befürwortet die BPTK zum gegenwärtigen Zeitpunkt den vorliegenden Regelungsvorschlag, für die Systemische Therapie bei Kindern wie auch bei Jugendlichen jeweils einen Bewilligungsschritt bis 36 Stunden und eine Höchstgrenze bei 48 Stunden einschließlich der Gruppentherapie in Doppelstunden vorzusehen, regt jedoch an, nach erfolgter Integration der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen in die vertragspsychotherapeutische Versorgung zu prüfen, ob zur Sicherstellung einer ausreichenden Behandlung mit Systemischer Therapie insbesondere von schwer und komplex psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen eine Anhebung der Höchstgrenze geboten ist.</p>		

Nr.	Inst./ Org.	Änderungsvorschlag/ Kommentar	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
15	BÄK		Für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen sind gemäß § 30 S. 3 Nr. 7 bzw. Nr. 10 PT-RL-E Bewilligungsschritte bis 36 Stunden und eine Höchstgrenze von 48 Stunden vorgesehen, jeweils einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden. Die im Vergleich zur Verhaltenstherapie deutlich kürzeren Bewilligungsschritte werden in den Tragenden Gründen mit der Therapiedauer in den vom IQWiG als Wirksamkeitsbelege herangezogenen Studien begründet. Die Behandlungsdauer in Psychotherapiestudien zur Feststellung des Nutzens unterliegt allerdings eher dem Studiendesign und wird nicht vorrangig mit Blick darauf gewählt, eine optimale Behandlungsdauer in der Versorgungsrealität festzustellen. Eine längerfristige Therapie kann beispielsweise in komplexen Fällen oder bei Vorhandensein psychischer Komorbiditäten erforderlich sein, in der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen insbesondere auch einschließlich einer ausreichenden Einbeziehung von Bezugspersonen im Mehrpersonensetting. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist eine Ausgestaltung der Bewilligungsschritte und der Höchstgrenze für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen entsprechend der Verhaltenstherapie zu erwägen.	Siehe lfd. Nummer 11	Keine Änderung am BE
16	SG/ DGSF		Die Kontingente zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen liegen sehr deutlich unter denen der anderen Verfahren. Wünschenswert ist hier ein Kontingent, das mehr Raum für die Behandlung besonders betroffener Kinder/Jugendlicher und ihrer Familien lässt. Die jüngste Datenauswertung (Böker & Hentschel, 2023) hat gezeigt, dass volle Stundenkontingente nicht regelhaft ausgeschöpft werden, es aber für eine erfolgreiche Behandlung zielführend ist, genügend Zeit zur Verfügung zu haben. Daher wird es sich in der Praxis zeigen müssen, ob diese geringen Kontingente ausreichend sein werden: sowohl was den Behandlungserfolg angeht als auch mit Blick auf die informierte Wahl eines Psychotherapieverfahrens nicht nur seitens der Therapeut/innen- sondern auch aus Patient/innensicht.	Siehe lfd. Nummer 11	Keine Änderung am BE
IV. § 40 PT-RL (Übergangsregelung)					

Nr.	Inst./ Org.	Änderungsvorschlag/ Kommentar	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
17	DFT	Wir begrüßen die hier formulierten Übergangsregelungen zur Qualifikation von Gutachtern. Sicher ist es in der Übergangszeit günstig, neben den Kollegen mit Erfahrungen speziell in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen auch auf Kollegen mit überwiegender Erfahrung in der Behandlung Erwachsener zurückgreifen zu können.		Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung am BE
18	DGVT -BV	I.4.a) => Zustimmung	Siehe I.1.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung am BE
19	DGVT -BV	I.4.b) => Zustimmung	Erweiterung die logische Konsequenz aus der Anerkennung für K und J	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung am BE
20	DGVT -BV	I.4.c) - I.4.f) => Zustimmung	Regelungen werden so begrüßt, da sie eine realistische Chance bieten, ausreichend Gutachterinnen und Gutachter auch bestellen zu können. Ggf. sollte die Verlängerung der Übergangsregelung rechtzeitig geprüft werden.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Bestellung der Gutachterinnen und Gutachter wird in der Psychotherapie-Richtlinie geregelt. Im Zuge der Einführung der Systemischen Therapie für Kinder und Jugendliche werden entsprechende Anpassungen in der Psychotherapie-Vereinbarung geprüft und, sofern notwendig, vorgenommen.	Keine Änderung am BE

Nr.	Inst./ Org.	Änderungsvorschlag/ Kommentar	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
21	BPtK	Die vorgeschlagen Folgeänderungen in der Übergangsregelung für die Qualifikation der Gutachter*innen im Bereich der Systemischen Therapie sind aus Sicht der BPtK sachgerecht und werden befürwortet.		Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung am BE
22	BÄK	Die bis zum 31.12.2027 bestehende Übergangsregelung für die Qualifikation von Gutachterinnen und Gutachtern für Systemische Therapie bei Erwachsenen wird auf Kinder und Jugendliche ausgeweitet. Im Vergleich zur Systemischen Therapie bei Erwachsenen, die bereits im November 2019 in die PT-RL aufgenommen wurde, ist der Übergangszeitraum für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen deutlich kürzer. Die Bundesärztekammer bittet vorbehaltlich der Einführung eines neues Qualitätssicherungsverfahrens in der ambulanten Psychotherapie um Prüfung, ob der Übergangszeitraum ausreichend lang ist, um die Qualifikation einer ausreichenden Anzahl von Gutachterinnen und Gutachtern in Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen.		Siehe lfd. Nr. 20	Keine Änderung am BE
V. EMDR bei Erwachsenen					
23	DGP M	Die Richtlinie begrenzt derzeit den Einsatz von EMDR auf die Behandlung Erwachsener im Rahmen der Analytischen Psychotherapie, der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie. Aus fachlicher Sicht ist der Einsatz von EMDR vorübergehend als Anwendung einer Methode gerade auch im Rahmen eines übergeordneten systemischen Behandlungskonzepts indiziert. Dieser Einsatz sollte nun auch explizit innerhalb der Systemischen Therapie aufgenommen werden. Im Bewertungsverfahren wurde die Methode EMDR (siehe Beschluss vom 16.10.2014, https://www.g-ba.de/beschluesse/2085/) verfahrensübergreifend bewertet. Die Evidenz wurde unabhängig vom Verfahren für die Methode EMDR zusammengefasst und anschließend für jedes Verfahren eingeschätzt, ob Gründe vorliegen, die gegen die Anwendung im jeweiligen Verfahren sprechen. Mit Ausnahme der Analytischen Psychotherapie im Liegen wurden für kein Verfahren solche Gründe gefunden. Für Systemische Therapie wurde 2014 keine solche Einschätzung durchgeführt, obwohl (1) Systemische Therapie bereits seit 14. Dezember 2008 wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapie-Verfahren gemäß		Der Beschlusssentwurf sieht Regelungen zur Durchführung von Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen vor; Regelungen für Erwachsene sind nicht Gegenstand dieses Beratungsverfahrens. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat EMDR bisher nicht als Methode zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen anerkannt, daher ist eine	Keine Änderung am BE

Nr.	Inst./ Org.	Änderungsvorschlag/ Kommentar	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
		<p>Wissenschaftlichem Beirat Psychotherapie ist und (2) der Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V bereits seit 11. Februar 2013 gestellt war.</p> <p>Die Methode EMDR wird seit Jahrzehnten in systemischen Therapien additiv eingesetzt (bspw. Altmeyer, 2023; Lempa, 2001; Linder et al., 2022; Protinsky et al. 2021; Siručić & Hasanović, 2018; Stajić & Hasanović, 2021). EMDR eignet sich dabei besonders zur Erfassung, Aktivierung und Aufarbeitung intensiver Emotionen, die dysfunktionale Verhaltens- und Beziehungsmuster etwa bei Paaren begründen und unterhalten.</p> <p>Francine Shapiro selbst hat dazu das Standardwerk veröffentlicht (Shapiro et al., 2007), in dem die Integration von EMDR und Systemischer Therapie beschrieben wird. Das Werk schildert detailliert die Grundlagen dieser Integration und konkretisiert die Anwendung von EMDR eingebettet in Systemische Therapie bei (1) tiefgreifenden Bindungs- und Beziehungsstörungen bzw. -traumatisierungen, (2) massiven und persistierenden Paarkonflikten und schwerer Traumatisierung im Zuge körperlicher und/oder sexueller Gewalt, (3) schweren familiären Konflikten wie bspw. in Familien mit aufgrund von körperlich und/oder sexuell traumatisierten Kindern sowie (4) bei der Bewältigung von menschengemachten Katastrophen und Naturkatastrophen.</p> <p>Auch in entsprechenden deutschen Standardwerken wird die Integration von EMDR und Systemischer Therapie seit vielen Jahren in der konkreten Durchführung beschrieben (Hanswille 2011; Hanswille & Kissenbeck, 2022).</p> <p>In einschlägigen Datenbanken (bspw. MEDLINE, siehe https://kurzelinks.de/htci) finden sich keine Publikationen, die auch nur Anhaltspunkte liefern würden, die einer Integration der Methode EMDR in systemische Therapieprozesse entgegenstehen. Es gibt damit keinen Zweifel, dass EMDR in das Verfahren Systemische Therapie einbetten lässt.</p>		<p>Aufnahme für Kinder und Jugendliche zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.</p> <p>Die Stellungnahme wurde geprüft und aufgegriffen. Der G-BA hat hierzu ein separates Beratungsverfahren zur Anwendung der EMDR durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei Systemischer Therapie bei Erwachsenen mit PTBS im Rahmen der PT-RL am 21. Dezember 2023 eingeleitet.</p>	
24	SG/ DGSF	Bei der Aufnahme der Systemischen Therapie für Erwachsene in die Psychotherapierichtlinie wurde die Methode EMDR nicht explizit auch als innerhalb einer Systemischen Therapie anwendbar festgelegt. Wir regen an, dies nun nachzuholen, es handelt sich im Kern um eine Ergänzung in Form einer redaktionellen		Siehe lfd. Nummer 23	Keine Änderung am BE

Nr.	Inst./ Org.	Änderungsvorschlag/ Kommentar	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
		<p>Änderung. Hierzu sind im Anhang der PT-RL die Worte „der Systemischen Therapie“ hinzuzufügen, der Satz hieße dann: „Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) kann bei Erwachsenen mit posttraumatischen Belastungsstörungen als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der Systemischen Therapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie Anwendung finden.“</p>	<p><u>Begründung:</u> Beim Methodenbewertungsverfahren 2011-2014 wurde EMDR als Methode verfahrenübergreifend bewertet (https://www.g-ba.de/beschluesse/2085/). Es fand also keine verfahrensspezifische Bewertung i.S. Verhaltenstherapie + EMDR, Psychoanalyse + EMDR, etc., statt. Die Evidenz wurde unabhängig von den jeweiligen Psychotherapieverfahren für EMDR anerkannt und im Anschluss eingeschätzt, ob es Gründe gibt, die gegen die Anwendung von EMDR in einem bestimmten Richtlinienverfahren sprechen. Diese Gründe wurden für kein Verfahren (mit Ausnahme einer Psychoanalyse im Liegen) gefunden, auch nicht für die Systemische Therapie.</p> <p>Jedoch wurde versäumt, die Systemische Therapie im Wortlaut bereits mitzudenken; der Antrag auf Bewertung wurde 2013 gestellt.</p> <p>Systemische Therapie und EMDR greifen in wesentlichen Aspekten auf dieselben Wurzeln zurück: Francine Shapiro war am Mental Research Institute in Palo Alto, Kalifornien, zusammen mit u.a. Paul Watzlawick und John Weakland, „Urgesteine“ und prägendste Persönlichkeiten Systemischer Therapie und Forschung, auf deren theoretischen Gebäude sich eine Reihe der RCT-Studien stützen, die zur sozialrechtlichen Anerkennung der Systemischen Therapie führten. Auch im Mehrpersonensetting lassen sich die Zugänge von EMDR in Gruppen, für Paare, Familien und Gruppen gut nutzen z.B. mit EMDR G-TOP. (Lehnung, Shapiro, Schreiber et al., 2017).</p> <p>Im Anhang dieser Stellungnahme finden sich weitere Literaturhinweise zur Einbettung von EMDR in eine Systemische Therapie, u.a. das von Shapiro und Kolleg/innen selbst herausgegebene „Handbook of EMDR and Family Therapy</p>		

Nr.	Inst./ Org.	Änderungsvorschlag/ Kommentar	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
			<p>Processes“.Eine erneute Evidenzprüfung der EMDR wäre daher als logische Alternative nicht sinnvoll und sicherlich nicht wirtschaftlich, da sie zu demselben Ergebnis führen würde wie 2014, als die verfahrensunabhängige Evidenz auf Antrag des GKV-SV und der Patientenvertretung überprüft und festgestellt wurde.</p> <p>Im Zuge dieses Stellungnahmeverfahrens kann festgestellt werden, dass es seitens der systemischen Fachgesellschaften keinerlei Zweifel an der Möglichkeit zur Integration von EMDR in der Systemischen Therapie besteht.</p> <p>Es ist unseres Erachtens nicht gerechtfertigt, dass EMDR lediglich in einem Richtlinienverfahren, der Systemischen Therapie, aktuell nicht zur Anwendung kommen sollte. Wir haben bereits Zuschriften von Mitgliedern erhalten, die berichten, dass Gutachter/innen die geplante EMDR bei Patient/innen mit posttraumatischer Belastungsstörung streichen, mit dem Hinweis, dass dies innerhalb einer Systemischen Therapie nicht zulässig sei. Die Frage ist: Wem nützt eine solche Regelung? Den Patient/innen wird eine evidenzbasierte Methode vorenthalten, die überdies mit keiner Abrechnungsziffer versehen ist, also keinerlei Mehrkosten verursacht und auch nicht mit einer Erhöhung der Kontingente verbunden ist.</p> <p>Uns sind keine Gründe bekannt, die gegen die Anwendung von EMDR im Rahmen einer Systemischen Therapie sprechen.</p> <p>Entsprechend wird in der <i>Psychotherapie-Vereinbarung</i> die fachliche Befähigung für Ärzt/innen in § 5 (8) bereits angegeben mit: „Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode zur Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen als Einzeltherapie – durch Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 1 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 2 (analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 3 (Verhaltenstherapie) oder nach Abs. 9 (Systemische Therapie) (...)“</p> <p>Dieselbe Regelung findet sich für psychologische Psychotherapeut/innen in § 6 (8): „Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von EMDR als Methode zur Therapie posttraumatischer</p>		

Nr.	Inst./ Org.	Änderungsvorschlag/ Kommentar	Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf
			Belastungsstörungen bei Erwachsenen als Einzeltherapie – durch Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 1 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 2 (analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 3 (Verhaltenstherapie) <i>oder nach Abs. 8 (Systemische Therapie)</i> (...). Uns ist bewusst, dass es im Stellungnahmeverfahren um Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche geht, möchten den Unterausschuss aber höflich bitten, zugunsten einer kurzfristigen Versorgungsverbesserung der erwachsenen Patient/innen hier die entsprechende Änderung vorzunehmen.		

C-6.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Es sind keine Stellungnahmen verfristet eingegangen.

C-7 Mündliche Stellungnahmen

C-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 28. November 2023 eingeladen.

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 28. November 2023 aufgeführt und deren potenzielle Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel /Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) e.V.	Dr. Eva-Maria Greiner	ja	ja	ja	nein	nein	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	Dr. med. Markus Haun	nein	ja	ja	ja	nein	nein
Systemische Gesellschaft, Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V. (SG) und Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V. (DGSF)	Sebastian Baumann	nein	ja	ja	nein	nein	nein
	Prof. Dr. Björn Enno Hermans	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Timo Harfst	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Cornelia Metge	nein	nein	nein	nein	nein	nein

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?

C-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren

Das Wortprotokoll der Anhörung am 28. November 2023 ist in Kapitel D abgebildet.

C-7.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen

In der Anhörung wurden keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte vorgetragen. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (s. 1. Kapitel § 12 Absatz 3 Satz 4 VerfO).

C-8 Würdigung der Stellungnahmen

Die Würdigung der Stellungnahmen ist in den Tragenden Gründen (s. Kapitel D) abgebildet.

D Anlagen

- D-1 Antrag auf Bewertung der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen nach §§ 92 Absatz 6a i.V.m. 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V**
- D-2 Beschluss über die Einleitung des Beratungsverfahrens**
- D-3 Unterlagen zur Ankündigung des Bewertungsverfahrens**
 - D-3.1 Bekanntmachung über die Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger (BAnz AT 26.08.2021 B4)**
 - D-3.2 Fragebogen zur strukturierten Einholung erster Einschätzungen**
 - D-3.3 Übersicht eingegangener Einschätzungen**
 - D-3.4 Wortprotokoll zum Einschätzungsverfahren**
 - D-3.5 Beschluss zur IQWiG-Beauftragung und Auftragskonkretisierung**
- D-4 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens**
 - D-4.1 Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde**
 - D-4.2 Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden**
 - D-4.3 Darstellung der Änderungen im Richtlinien-Fließtext**
 - D-4.4 Schriftliche Stellungnahmen**
 - D-4.4.1 Schriftliche Stellungnahme der DGSPJ**
 - D-4.4.2 Schriftliche Stellungnahme der DFT**
 - D-4.4.3 Schriftliche Stellungnahme der DGPM**
 - D-4.4.4 Schriftliche Stellungnahme der DGVT-BV**
 - D-4.4.5 Schriftliche Stellungnahme der BPtK**
 - D-4.4.6 Schriftliche Stellungnahme der dgkjp**
 - D-4.4.7 Schriftliche Stellungnahme der BÄK**
 - D-4.4.8 Schriftliche Stellungnahme der SG und DGSF**
 - D-4.5 Mündliche Stellungnahmen: Wortprotokoll der mündlichen Anhörung**
- D-5 Beschluss**
- D-6 Tragende Gründe**
- D-7 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V**

Antrag

Antrag des Unparteiischen Mitglieds des Gemeinsamen Bundesausschusses Frau Dr. Lelgemann auf Bewertung der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen gemäß §§ 92 Absatz 6a i.V.m. 135 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

27. Mai 2021

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	3
2	Grundlagen für die Anerkennung eines neuen Psychotherapieverfahrens bei Kindern und Jugendlichen.....	3
2.1	Voraussetzung der Anerkennung eines neuen Psychotherapie Verfahrens.....	3
2.1.1	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie	3
2.1.2	Schwellenkriterium / Nutznachweis.....	4
3	Beschreibung der Methode.....	5
3.1	Beschreibung der Intervention.....	5
3.2	Beschreibung der Indikationen.....	6
3.3	Beschreibung der Vergleichsintervention	7
3.4	Beschreibung der Endpunkte.....	7
3.5	Datenlage.....	7
4	Medizinische Notwendigkeit	9
	Referenzen	11
	Anhang: Auswahl weiterer antragsbegründender Studien	13

1 Hintergrund

Am 22.11.2019 wurde das Beratungsverfahren Systemische Therapie bei Erwachsenen durch Beschluss des G-BA abgeschlossen, die Systemische Therapie wurde für Erwachsene als Psychotherapie-Richtlinienverfahren aufgenommen. [3]

Im Rahmen des vorangegangenen Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Absatz 5 SGB V sowie § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V mit den betroffenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Heilberufekammern wurde durch die Stellungnehmenden einstimmig darauf hingewiesen, dass für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen sowohl die medizinische Notwendigkeit bestehe als auch ausreichend Evidenz vorliege, welche eine Aufnahme der Leistung rechtfertige.

Die orientierende Prüfung der durch die Stellungnehmenden zitierten Studien hat ergeben, dass die Aufnahme eines Beratungsverfahrens gerechtfertigt erscheint.

2 Grundlagen für die Anerkennung eines neuen Psychotherapieverfahrens bei Kindern und Jugendlichen

Der G-BA überprüft u. a. gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue Methoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Methode vertragsärztlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden darf. Zu den vertragsärztlichen Leistungen gehören nach § 92 Absatz 6a i.V.m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V auch psychotherapeutische Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

2.1 Voraussetzung der Anerkennung eines neuen Psychotherapie Verfahrens

2.1.1 Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

In § 20 Absatz 2 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie, PT-RL) wird als eine der Voraussetzungen für eine aus einer Nutzenbewertung resultierende Anerkennung von Psychotherapieverfahren und -methoden die vorherige wissenschaftliche Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 8 Psychotherapeutengesetz genannt. Diese liegt für die Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche vor.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat am 14.12.2008 sein Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie [13] verabschiedet und festgestellt, dass die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen für Behandlungen in folgenden Anwendungsbereichen¹ als wissenschaftlich anerkannt gelten kann:

- Affektive Störungen und Belastungsstörungen,
- Essstörungen und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen,
- Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und Tic-Störungen sowie
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen.

2.1.2 Schwellenkriterium / Nutznachweis

Für die PT-RL besteht die Besonderheit, dass der Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in besonders versorgungsrelevanten Anwendungsbereichen der Psychotherapie zu führen ist; das sogenannte Schwellenkriterium ist zu erfüllen. In der PT-RL ist festgelegt:

„Für Verfahren der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist ein Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA mindestens für die Anwendungsbereiche § 27 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 9 (nur Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens) zu erbringen. Soweit der Nachweis lediglich für zwei dieser Anwendungsbereiche erfolgt, ist zusätzlich ein Nachweis für mindestens zwei der Anwendungsbereiche § 27 Absatz 1 Nummer 3 bis 9 (mit Ausnahme Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens), Absatz 2 Nummer 1 bis 4 zu erbringen. Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.“

Demnach sind für die Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens für Kinder- und Jugendliche durch den G-BA gemäß §20 Absatz 1 Nummer 3 PT-RL folgende Konstellationen denkbar:

A)

Nutznachweis für die beiden Anwendungsgebiete

- affektive Störungen (depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie)
- Angst- und Zwangsstörungen

und

Nutznachweis für „Hyperkinetische Störungen“ oder „Störungen des Sozialverhaltens“ aus dem Anwendungsbereich „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

B)

Nutznachweis bei der Kombination von „

- Affektiven Störungen und Angststörungen

¹ Die Anwendungsbereiche des WBP sind nicht deckungsgleich mit den Anwendungsbereichen (Indikationsbereiche) der PT-RL.

oder

- Affektive Störungen und Hyperkinetische Störungen / Störungen der Sozialverhaltens

oder

- Angststörungen und Hyperkinetische Störungen / Störungen des Sozialverhaltens

und
Nutznachweis bei mindestens zwei der Anwendungsbereiche nach § 27 Absatz 1 Nummer 3 – 9

- Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen);
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen;
- Essstörungen;
- Nichtorganische Schlafstörungen;
- Sexuelle Funktionsstörungen;
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen;
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Im Einzelfall kann anstelle eines Nutznachweises in einem der zuletzt genannten Anwendungsbereiche ein Nutznachweis durch Studien zu „gemischten psychischen Störungen“ anerkannt werden.

Diese besonderen Anforderungen der Erfüllung des Schwellenkriteriums haben Auswirkung auf die durchzuführende Methodenbewertung, welche den Beratungen der PT-RL vorausgeht. Die beschriebenen Konstellationen sind bei Recherche und Bewertung der Literatur zu berücksichtigen.

3 Beschreibung der Methode

Die Darstellung anhand des klassischen PICO Schemas ist für die Richtlinienverfahren in der Psychotherapie erheblich erschwert, da nicht eine Methode für eine genau definierte Indikation beurteilt wird, sondern ein Richtlinienverfahren, welches in multiplen Indikationen zur Anwendung kommen kann.

3.1 Beschreibung der Intervention

In der Zusammenfassenden Dokumentation des G-BA zur Systemischen Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren (Beratungsverfahren gemäß § 135 Absatz 1 SGB V) [4] wird die Systemische Therapie wie folgt beschrieben:

„Systemische Therapie ein psychotherapeutisches Verfahren, welches psychische Symptome in einem interpersonellen Kontext betrachtet. Die systemische Therapie sieht wechselseitige intrapsychische (kognitiv-emotive) und biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen an. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage

für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen. Zwischen Verhalten und Erleben des sogenannten Indexpatienten und seinem sozialen Umfeld bestehen reziproke Wechselbeziehungen. Das Symptom des Indexpatienten wird als unangemessene Problemlösung psychosozialer Probleme gesehen. Der Behandlungsfokus der Systemischen Therapie liegt demnach in der Veränderung von Interaktionen zwischen Familienmitgliedern bzw. Mitgliedern des jeweiligen (familiären) Subsystems“.

Als spezifisch systemorientierte diagnostische Verfahren werden im Gutachten des WBP [13] psychometrisch evaluierte und anerkannte diagnostische Verfahren zur symptomorientierten Diagnostik, zur Diagnose familiärer und partnerschaftlicher Interaktionen (standardisierte Beobachtungsverfahren) und zur Fragebogendiagnostik der Einschätzung von Familie als Ganzem (z.B. Familien-Identifikationstest (FIT), zur Partnerschaft (z. B. Partnerschafts-Fragebogen PFB), zur Eltern-Kind-Beziehung, zu Erziehungsstilen und zu Geschwisterbeziehungen genannt.

Die systemische Therapie wird vom theoretisch-wissenschaftlichen Konzept unter Berücksichtigung der emotionalen und kognitiven Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen im Wesentlichen identisch bei Kindern und Jugendlichen angewendet.

Systemische Therapie bei Erwachsenen kann als Einzeltherapie, als Gruppentherapie, als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie auch im Mehrpersonensetting durchgeführt werden.

3.2 Beschreibung der Indikationen

Beantragt wird die Bewertung des Nutzens der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen für die in § 27 PT-RL aufgeführten Anwendungsbereiche. Das oben beschriebene Schwellenkriterium ist zu erfüllen.

Es ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Methodenbewertung nur Studien einbezogen werden können, welche die Systemische Therapie in Indikationen untersuchen, die in der PT-RL aufgeführt sind.

„Wird Psychotherapie im Rahmen einer die gesamten Lebensverhältnisse umfassenden psychosozialen Versorgung erbracht, so ist sie nur dann und soweit eine Leistung der GKV, als sie der Behandlung im Sinne der PT-RL dient. Verhaltensweisen, die als psychosoziale Störung in Erscheinung treten sind nur dann Gegenstand von Psychotherapie und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung, wenn sie Ausdruck einer psychischen Erkrankung sind.“

Damit ergibt sich, dass für die Nutzenbewertung die Studien ausschlaggebend sind, welche Kinder und Jugendliche eingeschlossen haben, die krankheitswertige Störungen im Sinne der PT-RL aufweisen. Studien zu Kindern und Jugendlichen mit körperlichen Erkrankungen (z. B. Diabetes oder Asthma) können dementsprechend dann eingeschlossen werden, wenn bei diesen gleichzeitig eine psychische Störung i. S. der PT-RL vorliegt. Gleiches gilt für Studien zu delinquenten Kindern und Jugendlichen.

In § 1 Absatz 4 der PT-RL wird zu den Altersgrenzen bei Kindern und Jugendlichen ausgeführt: „Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenentherapie. In diesen Fällen gelten die Regelungen für Erwachsene.“

3.3 Beschreibung der Vergleichsintervention

Neben pharmakologischen Therapien sind als Vergleichsinterventionen insbesondere die im Rahmen der PT-RL zur Anwendung kommenden Behandlungsformen (psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie) zu berücksichtigen.

3.4 Beschreibung der Endpunkte

Die indikationsbezogene Zielsetzung ist abhängig von der zugrundeliegenden psychischen Störung und umfasst im Allgemeinen eine Verbesserung der Symptomatik bzw. die Erreichung einer Remission bzw. die Heilung.

Bei der Methodenbewertung sind patientenrelevante Endpunkte zu berücksichtigen, anhand derer die Aussagen zu Nutzen und Schaden der Intervention im Vergleich zu bereits erbringbaren Verfahren getroffen werden können. Bei den patientenrelevanten Endpunkten handelt es sich um Morbidität, Mortalität, Lebensqualität und Aussagen zum Funktionsniveau.

Eine Ausdifferenzierung der heranzuziehenden Endpunkte ist in Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Störung / Erkrankung darzulegen.

3.5 Datenlage

Die unten stehende exemplarische Darstellung beruht im Wesentlichen auf durch die Stellungnehmer im Rahmen des Bewertungsverfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen [4] eingereichten Studien, welche nach Ansicht der Fachöffentlichkeit eine positive Bewertung des Nutzens der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen als psychotherapeutisches Verfahren wahrscheinlich erschienen lassen und damit das Methodenbewertungsverfahren begründen.

Es handelt sich um eine nicht systematische Auswahl der vorliegenden Evidenz. Weitere antragsbegründende Studien sind im Anhang aufgelistet.

Riedinger V, Pinquart M, Teubert D. [9]

Effects of systemic therapy on mental health of children and adolescents: a meta-analysis. J Clin Child Adolesc Psychol 2017;46(6):880-894.

Hierbei handelt es sich um eine systematische Übersichtsarbeit. Eingeschlossen waren Kinder im Alter von 6-18 Jahren mit unterschiedlichsten Krankheits- resp. Störungsbildern. Verglichen wurde gegen andere Psychotherapieverfahren und auch gegenüber Nichtbehandlung. Die beste Wirksamkeit zeigte sich in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und externalisierten Störungsbildern. Insbesondere Jugendliche profitierten von der Therapie.

Von Sydow K, Retzlaff R, Beher S, Haun MW, Schweitzer J. [12]

The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. *Fam Process* 2013;52(4):576-618.

In diese systematische Übersichtsarbeit wurden RCTs eingeschlossen, in welchen die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit insbesondere hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens untersucht wurde. Nach Aussage der Autoren konnten positive Effekte der Systemischen Therapie insbesondere in der Therapie von ADHS, Substanzkonsumstörungen und Verhaltensstörungen nachgewiesen werden.

Dietz LJ, Weinberg RJ, Brent DA, Mufson L. [2]

Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: examining efficacy and potential treatment mechanisms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(3):191-199.

Hierbei handelt es sich um ein RCT, in welchem Kinder im Alter zwischen 7 und 12 Jahren mit einer Depression mit einer *family-based interpersonal psychotherapy* (FB-IPT) im Vergleich zu einer child-centered psychotherapy behandelt wurden. Die FB-IPT war im Hinblick auf die Endpunkte Remission und Abnahme der depressiven Symptomatik überlegen

Schaub MP, Henderson CE, Pelc I, Tossman P, Phan O, Hendriks V, et al. [10]

Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry* 2014;14:26.

Hierbei handelt es sich um eine multizentrische randomisiert kontrollierte Studie welche an fünf Standorten in Europa durchgeführt wurde. Eingeschlossen waren Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren. Indikation der Therapie war Cannabis-Abusus. Verglichen wurde eine multidimensionale Familientherapie mit einer individuellen Therapie. Für beide Interventionen zeigten sich positive Effekte, die multidimensionale Familientherapie war den individuellen Therapieansätzen überlegen.

Le Grange D, Hughes EK, Court A, Yeo M, Crosby RD, Sawyer SM. [8]

Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55(8):683-692.

In diese randomisiert kontrollierte Studie waren Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 12 und 18 Jahren mit der Diagnose Anorexia nervosa eingeschlossen. Verglichen wurde *family based treatment* mit *parent focused treatment*. Nach Ablauf von 12 Monaten war die *parent focused therapy* im Hinblick auf Remission überlegen.

Creswell C, Violato M, Fairbanks H, White E, Parkinson M, Abitabile G, et al. [1]

Clinical outcomes and cost-effectiveness of brief guided parent-delivered cognitive behavioural therapy and solution-focused brief therapy for treatment of childhood anxiety disorders: a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2017;4(7):529-539.

In diese randomisiert kontrollierte Studie wurden Kinder im Alter zwischen 5 und 12 Jahren mit Angststörungen eingeschlossen. Verglichen wurde eine durch die Eltern vermittelte kognitive Verhaltenstherapie mit einer solution-focused brief therapy. In beiden Therapiegruppen kam es zu einer Symptomverbesserung, es konnte kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden. Die Autoren geben allerdings zu bedenken, dass die durch die Eltern vermittelte kognitive Verhaltenstherapie eine größere Kosteneffektivität hatte.

Eine weitere Auswahl antragsbegründender Studien findet sich im Anhang.

In der mündlichen Anhörung zum „Beschlussentwurf über die Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie: Systemische Therapie bei Erwachsenen“ [4] wurde insbesondere seitens der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. dargelegt, dass für die Behandlung von Kindern- und Jugendlichen mit Systemischer Therapie die Datenlage sogar besser sei als bei Erwachsenen. Allerdings wurde auch verdeutlicht, dass die Forschungsergebnisse insbesondere aus den USA und nordeuropäischen Ländern stammen. Der Begriff der Systemischen Therapie komme dort allerdings nicht zur Anwendung, die Verfahren seien geringfügig anders und werden überwiegend unter der Bezeichnung Family Therapy gefasst, allerdings sei die Übereinstimmung mit den bei uns unter Systemischer Therapie gefassten Inhalten groß.

Bezogen auf Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen sei bisher immer bezweifelt worden, dass die Datenlage ausreichend sei. Gerade hier gäbe es aber neue Entwicklungen in der Systemischen Therapie. Zum Beispiel Ansätze, die auf elterliche Nachgiebigkeit fokussieren, bei denen allein mit den Eltern gearbeitet werde und diese dabei begleitet werden, weniger „nachgiebig“ gegenüber ihren Kindern zu sein, also den Kindern mehr zuzumuten, die eigenen Ängste zu überwinden.

Bezugnehmend auf die Äußerungen der Expertinnen und Experten in den Stellungnahmen resp. der mündlichen Anhörung, die oben exemplarisch dargestellten Publikationen und den gesamten Studienpool wird es erforderlich sein, die Definition zu treffen, was unter den Begriff der Systemischen Therapie fällt, um die Anwendbarkeit der Studien beurteilen zu können.

4 Medizinische Notwendigkeit

Psychotherapie kann im Rahmen der PT-RL erbracht werden, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt. Konkrete – im Rahmen der PT-RL behandelbare – Indikationen werden in § 27 der PT-RL spezifiziert. Bei den in § 27 aufgeführten Indikationen ist von der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung auszugehen.

Bisher stehen für gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche im Rahmen einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung anerkannte Psychotherapieverfahren gemäß § 15 PT-RL (psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie) als therapeutische Alternativen zur Verfügung.

Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen sind häufig. Aufgrund der elterlichen Einschätzung im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts wurde ein Fünftel (20,2%) der Kinder und Jugendlichen einer Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zugeordnet [5]. Im Rahmen der BELLA-Studie („Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten“), die als Modul des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts durchgeführt wird, zeigten „17,2% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren diagnostisch oder klinisch bedeutsame Hinweise auf psychische Auffälligkeiten“ [7]. Bei einer Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017 zur Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen betrug der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die auf Jahresebene mindestens eine Diagnose einer psychischen Störung erhielten, im Jahr 2017 28% [11].

Ihle & Esser [6] geben in einer Übersichtsarbeit anhand internationaler epidemiologischer Studien ungewichtete Mittelwerte zu einzelnen Störungsbereichen an und führen aus: „Als häufigste Störungen zeigten sich Angststörungen mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 10,4 %, gefolgt von dissozialen Störungen mit 7,5% sowie depressiven Störungen und hyperkinetische Störungen mit jeweils 4,4 %.“

Konkret bezogen auf die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen wurde in der mündlichen Anhörung zum „Beschlussentwurf über die Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie: Systemische Therapie bei Erwachsenen“ seitens der Stellungnehmenden deutlich gemacht, dass das Verfahren im stationären Setting insbesondere bei Essstörungen, aber auch anderen Krankheitsbildern, bereits Standard der Versorgung sei. Die Möglichkeit einer ambulanten Weiterversorgung der Kinder und Jugendlichen sei dringend erforderlich, aber ohne eine Aufnahme in die PT-RL nicht möglich. Bisher würden daher viele Patientinnen und Patienten in den Klinikambulanzen behandelt, um eine adäquate Weiterbehandlung zu gewährleisten.

Wie auch bei den Erwachsenen wird die Systemische Therapie seitens der Fachexperten als weiteres erforderliches Verfahren für die Psychotherapie von Kindern- und Jugendlichen angesehen.

Dr. med. Monika Lelgemann MSc

Unparteiisches Mitglied gemäß § 91 SGB V

Gemeinsamer Bundesausschuss

Referenzen

1. **Creswell C, Violato M, Fairbanks H, White E, Parkinson M, Abitabile G, et al.** Clinical outcomes and cost-effectiveness of brief guided parent-delivered cognitive behavioural therapy and solution-focused brief therapy for treatment of childhood anxiety disorders: a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2017;4(7):529-539.
2. **Dietz LJ, Weinberg RJ, Brent DA, Mufson L.** Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: examining efficacy and potential treatment mechanisms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(3):191-199.
3. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen; vom 22. November 2019 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2019. [Zugriff: 25.05.2021]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4028/2019-11-22_PT-RL_Systemische-Therapie-Erwachsene_BAnz.pdf.
4. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Zusammenfassende Dokumentation: Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren; Beratungsverfahren gemäß § 135 Absatz 1 SGB V (vertragsärztliche Versorgung); Stand: 28. November 2018 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2018. [Zugriff: 25.05.2021]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5445/2018-11-22_PT-RL_Nutzen-Systemische-Therapie_ZD.pdf.
5. **Holling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mauz E, KiGGS Study Group.** Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012) : Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2014;57(7):807-819.
6. **Ihle W, Esser G.** Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Psychologische Rundschau* 2002;53(4):159-169.
7. **Klasen F, Meyrose AK, Otto C, Reiss F, Ravens-Sieberer U.** Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2017;165(5):402-407.
8. **Le Grange D, Hughes EK, Court A, Yeo M, Crosby RD, Sawyer SM.** Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55(8):683-692.
9. **Riedinger V, Piquart M, Teubert D.** Effects of systemic therapy on mental health of children and adolescents: a meta-analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2017;46(6):880-894.

10. **Schaub MP, Henderson CE, Pelc I, Tossmann P, Phan O, Hendriks V, et al.** Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry* 2014;14:26.
11. **Steffen A, Akmatov MK, Holstiege J, Bätzing J.** Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Version 2 [online]. 15.01.2019. Berlin (GER): Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi); 2018. [Zugriff: 25.05.2021]. (Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/07). URL: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/93/VA_18-07_Bericht_PsychStoerungenKinderJugendl_V2_2019-01-15.pdf.
12. **Von Sydow K, Retzlaff R, Behr S, Haun MW, Schweitzer J.** The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. *Fam Process* 2013;52(4):576-618.
13. **Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG.** Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie; Bekanntmachungen der Bundesärztekammer. *Dtsch Arztebl* 2009;106(5):A208-A211.

Anhang: Auswahl weiterer antragsbegründender Studien

Affektive Störungen

Diamond, G. S., Reis, B., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1190–1196.

Kramer J, Conijn B, Oijevaar P, Riper H (2014). Effectiveness of a Web-Based Solution-Focused Brief Chat Treatment for Depressed Adolescents and Young Adults: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2014;16(5):e141. DOI: 10.2196/jmir.3261

Trowell J, Joffe I, Campbell J, Clemente C, Almqvist F, Soininen M, Koskenranta-Aalto U, Weintraub S, Kolaitis G, Tomaras V, Anastasopoulos D, Grayson K, Barnes J, Tsiantis J (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 16: 157–167.

Suizidalität

Diamond, G. S., Wintersteen, M., Brown, G., Diamond, G., Gallop, B., Shelef, K. et al. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation and depressive symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 122–131.

Pineda J, Dadds MR (2013). Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8):851–862.

Angst- und Zwangsstörungen

Bao, Z., & Yang, B. (2011). Study on effect of family therapy on adolescent anxiety disorder. *China Journal of Health Psychology*, 19, 1041–1043.

Creswell C, Violato M, Fairbanks H, White E, Parkinson M, Abitabile G, Leidi A, Cooper PJ. (2017). *Lancet Psychiatry*. Clinical outcomes and cost-effectiveness of brief guided parent-delivered cognitive behavioural therapy and solution-focused brief therapy for treatment of childhood anxiety disorders: a randomised controlled trial 2017 May 17. pii: S2215-0366(17)30149-9. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30149-9. [Epub ahead of print]

Lebowitz, E.L., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y. & Silverman, W.K. (in press). Parent- Based Treatment as Efficacious as Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety: A Randomized Noninferiority Study of Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* (accepted for publication: JAAC 2484) PII: S0890-8567(19)30173-X. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.02.014>

Hyperkinetische Störungen

Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A., & Fletcher, K. F. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 450–462.

Zhu, Z., & Lian, P. (2009). Effect of structural family therapy on ADHD children with oppositional defiant disorder. *Journal of Taishan Medical College*, 30(6), 440–442.

Boyer, B.E., Geurts, H.M., Prins, P.J.M. et al. (2015). Two novel CBTs for adolescents with ADHD: the value of planning skills. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 24: 1075. doi:10.1007/s00787-014-0661-5

Störungen des Sozialverhaltens

Nickel, M. K., Muehlbacher, M., Kaplan, P., Krawczyk, J., Buschmann, W., Kettler, C. et al. (2006). Influence of family therapy on bullying behavior, cortisol secretion, anger, and quality of life in bullying male adolescents: A randomized, prospective, controlled study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 355–362.

Fonagy, P., Butler, S., Cottrell, D., Scott, S., Pilling, S., Eisler, I., . . . Goodyer, I. M. (2018). Multi-systemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): A pragmatic, randomised controlled, superiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 119-133. doi:10.1016/S2215-0366(18)30001-4.

Glisson, C., Schoenwald, S. K., Hemmelgarn, A., Green, P., Dukes, D., Armstrong, K. S. et al. (2010). Randomized trial of MST and ARC in a two-level evidence-based treatment implementation strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4), 537–550.

Essstörungen

Le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J., & Leventhal, B. L. (2007). A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1049–1056.

Le Grange D, Lock J, Agras WS, Bryson SW, Jo B. (2015). Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(11):886–94.e2. doi:10.1016/j.jaac.2015.08.008

Robin, A. L., Siegel, P. T., Koepke, T., Moye, A., & Tice, S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 111–116.

Substanzkonsumstörungen

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial.

American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 27, 651–688.

Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., & Brondino, M. J. (1999). Multisystemic treatment of substance-abusing and -dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*, 1, 171–184.

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103(10), 1660–1670.

Somatische Erkrankungen

Onnis, L., Di Gennaro, A., Cespa, G., Dentale, R. C., Benedetti, P., Forato, F. et al. (2001). Prevention of chronicity in psychosomatic illness: A systematic research study into the treatment of childhood asthma. *Families, Systems and Health*, 19, 237–250.

Li, J., Wang, X., Meng, H., Zeng, K., Quan, F., Liu, F. (2016). Systemic Family Therapy of Comorbidity of Anxiety and Depression with Epilepsy in Adolescents. *Psychiatry Investigation* 2016;13(3):305-310.

Wysocki, T., Harris, M. A., Buckloh, L. M., Mertlich, D., Lochrie, A. S., Taylor, A. et al. (2006). Effects of behavioral family systems therapy for diabetes on adolescents' relationships, treatment adherence, and metabolic control. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 928–938.

Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände

Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Henggeler, S. W., Faldowski, R., & Mayhew, A. M. (2010). Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 497–507.

Gemischte Störungen

Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Randall, J., Ward, D. M., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B. et al. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalisation of youths in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1331–1339.

Rowe, C. L., Liddle, H. A., Greenbaum, C., & Henderson, C. E. (2004). Impact on psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers. *Journal of Substance Abuse & Treatment*, 26, 129–140.

Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M., Rivas-Valquez, A. et al. (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 571–578.

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung eines Beratungsverfahrens: Bewertung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Vom 19. August 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. August 2021 folgenden Beschluss gefasst:

- I. Der Antrag eines Unparteiischen Mitglieds des G-BA vom 27. Mai 2021 auf Bewertung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen gemäß §§ 92 Absatz 6a Satz 1 i.V.m. 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird angenommen und das diesbezügliche Beratungsverfahren gemäß 1. Kapitel § 5 Absatz 1 der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA eingeleitet.
- II. Der Unterausschuss Methodenbewertung wird mit der Durchführung des Beratungsverfahrens nach Abschnitt I. unter Zugrundelegung des Zeitplans (Anhang) sowie mit der Ankündigung der Bewertung gemäß 2. Kapitel § 6 VerfO beauftragt.
- III. Der Unterausschuss Methodenbewertung kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gemäß § 139a Absatz 3 Nummer 1 SGB V mit der Durchführung der Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen beauftragen.

Berlin, den 19. August 2021





Bundesministerium für Gesundheit

Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über weitere Beratungsthemen zur Überprüfung gemäß § 135 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch: Bewertung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Vom 19. August 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) neue ärztliche Behandlungsmethoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Methode ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht bzw. verordnet werden darf.

Der G-BA veröffentlicht die neuen Beratungsthemen, die aktuell zur Überprüfung anstehen. Entsprechend des Beschlusses des G-BA vom 19. August 2021 wird das folgende Thema beraten:

„Bewertung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen“

Mit dieser Veröffentlichung soll insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Psychotherapeuten- und Ärztegesellschaften und psychotherapeutischen Fachgesellschaften sowie Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen Gelegenheit gegeben werden, durch Beantwortung eines Fragebogens eine erste Einschätzung zum angekündigten Beratungsgegenstand abzugeben.

Die Einschätzungen zu dem oben genannten Beratungsthema sind in deutscher Sprache anhand des Fragebogens innerhalb einer Frist von **einem Monat** nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger (bis zum 27. September 2021) möglichst in elektronischer Form an folgende E-Mail-Adresse zu senden: mb@g-ba.de

Den Fragebogen sowie weitere Erläuterungen finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4918/>

Berlin, den 19. August 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Methodenbewertung

Die Vorsitzende
Leigemann

Fragebogen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Unterausschuss Methodenbewertung

Erläuterungen zur Beantwortung des beiliegenden Fragebogens zur Bewertung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Abs. 1 SGB V neue ärztliche Behandlungsmethoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Methode ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht bzw. verordnet werden darf.

Das Bewertungsverfahren bezieht sich auf die Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen.

Gemäß 2. Kapitel § 6 der Verfahrensordnung des G-BA erhalten Sie Gelegenheit zur Abgabe einer ersten Einschätzung zum angekündigten Beratungsgegenstand. Bitte legen Sie Ihrer Einschätzung den nachfolgenden Fragebogen zu Grunde.

Sollten Ihrer Meinung nach wichtige Aspekte in der Beurteilung der Methode in diesen Fragen nicht berücksichtigt sein, bitten wir darum, diese Aspekte zusätzlich zu erläutern.

Maßgeblich für die Beratung der Methode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sind die wissenschaftlichen Belege, die Sie zur Begründung Ihrer Einschätzung anführen. Bitte ergänzen Sie Ihre Einschätzung daher durch Angabe der Quellen, die für die Beurteilung des genannten Verfahrens maßgeblich sind und fügen Sie die Quellen bitte - soweit möglich - in Kopie bei.

Wir bitten Sie, uns Ihre Unterlagen in deutscher Sprache nach Möglichkeit in elektronischer Form (z. B. Word- oder PDF-Dokumente) per E-Mail an mb@g-ba.de zu übersenden. Die Frist zur Abgabe einer ersten Einschätzung endet am **27. September 2021**.

Mit der Abgabe einer Einschätzung erklären Sie sich damit einverstanden, dass diese in einem Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses wiedergegeben werden kann, der mit Abschluss der Beratung zu jedem Thema erstellt und der Öffentlichkeit via Internet zugänglich gemacht wird.

Funktion des Einschätzenden

Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Einschätzung abgeben (z. B. Verband, Institution, Hersteller, Leistungserbringer, Privatperson).

--

Fragebogen zur Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen

Der Beratungsgegenstand Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen wird im Folgenden abgekürzt durch Systemische Therapie Kiju

A. Fragen zum Psychotherapieverfahren	
1. Welche Techniken und Methoden im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie sehen Sie als Bestandteil der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen?	
Neben Therapieansätzen, die unstrittig der Systemischen Therapie zugerechnet werden, gibt es systemisch-integrative Ansätze, d.h. Ansätze, die sowohl Elemente aus der Systemischen Therapie als auch Elemente aus anderen Therapierichtungen enthalten. Ein Beispiel für einen solchen systemisch-integrativen Ansatz ist die Functional Family Therapy, die Elemente aus der Systemischen Therapie kombiniert mit Elementen aus Verhaltenstherapie und kognitiver Therapie. In Bezug auf diese systemisch-integrativen Ansätze stellen sich folgende Fragen 2 bis 4:	
2. Anhand welcher Kriterien lässt sich sicher entscheiden, ob ein systemisch-integrativer Ansatz in der systemtherapeutischen Fachwelt gegenwärtig zur Systemischen Therapie gezählt wird?	
3. Welche konkreten systemisch-integrativen Ansätze werden in der systemtherapeutischen Fachwelt gegenwärtig unstrittig der Systemischen Therapie zugerechnet?	

<p>4. Welche konkreten systemisch-integrativen Ansätze werden in der systemtherapeutischen Fachwelt gegenwärtig kontrovers diskutiert bzw. nicht der Systemischen Therapie zugerechnet?</p>	
B. Fragen zur Wirksamkeit	
<p>5. Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen.</p>	
<p>6. Gibt es Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen bei Anwendung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen?</p>	
<p>7. Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?</p>	
E. Fragen zur Epidemiologie und Ökonomie	
<p>8. Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen im Versorgungskontext? Bitte machen Sie insbesondere Angaben</p> <ul style="list-style-type: none"> a) zur Relevanz der medizinischen Problematik, b) zum Spontanverlauf der Erkrankungen und c) zu diagnostischen und therapeutischen Alternativen, insbesondere im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren (vgl. VerfO des G-BA 2. Kapitel, §10 Abs. 2, Nr. 2, a) bis c) <p>http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/42/</p>	
<p>9. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu den in</p>	

<p>der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren? Bitte machen Sie insbesondere Angaben zur</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten, b) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten, c) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekostenabschätzung, und d) Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden. <p>(VerfO des G-BA 2. Kapitel, § 10 Abs. 2 Nr. 3 a) bis d))</p>	
Ergänzung	
<p>10. Bitte benennen Sie ggf. Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt sind und zu denen Sie Stellung nehmen möchten.</p>	

Übersicht eingegangener erster Einschätzungen zur Bewertung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen gemäß §§ 92 Absatz 6a i.V.m. 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V

Stand: 30. September 2021

Inhalt

I.	Eingegangene Einschätzungen	3
II.	Antworten zum Fragebogen	4
<i>A</i>	<i>Fragen zum Psychotherapieverfahren</i>	<i>4</i>
1.	Welche Techniken und Methoden im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie sehen Sie als Bestandteil der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen?.....	4
2.	Anhand welcher Kriterien lässt sich sicher entscheiden, ob ein systemisch-integrativer Ansatz in der systemtherapeutischen Fachwelt gegenwärtig zur Systemischen Therapie gezählt wird?	14
3.	Welche konkreten systemisch-integrativen Ansätze werden in der systemtherapeutischen Fachwelt gegenwärtig unstrittig der Systemischen Therapie zugerechnet?.....	18
4.	Welche konkreten systemisch-integrativen Ansätze werden in der systemtherapeutischen Fachwelt gegenwärtig kontrovers diskutiert bzw. nicht der Systemischen Therapie zugerechnet?	24
<i>B.</i>	<i>Fragen zur Wirksamkeit</i>	<i>26</i>
5.	Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen.....	26
6.	Gibt es Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen bei Anwendung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen?.....	33

7. Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?	34
C. Fragen zur Epidemiologie und Ökonomie	36
8. Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen im Versorgungskontext?	36
9. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren?.....	45
D. Ergänzung.....	49
10. Bitte benennen Sie ggf. Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt sind und zu denen Sie Stellung nehmen möchten.....	49
III. Eingegangene Einschätzungen ohne Nutzung des Fragebogens	52
a. Einschätzung von Prof. Christoph Möller	52
IV. Literaturlisten und weitere Anlagen	53
a. Literaturliste der DGKJP	53
b. Literaturliste der DGVT	53
c. Literaturliste der SG und der DGSF.....	56
d. Weitere Literatur der SG und der DGSF.....	67
e. Literaturliste der BPtK.....	77

I. Eingegangene Einschätzungen

Ifd. Nr.	Einschätzende(r)	Eingang am	Fragebogen (ja/nein)	Volltext-Literatur (ja/nein)
1	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG) und dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP)	27.09.2021	Ja	Ja
2	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)	24.09.2021	Ja	Ja
3	Systemische Gesellschaft e.V. (SG) & Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie, e.V. (DGSTF)	27.09.2021	Ja	Ja
4	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (VAKJP)	28.09.2021	Ja	Nein
5	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	27.09.2021	Ja	Ja
6	Bundesärztekammer (BÄK)	27.09.2021	Ja	Nein
7	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)	27.09.2021	Ja	Nein
8	Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (bkj)	27.09.2021	Ja	Nein
9	Prof. Christoph Möller (Möller)	21.09.2021	Nein	Nein
10	Dr. Wilhelm Rotthaus (Rotthaus)	26.09.2021	Ja	Nein
11	Dr. Hendrik Langen (Langen)	27.09.2021	Ja	Nein

II. Antworten zum Fragebogen

A Fragen zum Psychotherapieverfahren

1. Welche Techniken und Methoden im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie sehen Sie als Bestandteil der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen?

Neben Therapieansätzen, die unstrittig der Systemischen Therapie zugerechnet werden, gibt es systemisch-integrative Ansätze, d.h. Ansätze, die sowohl Elemente aus der Systemischen Therapie als auch Elemente aus anderen Therapierichtungen enthalten. Ein Beispiel für einen solchen systemisch-integrativen Ansatz ist die Functional Family Therapy, die Elemente aus der Systemischen Therapie kombiniert mit Elementen aus Verhaltenstherapie und kognitiver Therapie. In Bezug auf diese systemisch-integrativen Ansätze stellen sich folgende Fragen 2 bis 4:

Einschätzende(r)	Antwort
DGKJP	siehe Psychotherapie-Richtlinie §18 Abs. 1 und 2 und kindsspezifische Methoden und Techniken (siehe z.B. Retzlaff, R. (2008): Spiel-Räume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta) unter Berücksichtigung des Kindes/Jugendlichen als abhängiges Individuum vom Familiensystem.
DGVT	<p>Bei der systemischen Therapie handelt es sich um ein einheitliches Verfahren mit übergreifendem Ätiologie- und Veränderungsmodell. Die Grundannahmen fokussieren - der Bezeichnung entsprechend – auf Systeme, und damit auf die Beziehungen zwischen einzelnen Elementen (intrapsychisch und interpersonal) und deren Wechselwirkungen. Das Verhalten, die Probleme bzw. psychischen Auffälligkeiten und Störungen von Patient:innen werden in Relation zu anderen Systemmitgliedern betrachtet; auch für die Einzelperson gelten systemtheoretische Ätiologie- und Veränderungsannahmen (wie Zirkularität, Selbstorganisation, Dynamik etc.). Neben Paaren und Familien werden unter systemischer Perspektive erweiterte Kontexte von Patient:innen einbezogen, im Kinder- und Jugendbereich z.B. Kindergarten, Schule, Ausbildung, sozialer Nahraum, Jugendhilfe oder andere Helferkontexte.</p> <p>Historisch hat sich die Systemische Therapie aus der Familientherapie entwickelt, die wiederum teilweise genuin familienbezogen konzeptualisiert wurde (z.B. Minuchin, 1997), und teilweise aus der Erweiterung des einzeltherapeutischen Settings anderer anerkannter Verfahren um Familienangehörige oder andere relevante Sozialpartner:innen erwachsen ist. Im Unterschied zu den anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren ist die (gleichzeitige)</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Einbeziehung Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen konstitutiv für die Systemische Therapie.</p> <p>Spezifizierungen systemischer Grundannahmen finden sich u.a. im Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie (Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer, 2007) sowie in den verschiedenen Lehrbüchern zur Systemischen Therapie.</p> <p>Übersichten über die wichtigsten Techniken und Methoden der ST finden sich u.a. bei Hunger-Schoppe (2021), Levold & Wirsching (2020), Retzlaff, (2021), von Schlippe und Schweitzer (2016), Schwing und Fryszer (2015), Sydow und Borst (2018), sowie in den Psychotherapierichtlinien und im Gegenstandskatalog des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen für die Schriftlichen Prüfungen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (IMPP; Gegenstandskataloge - www.impp.de).</p>
SG DGSF	<p>Bei der Systemischen Therapie (ST) handelt es sich um ein erkenntnistheoretisch einheitliches Verfahren, das sich an mehreren grundlegenden Perspektiven orientiert, die wiederum mit bestimmten Methoden und Manualen verknüpft sind. Diese wurden bereits im Antrag auf die wissenschaftliche Anerkennung der ST beschrieben (Sydow et al., 2007b: Kap. 3.4 Interventionsmethoden (S. 22-25) sowie Kap. 7.3. berücksichtigte spezifische systemische Therapieansätze (S. 58-69) mit Übersichtstabelle 1 auf S. 59). Dort wurde für jeden spezifischen Ansatz genau dargestellt, was die theoretischen Wurzeln und zentralen Interventionen sind (z. B. auch für die im Fragebogen erwähnte FFT in Kap. 7.3.4 Functional Family Therapy, S. 62-64). Seit 2008, als der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) die ST als wissenschaftliches Verfahren anerkannt hat, haben sich der Forschungsstand und die Interventionen der ST rasant weiterentwickelt. Für einen aktualisierten Überblick über die zentralen Perspektiven der ST siehe Sydow, 2018: Tab. 1.1., S. 49-52.</p> <p>Die wichtigsten Perspektiven und damit verknüpften Methoden der ST sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Strukturell-strategische Perspektive <p>Klinische Probleme werden als Ausdruck dysfunktionaler, nicht (mehr) entwicklungsgerechter familiärer Strukturen gesehen. Familien werden als regelgesteuerte Systeme betrachtet, deren Struktur von außen erkennbar und therapeutisch gezielt beeinflussbar ist. Besonders beachtet werden zirkuläre Wechselwirkungen zwischen Familienmitgliedern ("Teufelskreise").</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Strukturelle Methode</i> (Minuchin, 1974; Sydow et al., 2007b: Kap. 3.4.1): Charakteristische Interventionen sind z. B. Joining, Enactment, Strukturanalyse und Umstrukturieren, Verändern von Koalitionen und Grenzen, Informationsvermittlung und das Stellen von Aufgaben. • <i>Strategische Methode</i> (Haley, 1976; Sydow et al., 2007b: Kap. 3.4.1, 3.4.3.): Typische Interventionen sind positive Umdeutungen („positive reframing“) von Symptomen und anderen Problemen, (Symptom-)Verschreibungen, paradoxe Interventionen (Sydow et al., 2007b: Kap. 3.4.3) und ebenfalls Aufgaben (Kap. 7.3.10). • Überblicke über Formen paradoxer Interventionen in der ST: Haley, 1984; Madanes, 1980; Nardone, 1997, 2003; Weeks & l'Abate, 1985). • <i>Die Brief Strategic Family Therapy (BSFT)</i> (Szapocznik et al., 1990, 2003; Szapocznik & Kurtines, 1989; Szapocznik & Williams, 2000) wurde ursprünglich „Strategic Structural Systems Approach“ genannt (Szapocznik et al., 1988). Sowohl BSFT als auch deren Weiterentwicklung, Structural Ecosystems Therapy (SET; Szapocznik et al., 2004), orientieren sich am strukturellen (Minuchin & Fishman, 1981) und am strategischen Ansatz (Haley, 1976). <p>- Mehrgenerations-, Bindungs- und Mentalisierungsperspektive Diese Perspektive bettet bindungstheoretische und psychotraumatologische Konstrukte in ein systemisches Störungs- und Änderungsmodell ein und nutzt Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung zu Bindungsmustern, Desorganisation, Differenzierung und Mentalisierung. Zentral ist ein Fokus auf transgenerationale Transmission von Traumata, Belastungen und Ressourcen (Sydow, 2017).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bindungsorientierter Ansatz</i> (u.a. Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973, 2015; Sydow, 2002, 2008, 2017) • Die Bindungsperspektive spielt auch in unterschiedlichen strukturell-strategisch inspirierten systemischen Ansätzen eine Rolle, ganz besonders in der Attachment Based Family Therapy (ABFT, Diamond et al., 2003) <p>- Experientielle (erlebnisaktivierende) Perspektive</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Erlebnisaktivierende bzw. symbolisch-metaphorische Methoden</i> (Satir, 1964, 1979; Imber-Black et al., 2001; Retzlaff, 2009; Sydow et al., 2007b: Kap. 3.4.2, Kap. 6). • <i>Spielerische Methoden</i> (Gil, 1991; Pleyer, 2001; Gammer, 2007; Retzlaff, 2002, 2005, 2021; Nemetschek, 2006), darunter auch Kinderorientierte Familientherapie (KOF; Reiners, 2015, 2018; Solvedt, 2005). <p>- Zirkularitätsperspektive</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Das Mailänder Modell</i> (Selvini Palazzoli et al. 1978/1981, 1980; Sydow et al., 2007b: Kap. 3.4.3) nutzt die Idee der zirkulären Kausalität (Bateson, 1972/1983) für die Psychotherapie mittels zirkulären Fragens sowie der Methodik des Hypothesisierens und Reflektierens. <p>- Lösungsorientierte Perspektive</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Lösungsorientierte Methode</i> (De Shazer, 1988/1991, 1989, 1993; Berg, 1992; Steiner & Berg 2005; Selekman 1993, 1997; Vogt-Hillmann & Burr 1999, 2002; Sydow et al., 2007b: Kap. 3.4.4; Beher, 2018; Vogt et al., 2012). • <i>Solution Focused Therapy (SFT)</i> und "Ich schaff's" (Furman, 2013) sind Beispiele für lösungsorientierte Therapien, (vgl. Helsinki Psychotherapy Study, Knekt & Lindfors, 2004). <p>- Hypnosystemischer Ansatz (Schmidt, 2004a).</p> <p>- Selbstorganisations-Perspektive (Haken & Schiepek, 2010).</p> <p>- Narrative Perspektive</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Narrative Methode</i> (Enderlin, 1999, 2015; White & Epston, 1990; Sydow et al., 2007b: Kap. 3.4.5; Hildenbrand, 1990; McDaniel et al. 1997; Retzlaff, 2021; Freeman et al., 2000). • <i>Dialogische Methode</i> (Andersen, 1990; Seikkula et al., 2003; Sydow et al., 2007b: Kap. 3.4.5). <p>- Manualisierte systemische Therapien: Hierbei handelt es sich weitestgehend um manualisierte, meist störungsspezifische Ansätze der Systemischen Therapie für Störungen des Kindes- und Jugendalters. Einige davon integrieren sekundär auch Elemente aus anderen therapeutischen Richtungen (siehe Frage 3). Die Tabelle in Anlage 1 gibt einen Überblick über diese Therapien einschließlich ihrer Repräsentation in Lehrbüchern der Systemischen Therapie (siehe auch Sydow et al., 2007b; Sydow & Borst, 2018; Hanswille, 2021, in print). Mit einem Stern (*) versehen sind diejenigen Ansätze, die 2008 vom WBP bereits der Systemischen Therapie zugeordnet und mit einer</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>positiven Nutzenbewertung belegt wurden, sofern dazu bis 2008 bereits publizierte RCTs vorlagen (siehe Tabelle in Anlage 1 sowie die Tabelle des WBP: Tabelle: Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen (Gutachten des WBP vom 14.12.2008) (wbpsychotherapie.de))</p> <p>Die wichtigsten Ansätze sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attachment-based family therapy (ABFT) <ul style="list-style-type: none"> • Die bindungsorientierte Familientherapie (Attachment Based Family Therapy, ABFT) von Diamond (2010) ist ein Kurzzeitverfahren für Jugendliche mit depressiven Störungen und Suizidalität. Der Ansatz orientiert sich theoretisch an der Bindungstheorie und der Contextual Family Therapy (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973, 2015). Das klinische Vorgehen stützt sich auf systemische Konzepte: "The clinical procedures draw heavily from Structural (Minuchin, 1974) and Multidimensional Family Therapy (Liddle, 1999) as well as emotionally focused therapy (Greenberg & Johnson, 1988)" (Diamond et al., 2003: S. 108). Die ABFT ist auch für Jugendliche mit erheblichen Beeinträchtigungen und komplizierter Vorgeschichte aus sogenannten Multiproblemfamilien und sozialen Randgruppen geeignet (Diamond, 2010). Zur ABFT liegt ein Manual und ein „Adherence tool“ vor (Diamond, 2018). - Behavioral Family Systems Therapy (BFST) <ul style="list-style-type: none"> • BFST trägt zwar „behavioral“ im Namen und nutzt auch behaviorale Interventionen, orientiert sich aber primär an der strukturellen Familientherapie (Sydow et al., 2007b: Kap. 7.3.2; Robin & Foster, 1989; Robin et al., 1994, 1999). Sie wurde zur Behandlung anorektischer Jugendlicher entwickelt und auch bei der Behandlung von Diabetes eingesetzt. Die Interventionen zielen darauf ab, problematische strukturelle Merkmale des Familiensystems zu identifizieren und zu verändern (Robin et al., 1994: S. 113; Wysocki et al., 2000: S. 27); daneben werden auch Problemlöse- und Kommunikationsfertigkeitstrainings sowie kognitive Restrukturierungen durchgeführt. - BEST MOOD Systemic Multifamily Group - * Brief Strategic Family Therapy (BSFT) bzw. Structural Ecosystems Therapy (SET) - Elterliche Präsenz / Non-Violent Resistance (NVR) - Emotionsfokussierte Therapie (EFT) bzw. insb. Emotionsfokussierte Familientherapie (EFFT)

Einschätzende(r)	Antwort
	<ul style="list-style-type: none"> - * Functional Family Therapy (FFT) - * Family Based Treatment for Adolescent Eating Disorders (FBT), früher Maudsley Approach Family Therapy (MAFT) <ul style="list-style-type: none"> • FBT und MAFT wurden zur Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Essstörungen (insbesondere Anorexie) am Maudsley Hospital in London entwickelt (Dare, 1983; Dare & Eisler, 1995) und in den USA in Stanford und der University of California weiterentwickelt (Hopf et al., 2018). Der Ansatz orientiert sich an der strukturellen, der Mehrgenerations- und der Mailänder Methode. - Filialtherapie - “Ich schaff’s” - Marte Meo - Mentalisierungsbasierte Therapie mit Familien (MBT-F) - Multi Family Group Therapy (MF(G)T; Multifamilientherapie) - * Multidimensionale Familientherapie (MDFT) <ul style="list-style-type: none"> • MDFT (Liddle, 1999, 2002; Liddle et al., 2000), früher „Structural-Strategic Family Therapy“ (Liddle, 2002) stützt sich theoretisch auf die Arbeiten von Minuchin und Haley, die Entwicklungspsycho(patho)logie, sozial-ökologische, Lern- und Systemtheorien. MDFT ist ein ambulanter Familientherapieansatz zur Behandlung von Jugendlichen mit Substanzkonsumstörungen (Gantner et al., 2011; Gantner & Liddle, 2018). Zur Wirksamkeit liegen mindestens 10 RCT vor (Gantner & Liddle, 2018). MDFT wurde von der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle (EMCDDA) als „Best Practice“ Ansatz für jugendliche Cannabiskonsumenten eingestuft (siehe auch: EMCDDA, 2014). - Multisystemische Therapie (MST) <ul style="list-style-type: none"> • Die Multisystemische Therapie (Borduin, 1999; Henggeler, 1994, 1999, 2003; Henggeler & Borduin, 1990; Henggeler et al., 1998; Sheidow et al., 2003; Rhiner, 2018) versteht sich als ein systemisches Therapieverfahren, das über den familiären Kontext hinaus weitere soziale Umwelten wie Schule und Peers in den Therapieprozess mit einbezieht und primär auf systemische Interventionstechniken zurückgreift. MST wird als „family-systems based approach“ klassifiziert (Kazdin, 1997: S. 168). Theoretische Grundlagen sind die allgemeine Systemtheorie, strategische und strukturelle Ansätze, die Arbeiten von Patterson, die FFT (s.o.), Bronfenbrenners (1979)

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>sozial-ökologische Theorie und soziale Lerntheorien sowie das umfangreiche empirische Wissen über die Determinanten von Verhaltensproblemen von Kindern und Jugendlichen (Schoenwald & Henggeler 2005: S. 104).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Systemic Behavioural Family Therapy (SBFT) - * Systems Integrated Family Therapy (SIFT) - Supporting Parenting for Anxious Childhood Emotions (SPACE) <ul style="list-style-type: none"> • Die meisten RCTs, die zur Wirksamkeit der ST bei Störungen des Kindes- und Jugendalters vorliegen, beziehen sich auf die strukturell-strategische Perspektive (Minuchin et al.), die Mehrgenerations-, Bindungs- und Mentalisierungsperspektive, die lösungsorientierte Perspektive (De Shazer et al.) sowie auf die manualisierten Ansätze, z. T. auch „Trademark Therapien“ genannt (siehe Carr, 2019; Retzlaff et al., 2013; Riedinger et al., 2015; Sydow et al., 2007a, 2013). <p>Techniken der Systemischen Therapie</p> <p>Die Techniken werden dargestellt in den systemischen Lehrbüchern (z. B. Retzlaff, 2021; Levold & Wirsching, 2020/2021; Schlippe & Schweitzer, 2012/2013, 2016; Sydow, 2015; Sydow & Borst, 2018; Hunger-Schoppe, 2021; Hanswille, 2015), Lehrbuchbeiträgen (z. B. Sydow, 2018, 2021), weiteren Publikationen (z. B. Behme-Matthiessen & Pletsch 2008; Caby & Caby 2008; Natho, 2009; Neumann, 2006; Prior, 2006; Schlippe & Schweitzer, 2009; Schwing & Fryszer, 2006; Sydow, 2010; Sydow et al., 2007b) sowie in der Psychotherapie-Richtlinie und im IMPP-Gegenstandskatalog für die schriftlichen Prüfungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.</p>
VAKJP	k. A.
BPtK	<p>Die Systemische Therapie ist ein Psychotherapieverfahren, das verschiedene theoretische Ansätze zur Erklärung der wechselseitigen psychischen Beeinflussung von Menschen und ihrer unmittelbaren sozialen Umgebung integriert hat und ein breites Spektrum von Methoden und damit verbundenen Techniken umfasst. Wie in dem Antrag an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren beschrieben (von Sydow et al., 2007), werden hierunter insbesondere folgende Methoden gefasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strukturelle und strategische Methoden (u. a. nach Minuchin, Haley; einschließlich Brief Strategic Family Therapy [BSFT] und Structural Ecosystems Therapy [SET] nach Szapocznik)

Einschätzende(r)	Antwort
	<ul style="list-style-type: none"> - Symbolisch-metaphorische Methoden bzw. erlebnisaktivierende und spielerische Methoden mit Techniken wie Genogramm, Familienskulptur, Zeitlinien etc. - Zirkuläre Methoden mit Techniken des zirkulären Interviews und paradoxen Interventionen, die insbesondere auf die Mailänder Arbeitsgruppe (Pallazozoli et al.) zurückgehen - Lösungsorientierte Methoden (u. a. von de Shazer et al.) - Narrative und dialogische Methoden (u. a. White & Epson, 1999, Anderson, 1990, Seikkula, 2003) <p>Über die grundlegenden Methoden der systemischen Therapie hinaus wurde eine Reihe von manualisierten, zumeist störungsspezifisch ausgerichteten systemischen Methoden entwickelt. Hierzu zählen insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attachment-based family therapy (ABFT), u. a. Diamond et al. (2010) - Behavioral Family Systems Therapy (BFST) - BEST MOOD Systemic Multifamily Group (Poole et al., 2018) - Brief Strategic Family Therapy (BSFT) bzw. Structural Ecosystems Therapy (SET) - Functional Family Therapy (FFT), Sexton & Alexander, 2004 - Family Based Treatment for Adolescent Eating Disorders (FBT) bzw. Maudsley Approach Family Therapy (MAFT) - Multi Family Group Therapy - Multidimensionale Familientherapie (MDFT) - Multisystemische Therapie (MST) - Systemic Behavioural Family Therapy (SBFT) - Systems Integrated Family Therapie (SIFT). <p>Hinsichtlich einer umfassenden Darstellung der Techniken der Systemischen Therapie wird an dieser Stelle auf die einschlägigen Lehrbücher zur Systemischen Therapie sowie den Antrag an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie verwiesen (siehe u. a. Levold & Wirsching, 2020; Retzlaff, 2021; Schweitzer & von Schlippe, 2015; von Sydow et al., 2007; von Sydow & Borst, 2018).</p>
BÄK	<p>Die Bundesärztekammer verweist auf das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie vom 14. Dezember 2008 (im Internet abrufbar unter Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie (wbpsychotherapie.de), in dem diese auch definiert wurde.</p>

Einschätzende(r)	Antwort
BKJPP	<p>Therapie mit der ganzen Familie und Erarbeitung von Anlass, Anliegen, Auftrag und Therapiekontrakt für jede (!) der beteiligten Personen Setting als Intervention (Wahl des Settings - Familientherapie, Einzeltermin mit Kind / Jugendlichen, mit Mutter, mit Vater, Geschwistersitzung, Gruppentherapie für jede Therapiestunde)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systemisches Fragen als Intervention • Genogrammarbeit • Skulpturarbeit in vivo oder auf dem Familienbrett • Lebensgeschichtliche Sequenz von Familienbrettskulpturen • Reframing und positives Umdeuten • Lösungsorientierte Systemtherapie • Narrative Systemtherapie • Externalisierung • Teilarbeit • Reflecting-Team-Arbeit • Systemtherapeutische Ritualtechniken • Ressourcen-Time-line und andere Zeitlinientechniken • Metaphernarbeit • Verhaltensaufgaben und Experimente • Paradoxe Interventionen • Systemisches Rollenspiel • Dramatisierungen (z. B. Sprechchöre, Familienopern) • Systemtherapeutische Ritualtechniken • Systemtherapeutische Gestaltungstechniken • Systemtherapeutische Sandspieltherapie • Multifamilientherapie • Kindorientierte Familientherapie (KOF) • Systemtherapeutische Arbeit mit Handpuppen (z.B. Einzeltherapie im Kreis der Familie) • Systemtherapeutische Gruppentherapie
bkj	<p>Joining, Systeme visualisieren (Genogrammarbeit), Familien-Helfer Landkarten oder Auftragskarussell, Timeline-Arbeit, Wohnungsgrundriss, Anlass, Anliegen, Auftrag und Kontrakt differenzieren (Contracting), Systemische Fragetechniken: z.B. Zirkuläres Fragen, Skalierungen, Prozentfragen, Subsystemvergleiche, Fragen nach Ausnahmen Übereinstimmungsfragen, Fragen zur Möglichkeits- und Wirklichkeitskonstruktion (z.B. hypothetische Fragen u.ä.), Externalisierung und Dekonstruktion im Sinne narrativer Therapie,</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Mentalisieren und Spiegeln, Familienskulpturarbeit, Reflektieren und Metakommunizieren, Familienbrett, Umdeuten/Reframing, Splitting, Rituale, Reflecting Team in der Elternarbeit u.a. Fragen zur Funktion des Symptoms. Störungsspezifische Entstörung bzw. Systemverwirrung, Symptomzuschreibung - bzw. Verschiebung, paradoxe Interventionen, Multi-Familientherapie im Sinne der Gruppenpsychotherapie. Unterschiedliche störungsspezifische Ansätze.</p>
Rotthaus	<p>Therapie mit der ganzen Familie und Erarbeitung von Anlass, Anliegen, Auftrag und Therapiekontrakt für jede (!) der beteiligten Personen Setting als Intervention (Wahl des Settings für jede Therapiestunde, z. B. Familientherapie, Elterntherapie, Einzeltherapie mit Kind / Jugendlichen, mit Mutter, mit Vater, Geschwistertherapie, Gruppentherapie).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systemisches Fragen als Intervention • Genogrammarbeit • Skulpturarbeit in vivo oder auf dem Familienbrett • Lebensgeschichtliche Sequenz von Familienbrettskulpturen • Reframing und positives Umdeuten • Lösungsorientierte Systemtherapie • Narrative Systemtherapie • Externalisierung • Telearbeit • Reflecting-Team-Arbeit • Systemtherapeutische Ritualtechniken • Ressourcen-Time-line und andere Zeitlinientechniken • Metaphernarbeit • Verhaltensaufgaben und Experimente • Paradoxe Interventionen • Systemisches Rollenspiel • Dramatisierungen (z. B. Sprechchöre, Familienopern) • Systemtherapeutische Ritualtechniken • Systemtherapeutische Gestaltungstechniken • Systemtherapeutische Sandspieltherapie • Multifamilientherapie • Kindorientierte Familientherapie (KOF) • Systemtherapeutische Arbeit mit Handpuppen (z. B. Einzeltherapie im Kreis der Familie)

Einschätzende(r)	Antwort
	<ul style="list-style-type: none"> • Systemtherapeutische Gruppentherapie • Systemisch-integrative Therapiemanuale für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen: • Bindungsbasierte Familientherapie (Attachment-Based Family Therapy – ABFT) • Familienbasierte Therapie für Jugendliche mit Essstörungen (Family-Based Treatment for Adolescent Eating Disorder – FBT) • Multidimensionale Familientherapie (MDFT) • Multisystemische Therapie (MST) • Integrative Systemische Therapie (IST) • Space (Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions)
Langen	<p>Ressourcenorientierung, Einbeziehung des Familiensystems sowie weiter Systeme, wie Therapeuten, Schule, KiTa, Jugendhilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zirkuläre Fragen / Perspektivwechsel • Skalierungsfragen • Ressourcenorientierte • Genogrammarbeit • Lösungsorientierte Interventionen • Externalisierung • Reframing / Umdeutung

2. Anhand welcher Kriterien lässt sich sicher entscheiden, ob ein systemisch-integrativer Ansatz in der systemtherapeutischen Fachwelt gegenwärtig zur Systemischen Therapie gezählt wird?

Einschätzende(r)	Antwort
DGKJP	Publikationen in entsprechenden Fachzeitschriften (family process, familyrelations, Kontext, Familiendynamik) Ausschlaggebend ist das Störungs-verständnis eines Ansatzes: ist der Änderungsfokus primär das Individuum, oder das Familiensystem mit seinem weiteren Umfeld?
DGVT	Generell kann zwischen Psychotherapieverfahren anhand ihrer Störungs- und Änderungsmodelle, zentraler Techniken und gegebenenfalls anhand bestimmter formaler Kriterien differenziert

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>werden. Der Verfahrensdefinition des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie entsprechend ist das Störungs- und Änderungsmodell des jeweiligen Verfahrens entscheidend. Zentrale Methoden und Techniken des jeweiligen Verfahrens stellen bewährte Zugänge zur Veränderung von Störungen dar. Professionelles Handeln zeichnet sich dadurch aus, dass entsprechende bewährte Methoden abgestimmt auf das jeweilige Fallkonzept ausgewählt werden – dabei ist nicht die Anwendung einer einzelnen Methode, sondern letztlich die Veränderung der jeweiligen problematischen Konstellation entscheidend. Da keine Methode immer funktioniert, ist gegebenenfalls auf Grundlage der Störungs- und Veränderungsannahmen ein anderer Zugang zu wählen.</p> <p>Entsprechendes gilt für die Zuordnung einzelner Studien zu einem Verfahren: Entscheidend ist, dass ein systemisches Störungs- und Änderungsmodell zugrunde liegt. Bewährte bzw. üblicherweise der Systemischen Therapie zugeordnete Methoden können Hinweis darauf sein, dass hier Systemische Therapie angewandt wurde.</p>
SG DGSF	<p>Wir beantworten diese Frage nicht nur aus der Sicht der systemtherapeutischen Fachwelt, sondern auch so, wie die Zuordnungen im WBP vollzogen worden sind. Psychotherapieverfahren können demnach anhand ihrer Störungs- und Änderungsmodelle, der bevorzugten Techniken und anhand bestimmter formaler Kriterien unterschieden werden. Entscheidend ist dabei das Störungs- und Änderungsmodell. Ansätze in der Systemischen Therapie fokussieren in ihrem Störungs- und Änderungsmodell auf die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern, oder sie fokussieren Muster im intrapsychischen System oder im interaktionellen Kontext im Sinne von untauglichen kontraproduktiven Lösungsversuchen, welche Symptome erzeugen bzw. aufrechterhalten. Die Beziehungen, also der soziale Faktor als Kern der Systemischen Therapie, steht im Zentrum von Diagnostik und Interventionen. Das Verhalten des einzelnen Familienmitglieds wird in Abhängigkeit der Beziehungsstruktur zu den anderen Mitgliedern betrachtet. Im Formblatt zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für Erwachsene 3 (PTV 3), "dem Leitfaden zur Erstellung des Berichts für die Gutachterin oder den Gutachter" für Systemische Therapie heißt es entsprechend (vgl. hierzu die behandlungsrelevanten Angaben der anderen Richtlinienverfahren): "Systemisches Erklärungsmodell (ST): Systemanalyse (störungsrelevante interpersonelle und intrapsychische Interaktions-</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>und Kommunikationsmuster, Beziehungsstrukturen, Bedeutungsgebungen. Belastende Faktoren, problemfördernde Muster und Lösungsversuche. Ressourcenanalyse. Gemeinsam entwickelte Problemdefinition und Anliegen.“</p> <p>Auf der Ebene von Therapietechniken (prominentes Beispiel: aktives Zuhören) wird deutlich, dass unterschiedliche Psychotherapie-Verfahren teilweise ähnliche Therapietechniken verwenden. Ähnliche Therapietechniken weisen auf einen gemeinsamen „common ground“ hin, welcher sich oft auch in der Pädagogik und verfahrensübergreifend in der Psychotherapie finden lässt. In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sind handlungsorientierte Techniken und analoge Zugangsweisen unerlässlich - das gilt für alle Psychotherapieverfahren. Die Zuordnung einer Studie zu einem bestimmten Verfahren wird deshalb anhand des ihr zugrundeliegenden Störungs- und Änderungsmodells erfolgen, welches u.a. in der Psychotherapie-Richtlinie für die Systemische Therapie beschrieben ist.</p> <p>Im US-amerikanischen Forschungsgeschehen wird zwischen behavioral, cognitive, pharmacological und genetic interventions unterschieden, eine Zuordnung zu einem Psychotherapieverfahren impliziert dies aber nicht. Wenn in manchen Studien von „behavioral interventions“ gesprochen wird, ist dies also nicht gleichzusetzen mit verhaltenstherapeutischen Interventionen. Es handelt sich ganz allgemein um verhaltensorientierte Interventionen. Auch hier ist also primär das Störungs- und Änderungsmodell zu beachten.</p>
VAKJP	<p>Diese Frage ist tatsächlich die größte Schwierigkeit in der empirischen Bewertung. Die meisten Studien, die zur Wirksamkeit herangezogen werden, wurden in den USA durchgeführt. Die dort gängigen Begriffe wie couple-, marital- oder family-therapy sind nicht unbedingt mit der in Europa vertretenen Konzeptualisierung der systemischen Therapie gleichzusetzen und können Elemente sowohl behavioraler als auch psychodynamischer Therapien enthalten. Das ist nur aus den Studienprotokollen nicht immer ersichtlich. Insofern sind einige Kriterien unscharf.</p>
BPtK	<p>Bei der Entscheidung über die Zuordnung eines systemisch-integrativen Ansatzes zur Systemischen Therapie können als Kriterien herangezogen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - das dem Ansatz zugrundeliegende Störungs- und Therapiemodell bzw. die Einbettung der Interventionen und Techniken in ein systemisch orientiertes Störungs- und Therapiemodell,

Einschätzende(r)	Antwort
	<ul style="list-style-type: none"> - die Bezugnahme auf zentrale Vertreter der Systemischen Therapie hinsichtlich bedeutsamer Bestandteile eines systemisch-integrativen Ansatzes in der Beschreibung des jeweiligen Ansatzes - der Verwendung von Techniken der Systemischen Therapie (bei der Beurteilung integrativer Ansätze hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie seinerzeit als Orientierungsgröße benannt, dass ein Ansatz zumindest zur Hälfte aus systemischen Interventionen bestehen sollte), - die Vermittlung und Anwendung des Ansatzes an den anerkannten bzw. zugelassenen Aus- und Weiterbildungsstätten als Teil der Systemischen Therapie
BÄK	<p>Im Gutachten des WBP zur Systemischen Therapie wurden integrative Ansätze „mit wesentlichen Anleihen bei anderen psychotherapeutischen Verfahren oder Methoden von den Antragstellern dann als systemisch bezeichnet, wenn zumindest die Hälfte des Ansatzes aus ‚systemischen Interventionen‘ besteht. Es wird davon ausgegangen, dass die Systemische Therapie von anderen Psychotherapieverfahren und -techniken oder anderen familien- und paartherapeutischen Strategien abgrenzbar ist.“</p>
BKJPP	<p>Anhand Systemisch-integrativer Therapiemanuale für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bindungsbasierte Familientherapie / Attachment-Based Family Therapy ABFT: A Review of the Empirical Support. Diamond G, Russon J, Levy S. Fam Process. 2016 Sep;55(3):595-610. doi: 10.1111/famp.12241. • Familienbasierte Therapie für Jugendliche mit Essstörungen / Family-Based Treatment for Adolescent Eating Disorder – FBT Family-based Treatment of Child and Adolescent Eating Disorders. Forsberg S, Lock J. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2015 Jul;24(3):617-29. doi: 10.1016/j.chc.2015.02.012 • Multidimensionale Familientherapie / MDFT Multidimensional Family Therapy: Evidence Base for Transdiagnostic Treatment Outcomes, Change Mechanisms, and Implementation in Community Settings. Liddle HA. Fam Process. 2016 Sep;55(3):558-76. doi: 10.1111/famp.12243 • Multisystemische Therapie / MST. Multisystemic Therapy: Clinical Overview, Outcomes, and Implementation Research. Henggeler SW, Schaeffer CM. Fam Process. 2016 Sep;55(3):514-28. doi: 10.1111/famp.12232.

Einschätzende(r)	Antwort
	<ul style="list-style-type: none"> • Space (Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions) Parent-Based Treatment as Efficacious as Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety: A Randomized Noninferiority Study of Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions. Lebowitz ER, Marin C, Martino A, Shimshoni Y, Silverman WK. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020 Mar;59(3):362-372. doi: 10.1016/j.jaac.2019.02.014.
bkj	Systemisch konstruktivistische Grundlagen im Sinne der Anwendung systemtheoretischen Wissens zur Systemförderung bzw. positiven Prozessveränderung, Berücksichtigung/ Fokussierung in Bezug auf die Sozialstrukturen und die Kontextes des/r Patient*in.
Rotthaus	k. A.
Langen	<p>Einhaltung systemtherapeutischer Grundsätze, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neutralität / Allparteilichkeit. • Das jew. System hält die wichtigsten Ressourcen für die Suche nach Lösungen bereit, ist kompetent, begegnet dem Therapeuten auf Augenhöhe. • Angeregt durch systemische Fragen werden verfestigte Überzeugungen und Handlungsweisen sowie Interaktionen eines Systems von den Betreffenden selbst aus neuen Perspektiven betrachtet, um so zu neuen Lösungsansätzen und intrinsischen Motivationen zu kommen.

3. Welche konkreten systemisch-integrativen Ansätze werden in der systemtherapeutischen Fachwelt gegenwärtig unstrittig der Systemischen Therapie zugerechnet?

Einschätzende (r)	Antwort
DGKJP	Multifamilientherapie, Multisystemische Therapie n. Henggeler (MST), Multidimensionale Familientherapie (MDFT) n. Dakof und Rowe Funktionale Familientherapie Attachment Based Family Therapy nach Diamond Family based treatment nach LeGrange und Eisler (FBT) SPACE nach Lebowicz
DGVT	Der WBP hat in seiner Evaluation der Systemischen Therapie 2008 für die bis dahin publizierten RCTs die entsprechenden Ansätze kompiliert: Tabelle: Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen (Gutachten des WBP vom 14.12.2008) (wbpsychotherapie.de) . Im Gegenstandskatalog des

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP; Gegenstandskataloge - www.impp.de), welches den Inhalt der staatlichen Prüfungen für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut:innen und Psychologische Psychotherapeut:innen festlegt, findet sich eine weitere, großenteils überlappende Liste von Ansätzen, die der Systemischen Therapie zugeordnet werden.</p> <p>In den verschiedenen Lehrbüchern zur Systemischen Therapie werden, z.T. historisch geordnet (z.B. von Schlippe und Schweitzer, 2016), die der Systemischen Therapie zuzuordnenden Ansätze dargestellt; zugleich werden hier auch Abgrenzungen gegenüber anderen Verfahren vorgenommen.</p>
SG DGSF	<p>Unstrittig (über die systemtherapeutische Fachwelt hinaus) sind zunächst diejenigen Ansätze, die vom WBP der ST zugeordnet worden sind (s.o.). An diesem Sachstand hat sich in der Zwischenzeit nichts verändert. Entsprechend sind auch im Gegenstandskatalog des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), welches den Inhalt der staatlichen Prüfungen für Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten festlegt, eine Reihe der o.g. Ansätze (ABFT, MFT, MST, MDFT und EFT) explizit als Beispiele für ST genannt und keiner davon einem anderen Verfahren zugeordnet worden.</p> <p>International zeigt sich in einer Analyse in Lancet Psychiatry, dass es eine Reihe von “Common elements of evidence-based systemic treatments for adolescents with disruptive behaviour problems” gibt – genannt sind u.a. MDFT, MST, BSFT, FFT. Diese Manuale gelten auch international als “systemic treatments” (Pol et al., 2019).</p> <p>Für die Ansätze, die zur Überprüfung durch den WBP 2008 noch nicht vorlagen, kann die Zuordnung einer Methode oder eines Manuals zur Systemischen Therapie dann als unstrittig betrachten werden, wenn ein systemtherapeutisches Störungs- und Änderungsmodell zugrunde liegt. Oftmals ist dies z.B. dadurch angezeigt, dass auf zentrale Vertreter der ST wie z. B. Minuchin (Strukturelle FT), Haley (Strategische FT), de Shazer (Lösungsorientierte (Kurzzeit-)Therapie) oder Watzlawick (Kommunikation, Störung, Paradoxie) verwiesen wird und/oder die Namensgebung eindeutig systemische (Familien-)Therapie enthält. Wie bereits unter Frage 2 erläutert, sind die verwendeten Techniken demgegenüber weniger ausschlaggebend. Methoden mit dezidiert systemischem Störungs- und Änderungsmodell sind somit nicht als “integrativ” zu bezeichnen, wenn es auf Ebene der Techniken marginale Gemeinsamkeiten gibt, oder Inspirationen aus Prinzipien weiterer</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>Schulen genutzt werden. Beispielsweise wird die Schematherapie eindeutig der Verhaltenstherapie (Young, 1990) zugeordnet, ohne Verweis auf Integration, obgleich sie offensichtlich psychodynamische Perspektiven aufgreift, die sie aber lerntheoretisch beschreibt. Erst die Annahmen über die Wirkmechanismen, die denselben Techniken aus verschiedenen Richtlinienverfahren verschiedene und distinkte Erklärungen zugrunde legen, kennzeichnen das angewendete Verfahren. Siehe auch Schlippe & Schweitzer, 2016, 2019; Kriz, 2017; Hanswille, 2021, in print.</p> <p>Ein gutes Beispiel dafür ist auch die im Fragebogen genannte FFT: Funktionale Familientherapie (Alexander & Barton, 1983; Alexander et al., 1994; Alexander & Parsons, 1982; Alexander et al., 2000, 2002; Sexton & Alexander, 2003) wurzelt konzeptionell recht eindeutig in systemischen Ansätzen. Die Begründer beschreiben den Ansatz als systemisches Verfahren, mit einer sozial-ökologischen Änderungstheorie, basierend auf dem strukturellen Familientherapiemodell von Minuchin, dem kommunikationstheoretischen Modell des Mental Research Institutes von Watzlawick (z. B. Watzlawick et al., 1969; Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974), dem Modell der wechselseitigen Bedingtheit von Interaktionen (Haas, Alexander, Mas 1988) und einer "social justice perspective" (Sexton & Alexander, 2005: S. 167).</p> <p>Störungen werden als Ausdruck von Beziehungsproblemen verstanden. Sie gewinnen innerhalb eines Familiensystems eine Funktion, die zu ihrer Aufrechterhaltung beiträgt. Gestörte Interaktionsabläufe, problematische Grenzen oder eine Hierarchieumkehr sind Ausdruck nicht förderlicher Familienprozesse. Durch eine Veränderung des Interaktionsgeschehens sollen Symptome überflüssig gemacht werden. Die FFT nimmt zudem eine multisystemische Perspektive durch Berücksichtigung auch außerfamiliärer Kontexte ein. Auch wenn ihr Ziel ist, spezifische Verhaltensweisen zu verändern, so spielen explizit verhaltenstherapeutische Begrifflichkeiten und Ansätze hier eine deutlich marginale Rolle. Die Beschreibung der FFT durch deren Gründer ist weitestgehend frei von verhaltenstherapeutischen Begriffen und Techniken und falls verhaltensorientierte Interventionen genannt werden, sind diese eher allgemein und werden auch in anderen Therapieverfahren und sogar der Erziehung von Kindern und Jugendlichen verwendet. Insofern ist FFT nur vermeintlich ein integratives Verfahren, da es sich eindeutig systemisch positioniert: "The family is the client" (Sexton & Alexander, 2003: S. 327). Siehe auch Sydow et al., 2007b: S. 63-64).</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>Unter den Ansätzen, die dem WBP 2008 noch nicht vorlagen, gibt es einige manualisierte Methoden, bei denen Anteile anderer Verfahren auch auf konzeptioneller Ebene in ihrem Störungs- und Änderungsmodell eine Rolle spielen. Sie können als integrativ bezeichnet werden, haben aber einen systemischen Schwerpunkt und werden deshalb in der Fachwelt der ST zugeordnet. Das ist der Fall bei:</p> <ul style="list-style-type: none">- BEST MOOD Systemic Multifamily Group<ul style="list-style-type: none">• "BEST MOOD is a manualized (Lewis et al. 2012) multi-family group intervention that encourages parent self-care, stress management strategies, promoting parental confidence, family connectedness and enhancing family communication, but is distinctive in directly involving adolescents and thereby deliberately targeting adolescent depressive symptoms by focusing on behavioural activation, family cohesion and healthy attachments (Poole et al. 2016). BEST MOOD is more akin to a family therapy approach in that it targets the family as a whole, starting with the parent subsystem (Poole et al. 2016). Adopting a family systems approach that also incorporates elements of attachment theories, BEST MOOD was designed to optimize youth and family mental health outcomes and to engage youth who may be resistant to treatment (Poole et al. 2016)." (Poole et al. 2018: S. 3)- Emotionsfokussierte Familien-/Paartherapie (EFFT/EFCT)<ul style="list-style-type: none">• Siehe Frage 4- Filialtherapie<ul style="list-style-type: none">• Siehe Frage 4- Mentalisierungsbasierte Therapie mit Familien (MBT-F)<ul style="list-style-type: none">• Die Mentalisierungsbasierte Familientherapie (MBT-F) verbindet systemische Ansätze (Asen & Fonagy, 2010) mit Aspekten der psychodynamisch orientierten mentalisierungsbasierten Einzeltherapie (MBT). Zur MBT-F liegt ein Manual mit praktischen Übungen vor; es werden derzeit mehrere RCT zur MBT-F durchgeführt, deren Ergebnisse aber noch nicht vorliegen (Asen & Weinblatt, 2018).- Elterliche Präsenz - Nonviolent Resistance (NVR)<ul style="list-style-type: none">• Aufbauend auf Konzepten des gewaltlosen Widerstands werden Eltern darin unterstützt, gegenüber Kindern oder Jugendlichen mit Verhaltensproblemen ihr eigenes Verhalten besser zu steuern, kindliche Reaktionen zu antizipieren und Attacken und

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>Provokationen ohne Eskalation zu überstehen (Omer & Schlippe, 2004; Weinblatt, 2018).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supporting Parenting for Anxious Childhood Emotions (SPACE) <ul style="list-style-type: none"> • Es gilt in der Behandlung kindlicher Angststörungen oft, die Vermeidung zu unterlassen; im Falle von SPACE, indem die Eltern das ängstliche Verhalten nicht mehr unterstützen.
VAKJP	k. A.
BptK	<p>Unter den systemisch-integrativen Ansätzen werden nach unserer Einschätzung gegenwärtig unstrittig der Systemischen Therapie zugerechnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behavioral Family Systems Therapy (BFST), - BEST MOOD Systemic Multifamily Group, - Functional Family Therapy (FFT), - Systemic Behavioural Family Therapy (SBFT) <p>Da keine eindeutige Definition der systemisch-integrativen Ansätze vorliegt, kann hierbei kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden</p>
BÄK	k. A.
BKJPP	k. A.
bkj	<p>Z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attachment-Based Family Therapy, (ABFT) • Multidimensional Family Therapy, (MDFT) • Emotional Focused Therapy, (EFT) • SPACE (Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions) - Programm für förderliches Elternverhalten bei Kindesängsten • Familienbasierte Therapie für Jugendliche mit Essstörungen (FBT) • Multisystemische Therapie (MST) • Elterliche Präsenz-Nonviolent Resistance (NVR) • Mentalisierungsbasierte Therapie mit Familien (MBT-F) u.a.
Rotthaus	<ul style="list-style-type: none"> • Bindungsbasierte Familientherapie (Attachment-Based Family Therapy – ABFT) Familienbasierte Therapie für Jugendliche mit Essstörungen (Family-Based Treatment for Adolescent Eating Disorder – FBT) • Multidimensionale Familientherapie (MDFT) • Multisystemische Therapie (MST) • Integrative Systemische Therapie (IST) • Space (Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions)

Einschätzende (r)	Antwort
Langen	<p>Achtung vor der Autonomie und der Eigendynamik des Systems:</p> <p>Es wird eher mit Angeboten operiert, die Wirklichkeit anders und neu zu sehen und möglichst genau darauf geachtet, dass das ratsuchende System nicht unter Druck gerät, eine Sichtweise – etwa die der beratenden Person – als die dominierende, richtige Sicht zu sehen.</p> <p>Wirklichkeit als gemeinsame „Konstruktion“ – die Veränderung „innerer Landkarten“:</p> <p>„Wirklichkeit“ wird als Ergebnis sozialer Konstruktion angesehen, als eine Art der „Einigung“ eines sozialen Systems auf bestimmte Weisen der Beschreibung der Welt, nicht als etwas, das objektiv und ein für allemal Gültigkeit besitzt. Verstörung von Mustern:</p> <p>An die Stelle der „Behandlung der Ursachen“ trat damit die Idee, dass es vor allem darum gehe, das gewohnte Muster des Umgangs zu unterbrechen, zu „verstören“, so dass es nicht mehr so wie gewohnt ablaufen kann.</p> <p>Genogramm, Skulpturarbeit, Aufstellungen:</p> <p>Im systemischen Arbeiten wird häufig anschaulich gearbeitet. So kann in einem Genogramm z.B. die Herkunftsfamilie oder in einem Organigramm der Arbeitszusammenhang bildlich dargestellt werden. Hierdurch werden Beziehungen und ggf. auch Beziehungsmuster deutlich, die bisher nicht bewusste Einflüsse auf ein als problematisch empfundenes Verhalten hatten.</p> <p>Ein weiterer Schritt in der Darstellung besteht darin, Beziehungen nicht nur als Zeichnung zu veranschaulichen, sondern auch räumlich wahrnehmbar zu machen.</p> <p>In einer Aufstellung z.B. wird eine Person aufgefordert, sich selbst und die anderen so im Raum zu platzieren, wie sie die Beziehungsmuster wahrnimmt (z.B. wer steht wem nah, wer schaut wen an?).</p> <p>Bei einer Skulptur können zusätzlich wahrgenommene Beziehungscharakteristika eingebracht werden (z.B. wer ist „oben“, wer „unten“, wer nimmt wem gegenüber welche Körpersprache ein? usw.).</p> <p>Es können auch stellvertretend Figuren aller Art aufgestellt werden (z. B. im Einzelsetting). Hier fehlt dann die Rückmeldung der Stellvertretenden, doch die Sicht der aufstellenden Person bleibt erhalten.</p> <p>Zirkuläres Fragen:</p> <p>Eine Person wird in Anwesenheit der anderen danach gefragt, was sie über die Beziehung der anderen denkt – so bekommen diese eine sehr komplexe Rückmeldung darüber, wie ihre Beziehung von der dritten Person wahrgenommen wird.</p> <p>Wunderfrage:</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>Der Möglichkeitsraum beginnt sich zu öffnen, wenn Fragen gestellt werden wie die ‚Wunderfrage‘: „Gesetzt den Fall, heute Nacht geschieht ein Wunder und Sie könnten wieder so miteinander reden, wie es für Sie gut wäre, woran würden Sie als erstes am nächsten Morgen bemerken, dass das Wunder geschehen ist?“ – Plötzlich zeigt sich, dass das Wunder und der Möglichkeitsraum in vielen kleinen Handlungen besteht, auf die man durchaus Einfluss hat.</p> <p>Reflektierendes Team: Das Gespräch wird von einem Beobachtungsteam verfolgt. Etwa 2–3 Mal wird es unterbrochen und das ratsuchende System (Familie, Paar, Team) kann verfolgen, wie das Beobachtungsteam sich über das Gespräch unterhält. Auf diese Weise, so hat sich gezeigt, lassen sich veränderungsrelevante Informationen besonders leicht aufnehmen.</p> <p>Externalisierung: Der Konflikt einer Person bzw. einer Gruppe wird grammatikalisch in der dritten Person ausgesprochen („Wo lässt es Sie gegen Ihren eigenen Willen handeln?“). Damit wird Distanz zum Problem und somit ein klarerer Blick darauf ermöglicht.</p> <p>Die gewohnte Erzählung über das Problem wird „dekonstruiert“ und eine neue Erzählung wird angeregt, welche diejenigen Lebenserfahrungen hervorhebt, die durch die bis dahin dominierende Geschichte verdeckt wurden.</p> <p>Vergl Systemische Gesellschaft Methoden - Systemische Gesellschaft (systemische-gesellschaft.de)</p>

4. Welche konkreten systemisch-integrativen Ansätze werden in der systemtherapeutischen Fachwelt gegenwärtig kontrovers diskutiert bzw. nicht der Systemischen Therapie zugerechnet?

Einschätzende (r)	Antwort
DGKJP	Familienrat (Verhaltenstherapie)
DGVT	<p>Hierzu sind uns kaum relevante Diskussionen bekannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Narrative Expositionstherapie (z.B. Ruf, Schauer, Neuner, Catani & Elbert, 2010) wird zwar als narrativ bezeichnet, ist jedoch eindeutig der kognitiven Verhaltenstherapie zuzuordnen und keine narrative Therapie aus der Systemischen Therapie.

Einschätzende (r)	Antwort
	<ul style="list-style-type: none"> Die emotionsfokussierte Therapie (EFT, Greenberg & Johnson 1988) wird in ihrer paartherapeutischen Form z.T. als systemisch charakterisiert. In einem aktuellen Übersichtsartikel wird sie – ebenso wie die emotionsfokussierte Einzeltherapie – als humanistischer Ansatz eingeordnet (Elliot 2021). Zwack und Greenberg, (2020) diskutieren Ähnlichkeiten, aber auch Unterschiede zwischen EFT-Paartherapie und Systemischer Therapie.
SG DGSF	<p>In der systemtherapeutischen Fachwelt in Deutschland sind uns kaum Ansätze bekannt, deren Zuordnung kontrovers diskutiert würde. Es gibt Ansätze, die zur Systemischen Therapie zählen (s.o.) und andere, die trotz systemischer Elemente klar anderen Schulen zugeordnet werden. So etwa der manualisierte Ansatz der Narrativen Expositionstherapie (z.B. Ruf, Schauer, Neuner, Catani & Elbert, 2010), der fälschlicherweise als integrativ-systemische Therapie gezählt werden könnte, jedoch eindeutig in seiner Ausrichtung kognitiv-behavioralen Ansätzen zuzuordnen ist.</p> <p>Kontrovers kann diskutiert werden über:</p> <ul style="list-style-type: none"> Filialtherapie: Die Filialtherapie wurde für Familien mit verhaltens- und beziehungsstörungen Kindern im Grundschulalter entwickelt. Sie verbindet Elemente der Gesprächstherapie und der nicht-direktiven Spieltherapie mit der Systemtheorie, insbesondere der strukturellen Familientherapie (Thomas, 2010). Ihre konzeptionellen Wurzeln hat die Filialtherapie zwar in der Klienten- bzw. Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, aber das Störungsverständnis ist systemisch. Insofern ist es nicht überraschend, dass Filialtherapie diskutabel erscheint - aus unserer Sicht ist sie integrativ in ihrer Konzeption. Emotionsfokussierte (Einzel-)Therapie (EFT, Greenberg & Johnson, 1988), verbindet im Einzelsetting für Erwachsene insbesondere Elemente aus Gestalttherapie, Klientenzentrierter Psychotherapie, Bindungstheorie und Systemischer Therapie. In diesem Setting wäre ihre Zuordnung nicht eindeutig und auch kein Schwerpunkt erkennbar. Im Paar- und Familiensetting (EFCT, EFFT) angewandt hingegen, ist sie primär von systemischen Konzepten (v.a. Minuchin) geprägt. In diesem Setting kann sie daher als klar systemisch betrachtet werden. Auch im Gegenstandskatalog des IMPP ist sie unter systemischer Therapie als Beispiel gelistet. Siehe auch: Sydow, 2017; Zwack & Greenberg, 2020.
VAKJP	k. A.

Einschätzende (r)	Antwort
BPtK	k. A.
BÄK	k. A.
BKJPP	k. A.
bkj	Keine.
Rotthaus	k. A.
Langen	<p>Behandlungsethisch umstritten: Abschlussintervention und Verschreibungen: Den Ratsuchenden werden Resümees, Handlungsvorschläge oder Aufgaben mit auf den Weg gegeben, die an Vertrautem anknüpfen, aber gleichzeitig die bisherigen Muster verstören. Das Verhalten der Mitglieder eines Systems soll für eine kurze Zeit unvorhersagbar werden, um so die Entwicklung neuer Muster zu ermöglichen.</p> <p>Diese Vorgehensweise ist unter systemisch arbeitenden Menschen umstritten, da die gleichberechtigte Beziehung aus dem Gleichgewicht zu geraten droht.</p> <p>Nicht spezifisch systemisch: Arbeit mit Glaubenssätzen („Welche fest verankerten Überzeugungen bestimmen mein Verhalten immer wieder?“) oder Fragen zur Altersregression („Wie alt fühle ich mich in der Situation X?“)</p>

B. Fragen zur Wirksamkeit

5. Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen.

Einschätzende (r)	Antwort
DGKJP	<p>Retzlaff, R*, Sydow*, K.v, Beher, S., Schweitzer J. (2013): The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials. Family Process 52(4):619-52. *Gemeinsame Erstautorenschaft</p> <p>Riedinger, V., Pinquardt, M, Teubert, D.:(2017): Effects of Systemic Therapy on Mental Health of Children and Adolescents: A Meta-Analysis. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 46(6):880-894. doi: 10.1080/15374416.2015.1063427</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>Sydow*, K.,v , Retzlaff*, R., Beher, S., Schweitzer, J. (2013): The Efficacy of Systemic Therapy for Childhood and Adolescent Externalizing Disorders: A Systematic Review of 47 RCT. Family Process52(4):576-618. *Gemeinsame Erstautorenschaft</p> <p>Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007): Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe</p>
DGVT	<p>Für die Wirksamkeitsstudien verweisen wir auf den Antrag auf Wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie (Sydow et al., 2007), die Konkretisierungen zu einzelnen Anwendungsbereichen der Systemischen Fachgesellschaften sowie auf Friedlander, Heatherington und Diamond (2021).</p>
SG DGSGF	<p>Es gibt zwei narrative Übersichtsarbeiten (Sydow et al., 2013; Retzlaff et al., 2013), die sich auf 47 bzw. 38 Primärstudien (getrennt nach externalisierenden und internalisierenden Störungsbildern) beziehen. Eine quantitative Meta-Analyse (Riedinger et al., 2015) zieht für den Nutznachweis 56 Primärstudien heran. Alle Übersichtsarbeiten belegen die Wirksamkeit Systemischer Therapien bei Kindern und Jugendlichen. Eine aktualisierte Übersicht zu Literaturquellen der Primärstudien (sortiert nach Störungsbereichen) finden Sie in der beigefügten Literaturliste.</p> <p>Für den Störungsbereich affektiver Störungen deutet eine Vielzahl an Studien auf den Nutzen der systemischen Therapie hin (Diamond et al. 2002; Garoff et al. 2012; Kramer et al. 2014; Israel et al. 2013; Poole et al. 2018; Trowell et al. 2007; Waaran et al., 2021). Für suizidales Verhalten untersuchen drei Studien den Nutznachweis Systemischer Therapie (Diamond et al., 2010; Diamond et al., 2019; Pineda et al 2013). Systemische Therapie erweist sich in der Mehrzahl der Studien sowohl effektiv im Vergleich zu Warteliste-Kontrollgruppe als auch im Vergleich zu aktiven Kontrollgruppen (z.B. Psychodynamische Therapie).</p> <p>Auch für Angst- und Zwangsstörungen untersuchen eine Vielzahl von Studien den Nutzen Systemischer Therapie (Bao & Yang, 2011; Creswell et al. 2017; Lebowitz et al., 2021; Looyeh et al. 2014; McPherson et al., 2019; Novella & Samuolis, 2020; Peris et al. 2017, Siqueland et al., 2005). Hier zeigte sich insgesamt, dass Verfahren der Systemischen Therapie eine vergleichbare Wirksamkeit in Bezug auf die Reduktion von Angst- bzw. Zwangs-Symptomatiken aufweisen wie Kognitive Verhaltenstherapie.</p> <p>Für die Behandlung Hyperkinetischer Störungen untersuchen sechs Studien den Nutzen Systemischer Therapie (Barkley et al. 1992; Boyer et al. 2015;</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>Churchill et al. 2018; Looyeh et al. 2012; Saile & Trosbach 2001; Zhu & Lian 2009). Es zeigte sich dabei in der Gesamtschau, dass Systemische Ansätze hier eine vergleichbare Wirksamkeit wie aktive Behandlungen (z.B. Kognitive Verhaltenstherapie oder Psychopharmaka) aufweisen.</p> <p>Für Störungen des Sozialverhaltens untersuchen acht Studien den Nutzen systemischer Therapie (Fonagy et al. 2018; Luk et al. 1998; Nickel et al. 2005a; Nickel et al. 2005b; Nickel et al. 2006a; Nickel et al. 2006b; Pérez-García et al. 2020; Weiss et al. 2013). Es zeigte sich insgesamt eine höhere Wirksamkeit der Systemischen Therapie auch im Vergleich zu aktiven Kontrollgruppen.</p> <p>Für den Störungsbereich der Essstörungen liegt die größte Anzahl an Studien vor (Agras et al. 2014; Eisler et al. 2000, 2016; Geist et al 2000; Hall & Crisp 1987; Le Grange et al. 2007, 2015, 2016; Lock et al. 2010, 2015, 2019; Madden et al. 2015; Nyman-Carlsson et al. 2019; Onnis et al. 2012; Robin et al. 1994; Russell et al. 2015; Schmidt et al. 2007; Wallin et al. 2019). Hier belegt die Mehrheit der Studien die Wirksamkeit Systemischer Therapie (insbesondere im Vergleich zu kognitiv-behavioralen Ansätzen).</p> <p>Bei Substanzkonsumstörungen liegt eine vergleichbar große Anzahl an Studien vor (Henggeler et al. 1999; Liddle et al. 2001, 2004, 2008; Marvel et al. 2009; Rigter et al. 2013; Robbins et al. 2008, 2011; Sanisteban et al. 2011; Slesnick et al. 2013; Slesnick & Prestopnik 2004, 2005; Smith et al. 2006; Stanton et al. 1982; Szapocznik et al. 1983, 1988). Auch hier belegt die Mehrheit der Studien erfolgreich die Wirksamkeit Systemischer Therapie.</p> <p>In der Behandlung von seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher Mangelzustände liefert die Studie von Swenson und Kollegen (2010) einen positiven Nutznachweis für Systemische Therapie.</p> <p>Insgesamt vier Studien untersuchen den Nutzen im Störungsbereich von Entwicklungsstörungen (Lu et al. 2009; McKenzie et al. 2020; Wagner et al. 2019; Zhang et al. 2014). Diese Studien deuten auf eine höhere Wirksamkeit Systemischer Therapien im Vergleich zu Standardbehandlungen (treatment as usual) hin.</p> <p>Eine Vielzahl an Studien deutet auch auf den Nutzen von systemischer Therapie im Zuge der Behandlung somatischer Erkrankungen hin (Betancourt et al. 2017; Ellis et al. 2012; Fu et al. 2014; Gustafsson et al. 1986; Kissane et al. 2016; Li et al. 2016, 2018; Naar-King et al. 2014; Onnis et al. 2001; Rowe et al. 2016; Wysocki et al. 2000, 2006; Zhang et al. 2018). Hier belegen die Studien eine Wirksamkeit Systemischer Therapie insbesondere bei der Behandlung von Diabetes, Asthma, HIV und Krebs-Erkrankungen.</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>Die Studie von Blankenstein und Kollegen (2019) deutet auf den positiven Nutzen systemischer Therapie bei antisozialem Verhalten im Zusammenhang mit geistiger Behinderung hin.</p> <p>Eine Reihe von Studien untersucht auch gemischte Krankheitsbilder und lässt sich daher nicht einem Störungsbereich zuordnen (Chen & Tang, 2004; Garrigan & Bambrick, 1977; Henggeler et al., 1999; Jajali, Hashemi & Hasani, 2019; Kissane et al., 2020; Rowe et al. 2004; Santisteban et al., 2003; Santisteban et al., 2015; Szapcoznik et al., 1989). Diese Studien deuten insgesamt auf eine Wirksamkeit systemischer Therapie insbesondere in Bezug auf die globale psychische Belastung hin.</p> <p>Die genannten Studien befinden sich nochmal separat gelistet im Anhang 6.</p>
VAKJP	k. A.
BPtK	<p>Der Nutzen der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen wurde in einer Vielzahl von Studien nachgewiesen. Für den Bereich der internalisierenden bzw. externalisierenden psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter liegen jeweils eigene narrative Übersichtsarbeiten vor. Die Arbeit eines Reviews (von Sydow et al., 2010) bezieht sich auf insgesamt 47 Studien zu externalisierenden Störungen, die Arbeit von Retzlaff et al. (2013) umfasst 38 Studien zu internalisierenden Störungsbildern). Eine quantitative Meta-Analyse basierend auf 56 Primärstudien konnte ebenfalls den Nutzen der Systemischen Therapie bei einem breiten Spektrum von psychischen Störungen belegen (Riedinger et al., 2015). Für die konkreten einzelnen Studien verweisen wir an dieser Stelle auf die in den zitierten Reviews und Meta-Analysen aufgeführten Primärpublikationen der Studien. Ergänzend dazu finden sich in der neueren wissenschaftlichen Literatur weitere Publikationen zu Studien, die die Wirksamkeit der Systemischen Therapie für folgende Anwendungsbereiche der Psychotherapie belegen:</p> <p>Affektive Störungen: Garoff et al., 2012; Kramer et al., 2014; Israel et al., 2013; Poole et al., 2018; Waaran et al., 2021.</p> <p>Symptombezogen für suizidales Verhalten liegt ein Nutzen-nachweis der Systemischen Therapie ausfolgenden Studien vor: Diamond et al. 2010; Diamond et al. 2019; Pineda et al 2013.</p> <p>Angst- und Zwangsstörungen:</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>Bao & Yang, 2011; Creswell et al., 2017; Lebowitz et al., 2021; Looyeh et al., 2014; McPherson et al., 2019; Novella & Samu-olis, 2020; Peris et al., 2017; Siqueland et al., 2005.</p> <p>Hyperkinetische Störungen: Zusätzliche Nutzennachweise der Systemischen Therapie ergeben sich aus komparativen Studien mit aktiven Vergleichsbedingungen (u. a. mit Kognitiver Verhaltenstherapie): Boyer et al., 2015; Churchill et al., 2018; Looyeh et al., 2012; Zhu & Lian, 2009.</p> <p>Störungen des Sozialverhaltens: Mehrere komparative Studien mit aktiven Kontrollbedingungen belegen den Nutzen der Systemischen Therapie: Fonagy et al., 2018; Pérez-García et al., 2020; Weiss et al., 2013.</p> <p>Essstörungen: Für diesen Störungsbereich liegen mehrere neuere Studien und ergänzende Publikationen vor, die insgesamt den Nutzen der Systemischen Therapie belegen: Agras et al., 2014; Eisler et al., 2016; Le Grange et al., 2015 und 2016; Lock et al., 2015 und 2019; Madden et al., 2015; Nyman-Carlsson et al., 2019; Russell et al., 2015; Wallin et al., 2019.</p> <p>Substanzkonsumstörungen: Der Nutzennachweis der Systemischen Therapie bei substanz-bezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter bezieht sich insbesondere auf die Studien von Henggeler et al. (1999) und Liddle et al. (2001, 2004 und 2008), die bereits Gegenstand der Begutachtung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie waren. Ergänzend wird hier auf die Studien von Rigter et al. (2013) und Slesnick et al. (2013) verwiesen.</p> <p>Tiefgreifende Entwicklungsstörungen: Den Nutzen der Systemischen Therapie bei Autismus bzw. Autismusspektrumstörungen im Vergleich zur Standardbehandlung belegen insbesondere: McKenzie et al., 2020; Wagner et al., 2019.</p>
BÄK	Eine Übersicht der Studien zur Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen wurde vom WBP veröffentlicht (im Internet abrufbar unter

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>Tabelle: Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen (Gutachten des WBP vom 14.12.2008) (wbpsychotherapie.de).</p>
BKJPP	<p>Seit 2008 ist die Systemische Therapie als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen beifolgenden Diagnosen anerkannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affektive Störungen (F30 bis F39) und Belastungsstörungen (F43), • Essstörungen (F50) und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5), • Verhaltensstörungen (F90 bis F92), F94, F98) mit Beginn in der Kindheit und Jugend sowie Tic-Störungen (F95), • Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60, F62, F68 bis F69), Störungen der Impulskontrolle (F63), Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen (F64 bis F66), Abhängigkeit und Missbrauch (F1, F55), Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F20 – F29) <p>Retzlaff, R, Sydow, K. v, Beher, S., Schweitzer J. (2013): The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials. Family Process 52(4):619-52.</p> <p>Riedinger, V., Pinquardt, M, Teubert, D.: (2017): Effects of Systemic Therapy on Mental Health of Children and Adolescents: A Meta-Analysis. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 46(6):880-894. doi: 10.1080/15374416.2015.1063427</p> <p>Sydow, K.,v , Retzlaff, R., Beher, S., Schweitzer, J. (2013): The Efficacy of Systemic Therapy for Childhood and Adolescent Externalizing Disorders: A Systematic Review of 47 RCT. Family Process52(4):576-618.</p> <p>Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007): Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/ Familientherapie. Göttingen: Hogrefe</p>
bkj	<p>Wir verweisen auf:</p> <p>Sydow, Kirsten von (2018): Forschungsstand, wissenschaftliche und sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie. In: Sydow, Kirsten von/Borst, Ulrike (Hrsg.): Systemische Therapie in der Praxis. Weinheim: Beltz, 929-943.</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>Sydow, Kirsten von et al. (2013): The Efficacy of Systemic Therapy for Childhood and Adolescent Externalizing Disorders: A Systematic Review of 47 RCT. In: Family Process, 52 (4), 576-618.</p> <p>Retzlaff, Rüdiger et al. (2013): The Efficacy of Systemic Therapy for Internalizing and Other Disorders of Childhood and Adolescence. A Systematic Review of 38 Randomized Trials. In: Family Process, 2013 (52), 619-652.</p>
Rotthaus	<p>Retzlaff, R, Sydow, K. v, Beher, S., Schweitzer J. (2013): The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials. Family Process 52(4):619-52.</p> <p>Riedinger, V., Pinquardt, M, Teubert, D.: (2017): Effects of Systemic Therapy on Mental Health of Children and Adolescents: A Meta-Analysis. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 46(6):880-894. doi: 10.1080/15374416.2015.1063427</p> <p>Sydow, K.,v , Retzlaff, R., Beher, S., Schweitzer, J. (2013): The Efficacy of Systemic Therapy for Childhood and Adolescent Externalizing Disorders: A Systematic Review of 47 RCT. Family Process52(4):576-618.</p> <p>Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007): Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/ Familientherapie. Göttingen: Hogrefe</p>
Langen	<p>z.B. Effektivität von Familientherapien zu substanzbezogenen Störungen:</p> <p>Tanner-Smith et al. (2013) "The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse"</p> <p>Boustanie et al. (2016): Family-based treatments for adolescence substance abuse</p> <p>z.B. Effektivität von Multifamilientherapie bei Essstörungen:</p> <p>Eisler et al. (2016): A pragmatic randomised multicentre trial of multifamily an single family therapie for adolescent anorexia nervosa</p> <p>Steinberg et al (2019): Multifamilientherapie mit anorektischen Kindern und Jugendlichen</p>

6. Gibt es Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen bei Anwendung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen?

Einschätzende (r)	Antwort
DGKJP	Bei noch fortlaufend bestehender Traumatisierung eines Kindes/Jgdl. in der Familie z.B. durch sexuellen Missbrauch eines Kindes/Jgdl.
DGVT	Hinweise auf Risiken bei der Anwendung systemischer Therapie bei Kinder und Jugendlichen liegen unseres Wissens nach nicht vor. Bei der Anwendung Systemischer Therapie sind die von den Fachvertreter:innen spezifizierten Indikations- und Kontraindikationskriterien zu berücksichtigen (Sydow et al., 2007; Sydow, 2018).
SG DGSF	<p>Es gibt keine Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen bei der Anwendung der ST bei Kindern und Jugendlichen.</p> <p>Es gibt aber klare Indikationen und Kontraindikationen für die Arbeit im Mehrpersonensetting (Sydow et al., 2007; Sydow, 2018: Kap. 8: Indikationen & Kontraindikationen), etwa wenn keine fundierte Ausbildungserfahrung in diesem Setting besteht oder Familienstrukturen dies nicht zulassen.</p> <p>Umgekehrt gibt es Belege für abträgliche Effekte von Einzeltherapien auf die Funktionsweise von Familien (family functioning), die direkt für das psychische Befinden von Kindern und Jugendlichen entscheidend sind, d.h. es besteht die Gefahr einer psychischen Destabilisierung bei ausbleibendem Einbezug von Familienangehörigen: „Whereas biomedical products are required to be tested for safety with respect to vulnerable organ systems, psychosocial treatments are not required to be tested for safety with respect to vulnerable social systems such as the family. This article provides some evidence for the need to document the potential negative effects of psychosocial treatments on family-level outcomes. Three randomized controlled trials are reviewed in which independent ratings or self-reports of family functioning were measured. Each of the 3 studies compared the efficacy of a family and a nonfamily treatment. Totally unexpectedly, the nonfamily treatment in each of the 3 trials demonstrated significant declines in family functioning. The authors suggest that psychosocial treatments with vulnerable populations have the potential to produce negative side effects on families. Therefore, it is important to conduct further research to determine whether safety studies should be required for psychosocial treatment.“ (Szapocznik & Prado, 2007: S. 468)</p>
VAKJP	k. A.

Einschätzende (r)	Antwort
BPtK	Spezifische Risiken oder Kontraindikationen der Systemischen Therapie – auch im Vergleich zu anderen Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen – sind der BPtK nicht bekannt.
BÄK	Das Gutachten des WBP führt dazu aus, dass „eine besondere Indikation für die Systemische Therapie dann besteht, wenn bei der Manifestation der psychischen Störung das soziale System des Indexpatienten eine besondere Rolle spielt. Als wichtigste Kontraindikation wird genannt, dass ‚das System‘ keinen Behandlungsauftrag erteilt.“
BKJPP	Nicht bekannt.
bkj	Nicht bekannt.
Rotthaus	Nicht bekannt.
Langen	Uns sind keine bekannt.

7. Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?

Einschätzende(r)	Antwort
DGKJP	10 Jahre 5 Jahre für Essstörungen, bleibender Effekt
DGVT	In den Übersichtsarbeiten von Retzlaff et al. (2013) und von Sydow et al. (2010) wird bei den Studien eine Übersicht über die Katamnese-Zeiträume (zwischen 3 Monaten und 5 Jahren) und entsprechende Ergebnisse gegeben. Riedinger, Pinquart und Teubert (2017) inkludieren in ihre Meta-Analyse 39 Studien mit Katamnese-Daten.
SG DGsf	In den bisherigen Studien zu Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich Katamnese-Zeiträume von 3 Monaten bis zu 5 Jahren. Die Übersichtsarbeiten von Retzlaff et al. (2013) und von Sydow et al. (2013) geben für jede Studie Katamnese-Zeiträume und Ergebnisse an. Riedinger und Kollegen (2015) finden in ihrer Meta-Analyse 39 Studien mit Katamnese-Daten. Bei Riedinger und Kollegen (2015) zeigen sich höhere oder vergleichbare Effektstärken in der Katamnese im Vergleich zu prä-post-Vergleichen bei Substanzstörungen, Verhaltensproblemen, Essstörungen, Angststörungen und Depression. Neuere Studien deuten auf einen "sleeper-effect" von ST hin. So zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Systemischer Therapie

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>und aktiver Vergleichsgruppe im prä-post-Vergleich, aber durchaus in der Katamnese - zugunsten der ST (Liddle et al. 2008).</p> <p>Für den Katamnese- Zeitraum von 4 Jahren zeigte eine Urin-Analyse in der Behandlung von Cannabis-Konsumstörungen, dass die Gruppe mit ST im Vergleich zur aktiven Kontrollgruppe eine signifikant höhere Langzeitabstinenz aufwies.</p>
VAKJP	k. A.
BPTK	<p>Die unter 5. zitierten Studien umfassen Katamnesezeiträume von drei Monaten bis zu fünf Jahren, die zum Teil die Stabilität der erzielten Behandlungserfolge nachweisen, zum Teil auch weitere Verbesserungen nach Therapieende belegen. Für spezifische Ergebnisse in den verschiedenen Anwendungsbereichen wird auf die unter 5. genannten Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen verwiesen.</p>
BÄK	<p>Gemäß dem Gutachten des WBP liegen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen Katamneseergebnisse zwischen sechs Monaten und fünf Jahren für die folgenden Anwendungsbereiche vor, welche die Stabilität der Wirksamkeit der Systemischen Therapie belegen (Angaben zum Katamnesezeitraums. Literaturtabelle, Frage 5):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affektive Störungen und Belastungsstörungen (1 Studie) • Essstörungen und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (4 Studien) • Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und Tic-Störungen (2 Studien) • Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (1 Studie).
BKJPP	<p>In Katamnesen konnte ein Anstieg der Wirksamkeit über längere Verläufe nachgewiesen werden (was aufgrund der Familienarbeit, also der Veränderung des Umfeldes, auch gut begründbar ist).</p>
bkj	Siehe Punkt 5.
Rotthaus	<p>In Katamnesen konnte ein Anstieg der Wirksamkeit über längere Katamneseverläufe nachgewiesen werden (was aufgrund der Familienarbeit, also der Veränderung des Umfeldes, auch gut begründbar ist).</p>
Langen	Hierzu liegen uns keine Daten vor.

C. Fragen zur Epidemiologie und Ökonomie

8. Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen im Versorgungskontext?

Bitte machen Sie insbesondere Angaben

- a) zur Relevanz der medizinischen Problematik,
- b) zum Spontanverlauf der Erkrankungen und
- c) zu diagnostischen und therapeutischen Alternativen, insbesondere im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren (vgl. VerFO des G-BA 2. Kapitel, §10 Abs. 2, Nr. 2, a) bis c) <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/42/>)

Einschätzende (r)	Antwort
DGKJP	<p>Wenn im Versorgungskontext in systematischer Form das Familiensystem einbezogen werden sollte- auch im ambulanten Setting. Das ist definitiv gegeben bei:</p> <p>Essstörungen: Maudsley Ansatz (FBT) unverzichtbar</p> <p>Schwere Störungen des Sozialverhaltens bei Jugendlichen (Wirksamkeit Multisystemtherapie falls Jugendliche in der Familie gehalten werden sollen; kaum wirksame andere Verfahren!)</p> <p>Substanzkonsumstörungen (Multidimensionale Familientherapie)</p> <p>Bei Einbezug des sozialen Umfelds bessere Halterate, bessere Stabilisierung (u.a. auch gegeben bei tiefenpsychologischer /psychoanalytischer Familientherapie und verhaltenstherapeutischem Einbezug der Familie). Dies gilt auch für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entlastung von Angehörigen, Anpassung an Krankheit und psychotherapeutische Veränderung von Kindern-Jugendlichen • Psychischen Faktoren bei körperlich kranken Kindern, • Kinder mit Intelligenzminderung • Kinder psychisch kranker Eltern • Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund • Kooperation in Helfersystemen
DGVT	<p>Die Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind hoch: In der KIGGS-2-Studie wird eine mittlere Prävalenz von 16,9% berichtet (Klipker et al. 2018), wobei Jungen häufiger als Mädchen betroffen waren. Die KIGGS-2-Studie zeigt weiterhin, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status eher betroffen sind als Kinder und Jugendliche auf Familien mit höherem sozioökonomischen</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>Status. Diese Unterschiede verweisen darauf, dass kontextuelle Faktoren, die unter einer systemischen Perspektive adressiert werden, von besonderer Relevanz sind.</p> <p>Die Chronifizierungsrisiken und damit verbundene Folgekosten (insbesondere bei ADHS, Anorexia nervosa, Störungen des Sozialverhaltens) sind hoch (Schmidt 2004).</p> <p>Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist in Deutschland recht hoch (je nach Altersgruppe zwischen 33.3-39.7%; Destatis 2020). Kultursensible therapeutische Angebote, die den Kontext und dessen Normen und Regeln einbeziehen entsprechen einer systemischen Orientierung. Dementsprechend wurden in der Systemischen Therapie hierzu spezifische Konzepte entwickelt (Lanfranchi u. Kohli, 2019; Radice v. Wogau et al. 2004).</p> <p>Durch die Einbeziehung von Familien und damit der Angehörigen von psychisch belasteten Patient:innen können einerseits Ressourcen der Familie für die Unterstützung der Patient:innen aktiviert und ausgebaut werden; andererseits werden umfassendere Informationen über die jeweilige Person zugänglich, die die Behandlungsplanung verbessern. Gleichzeitig können störungsrelevante Risiken im Umfeld (von psychischen Störungen anderer Familienmitglieder über mangelnde Erziehungsfähigkeiten bis hin zu Gewalt und Missbrauch) früher identifiziert werden.</p> <p>Die Behandlung psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters erfordert in vielen Fällen eine berufsgruppenübergreifende Kooperation von Behandler:innen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Kinder- und Jugendpsychiater:innen, FA für Kinder- und Jugendheilkunde, Ergotherapeut:innen, Logopäd:innen, Physiotherapeut:innen), sowie eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Jugendhilfen, der Schulen usw. (Fegert et al. 2017). Kooperationsprozesse in größeren Helfersystemen werden in der Systemischen Therapie intensiv beachtet und sind ein zentraler Anteil jeder Ausbildung.</p>
SG DGSF	<p>a) Zahlen zur Prävalenz psychischer Auffälligkeiten im Erhebungszeitraum 2014-2017 werden vom RKI mit 16,9 % der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen angegeben (Klipker et al. 2018). Diese Zahlen haben sich durch die Corona-Krise, deren Leidtragende im besonderen Maße Kinder und Jugendliche sind, erhöht (siehe COPSYS-Studie: Ravens-Sieberer et al., 2020). Derzeit können Kinder und Jugendliche durch die Krankenversicherungen nur mit zwei Ansätzen versorgt werden, während für Erwachsene bereits Systemische Therapie zur Verfügung steht. Auch dort wurde die medizinische Notwendigkeit für Systemische Therapie bejaht; es gibt keinen</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>Grund, warum das bei Kindern und Jugendlichen anders sein sollte, im Gegenteil.</p> <p>In den mündlichen Anhörungen beim Bewertungsverfahren der Systemischen Therapie für Erwachsene wurde von den Expert:innen der Kinder- und Jugendpsychotherapie und -psychiatrie ausgeführt, dass Systemische Therapie im stationären Bereich sehr häufige Anwendung findet und diese Behandlung derzeit ambulant nicht fortgeführt werden kann.</p> <p>b) Unbehandelt besteht das Risiko einer Chronifizierung mit gravierenden Folgekosten, z.B. bei ADHS mit 30-50% und bei Anorexia nervosa 25 % (mit einer Mortalität von über 5%). Eine ungünstige Prognose gibt es auch bei unbehandelten Zwangsstörungen und Sozialverhaltensstörungen, mit einem hohen Risiko von Substanzkonsumstörungen (Schmidt, 2004b).</p> <p>Störungen des Sozialverhaltens von Jugendlichen sind ein erhebliches Problem mit beträchtlichen Folgekosten. Nach einer Erhebung der AOK Baden-Württemberg (2008) wird ein großer Teil der stationären Betten in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg von Patienten mit dieser Diagnose belegt. Bei schwerem delinquentem Verhalten führt Systemische Therapie zu einer Verminderung von Verhaltensproblemen, begleitenden psychiatrischen Symptomen, einer Reduktion von Inhaftierungen und Fremdplatzierungen sowie einer geringeren Rückfallrate und wirkt sich gleichzeitig positiv auf die Familienbeziehungen und Verhaltensprobleme von Geschwistern aus (Sydow et al., 2007).</p> <p>Magersucht zählt zu den schweren kostenintensiven psychischen Erkrankungen. Laut einer Follow-up-Untersuchung nach 21 Jahren von Zipfel et al. (2000) muss bei 10,4% der überlebenden Patientinnen noch immer die Volldiagnose gestellt werden; 15,6% der Patientinnen verstarben an den Krankheitsfolgen. Insbesondere bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia nervosa ist Systemische Therapie international der wichtigste Therapieansatz (Sydow et al., 2007). Sie ist wegen der relativ hohen Erfolgsrate und der guten Evidenzbasis in Großbritannien Standardbehandlung bei Anorexie; der Einsatz anderer Therapieverfahren ist begründungspflichtig (National Collaborating Centre, 2004). Systemische Therapie bei Anorexia nervosa hat nachweislich hohe Erfolge mit sehr guten Behandlungsergebnissen.</p> <p>Alkoholexzesse unter Jugendlichen nehmen zu; die Lebenszeitprävalenz für Alkohol- und Substanzstörungen unter 14-24-Jährigen ist mit 15,9% bei Alkohol und 4,9% bei illegalen Substanzen sehr hoch (Wittchen et al., 1998). Systemische Therapie in Kombination mit Methadonsubstitution führt auch</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>bei schwer erreichbaren, erwachsenen Opiatabhängigen zu einer Reduktion des Konsums von legalen und illegalen Drogen. Systemische Therapie erreicht mehr Jugendliche mit Substanzproblemen als andere Behandlungsangebote, die Halterate ist besonders hoch und es gibt nachweislich positive Effekte auf die Geschwister. Insgesamt ist Systemische Therapie bei Substanzstörungen das am besten untersuchte Verfahren mit den positivsten Ergebnissen (Sydow et al., 2007, 2013).</p> <p>Seit vielen Jahren wird über eine Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz berichtet (siehe z.B. das Positionspapier zur Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher der BPTK, 2006). Sehr häufig leidet nicht nur ein Kind, sondern auch die Geschwister und Eltern an psychischen Beschwerden, wie z.B. Ängsten. Im Mehrpersonensetting können gleichzeitig mehrere Patienten behandelt werden. Die Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen könnte durch eine Zulassung der Systemischen Therapie damit strukturell verbessert werden.</p> <p>Die in Deutschland ausschließlich in der Systemischen Therapie übliche Multifamilien-Therapie – eine Form der Gruppentherapie mit mehreren Patienten und ihren Familien – ist eine weitere Möglichkeit, eine größere Zahl von Patienten gleichzeitig zu versorgen. Mit ihrer ausgeprägten Ressourcen- und Lösungsorientierung und der Arbeit mit klar ausgehandelten Aufträgen sind Systemische Therapien zudem tendenziell kürzer als andere Verfahren.</p> <p>Kostenträchtige, schwere chronische Krankheiten mit hohem Leidenspotenzial können sehr gut mit Systemischer Therapie behandelt werden: Essstörungen, Substanzabhängigkeit, Patienten mit Mehrfachdiagnosen und delinquente Störungen.</p> <p>Mit Systemischer Therapie können Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden, die typischerweise bei einem einzeltherapeutischen Zugang nicht leicht zu erreichen sind. Zu den mit psychischen Störungen einhergehenden assoziierten abnormen Umständen zählen nach Hagen (2015) an erster Stelle mit 49.9% eine inadäquate Kommunikation in der Familie, an zweiter Stelle abnorme intrafamiliäre Beziehungen (41,1%), an vierter Stelle psychische Störungen etc. in der Familie (36,5%) an fünfter Stelle abnorme Erziehungsbedingungen (35%). Dies spricht für eine intensive Einbeziehung von Familienangehörigen in die Behandlung, was in der Systemischen Therapie Standardpraxis ist.</p> <p>Die Behandlung von schweren Störungen wie Substanzkonsumstörungen, Zwangsstörungen, Sozialverhaltensstörungen und Anorexien wird sehr</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>häufig durch eine mangelnde Motivation der jungen Patienten beeinträchtigt. Durch den intensiven Einbezug der Familienangehörigen können Patienten behandelt werden, die sonst schwer zu erreichen wären oder eine begonnene Therapie abbrechen würden, mit hohen Folgekosten. Die Behandlung von psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters erfordert in einem großen Teil der Fälle eine berufsgruppenübergreifende Kooperation von Behandlern – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater, FA für Kinder- und Jugendheilkunde, Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten – sowie eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Jugendhilfe, der Schulen usw. (Fegert et al. 2017). Kooperationsprozesse in größeren Helfersystemen werden in der Systemischen Therapie intensiv beachtet und sind ein zentraler Anteil jeder Ausbildung; dies dürfte ein Alleinstellungsmerkmal der Systemischen Therapie gegenüber Verhaltenstherapie und den Psychodynamischen Therapien sein. Als kooperationsorientierter Ansatz ermöglicht Systemische Therapie eine bessere Verzahnung von ambulanten Behandlern und stationären Einrichtungen und bietet spezielle Methoden, die das Case-Management bei komplexeren Psychotherapiefällen übersichtlicher und mittelbar dadurch Einzelmaßnahmen wirkungsvoller machen.</p> <p>In Deutschland hat ein sehr hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen einen Migrationshintergrund, je nach Altersgruppe zwischen 33,3-39,7% (Destatis 2020). In der Systemischen Therapie gibt es zahlreiche Konzepte für eine kultursensible Behandlung (Lanfranchi & Kohli, 2019; Radice v. Wogau et al., 2004). Mit ihrer ausgeprägten Berücksichtigung kultureller Kontexte ermöglicht die Systemische Therapie einen besseren Zugang zu Familien mit Migrationshintergrund. Die Einbeziehung von mitleidenden und mitbehandelten Angehörigen in der systemischen Therapie kann helfen, deren langjährige Kenntnis des Patienten besser für die Behandlung zu nutzen und damit soziale Unterstützung als einen zentralen Prädiktor einer günstigen Langzeitanpassung sehr direkt zu fördern.</p> <p>Ebenso wurde eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit diesem Verfahren und der signifikant geringere Therapie-„Drop-out“-Rate festgestellt (Sydow et al., 2007).</p> <p>c) Aktuell arbeiten die niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausschließlich verhaltenstherapeutisch und psychodynamisch. Die besondere Vorgehensweise, die spezifischen Interventionen und die intensive Einbeziehung der Angehörigen im Mehrpersonensetting sowie die besondere Berücksichtigung von</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>multisystemischen Faktoren – auch im Helfersystem – sind kennzeichnend für die Systemische Therapie und heben sie deutlich von den anderen Verfahren ab.</p>
VAKJP	<p>Eine diagnostische und auch therapeutische Alternative ist im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie bereits vorhanden. Kinder und Jugendliche werden bereits jetzt schwerpunktmäßig im Rahmen des familiären Bezugssystems behandelt, wenn eine entsprechende Indikation vorliegt. Dazu sind Gespräche mit „relevanten Bezugspersonen“ explizit vorgesehen (Vgl. PT-Vereinbarung, z.B. §11 (10) oder §15 (2)), für die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen regelhaft ausgebildet sind. Die Ausweitung auf „relevante Bezugspersonen“ macht nicht nur den Einbezug von sorgeberechtigten Eltern, sondern auch von Bezugspersonen in Patchworkfamilien, Schule, Heimen, Jugendhilfe etc. möglich. Transgenerationale Themen werden von den psychodynamischen Verfahren besonders beachtet.</p> <p>Für KJP gibt es darüber hinaus Möglichkeiten der Zusatzqualifizierung, z.B. in tiefenpsychologisch-fundierter bzw. analytischer Familientherapie (bspw. nach den Richtlinien des BvPPF) Die Kombination dieser beiden Setting-Varianten psychodynamischer Psychotherapie liegt nahe, da theoretische, ätiologische und auch Veränderungskonzepte kompatibel sind.</p>
BptK	<p>a) Die Prävalenz psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter liegt im Vergleich zu Erwachsenen etwas niedriger. Nach einer Meta-Analyse von Barkmann & Schulte-Markwort (2010) auf Basis von 33 internationalen epidemiologischen Studien der vergangenen 50 Jahre wiesen im Durchschnitt 18 Prozent der Kinder und Jugendlichen in diesem Zeitraum eine psychische Störung auf. Die Prävalenzen schwanken zwischen den Studien stark und reichen von zehn bis über 30 Prozent. Nach den Ergebnissen der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts sind 21,9 Prozent aller Kinder und Jugendlichen von psychischen und/oder Verhaltensproblemen betroffen. Jedoch erfüllen nicht alle Betroffenen auch die diagnostischen Kriterien einer psychischen Erkrankung gemäß ICD-10 und bedürfen einer ambulanten oder stationären Behandlung. Studien von Egger & Angold und Klitzing et al. (2015) zeigen dagegen, dass schon sehr junge Kinder häufig von klinisch relevanten psychischen Störungen betroffen sind.</p> <p>Psychische Erkrankungen gehen dabei vielfach mit gravierenden Einschränkungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen einher. Sie führen bereits bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu einem Leben mit Behinderung. Häufigster Grund dafür sind Depressionen, Schizophrenie, bipolare Störungen, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sowie selbstverletzendes Verhalten (Karow et al., 2013; Gore et al., 2011).</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>b) Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter dauern häufig über längere Zeit an. Nach einer Analyse des ZI bleiben bei der Hälfte der Kinder, die psychische Auffälligkeiten entwickelten, diese über zwei Jahre bestehen. Ein Drittel war auch sechs Jahre später noch psychisch auffällig (Steffen et al., 2019). Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind ein relevanter Risikofaktor, im Erwachsenenalter erneut psychisch zu erkranken. Bei einer Reihe von Erkrankungen persistieren die psychischen Störungen unbehandelt bis ins Erwachsenenalter oder nehmen einen rezidivierenden Verlauf.</p> <p>Bei etwa zwei Drittel der Kinder mit einer behandlungsbedürftigen ADHS dauert diese bis ins Erwachsenenalter. Auch Störungen des Sozialverhaltens zeigen häufig einen ungünstigen Krankheitsverlauf, insbesondere wenn sie schon früh in der Kindheit entstehen. Bei mehr als der Hälfte der Achtjährigen bestand die Störung des Sozialverhaltens noch 17 Jahre später fort (Ihle & Esser, 2002).</p> <p>Zum Teil kommt es auch zu einer deutlichen Verschlechterung der Symptomatik, zum Beispiel bei Essstörungen oder substanzbezogenen Störungen, bei denen der schädliche Gebrauch im jungen Lebensalter mit einem deutlich erhöhten Risiko für eine Abhängigkeitsentwicklung verbunden ist.</p> <p>Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter führen darüber hinaus in sensiblen Lebensphasen der schulischen und beruflichen Entwicklung sowie der Persönlichkeitsentwicklung häufiger zu erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen, die sich u. a. nachhaltig negativ auf Bildung, Erwerbsbiografie, die Entwicklung von psychischen und sozialen Ressourcen und Kompetenzen sowie die gesellschaftliche Teilhabe auswirken können. In der Folge besteht ein deutlich erhöhtes Risiko, im Erwachsenenalter erneut psychisch zu erkranken.</p> <p>c) Die Systemische Therapie betont in besonderer Weise den sozialen Kontext psychischer Störungen und bezieht systematisch weitere Mitglieder des für die Patient*in bedeutsamen sozialen Systems in die Behandlung mit ein. Sie fokussiert dabei auf die Interaktion zwischen den Mitgliedern der Familie bzw. des Systems und der weiteren sozialen Umwelt. Weiteres Merkmal der Systemischen Therapie ist die Ressourcenorientierung, sowohl mit Blick auf die Patient*in als auch hinsichtlich des für die Patient*in bedeutsamen sozialen Systems. Diese Faktoren haben in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen eine ganz besondere Relevanz. Darüber hinaus wird gegenwärtig eine stärkere Familienorientierung in der Gestaltung der Gesundheitsversorgung, nicht zuletzt der psychischen Gesundheit von belasteten Familien, gefordert, die nicht nur die einzelne Patient*in in den Blick nimmt. Insoweit besitzt die Systemische Therapie ein besonderes Potenzial, zu einer stärkeren</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>Familienorientierung in der psychotherapeutischen Versorgung sowie der Planung und Umsetzung der erforderlichen ergänzenden Hilfen von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen und deren Familien beizutragen. Die Systemische Therapie stellt insoweit neben den bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren eine unverzichtbare Behandlungsalternative dar, die den gesetzlich versicherten Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zur Verfügung gestellt werden sollte.</p>
BÄK	<p>Systemische Therapie wird als Weiterentwicklung der frühen Familientherapie der 50er- und 60er-Jahre in den USA begriffen. Eine besondere Indikation für die Systemische Therapie besteht gemäß dem Gutachten des WBP dann, wenn bei der Manifestation der psychischen Störung das soziale System des Indexpatienten eine besondere Rolle spielt. Da die Familie ein wichtiges Bezugssystem für den Erwerb und die Aufrechterhaltung sowohl von gesunden als auch pathologischen Strukturen der Interaktionen darstellt, wird die Systemische Therapie häufig im Familiensetting umgesetzt. Die Familie wiederum steht im Zusammenhang mit Strukturen auf kognitiv-emotiver und somatischer Prozessebene. Somit hat die Systemische Therapie einen gegebenen Schwerpunkt in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die in existenzieller Abhängigkeit von ihren Bezugspersonen stehen.</p>
BKJPP	<p>Für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (und ihren Angehörigen) ist die Systemische Therapie KiJu ein absolut notwendiges und unverzichtbares Therapieangebot im Versorgungskontext. Die hohe Wirksamkeit wurde gut nachgewiesen bei Angststörungen, und Depressionen (Suizidalität!), Essstörungen, externalisierenden Störungen und Substanzstörungen. Besonders wichtig und praktisch unverzichtbar</p> <ul style="list-style-type: none"> • für die Behandlung von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter, • für die Behandlung sekundärer psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen, • für die Behandlung von psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern, • für die Behandlung von psychischen Störungen minderbegabter Kinder und Jugendlichen, • für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus Migrationsfamilien.
bkj	<p>Wir gehen von einem großen Nutzen der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen im medizinischen Versorgungskontext aus.</p>

Einschätzende (r)	Antwort
	<p>a) Die Relevanz der medizinischen Problematik ist vor allem im Rahmen der systemischen Familienmedizin bislang gut praktiziert. Zahlreiche Programme betten systemische Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche hier ein. Z.B. Luftik(r)s, Lausanner Dialogspiel u.a. In Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung bietet die systemische Psychotherapie eine bislang nicht berücksichtigte, unabdingbare Ergänzung.</p> <p>b) Die Systemische Psychotherapie und vor allem auch die systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hat in langer Tradition erwiesen, dass eine positive psychotherapeutische Bearbeitung, vor allem auch psychosomatischer Erkrankungen, gut möglich ist. Es finden sich hier vor allem in psychosomatischen Rehakliniken für Kinder- und Jugendliche und ihre Familien entsprechende Ansätze mit sehr positivem Verlauf.</p> <p>c) Vor dem Hintergrund der bisher sozialrechtlich anerkannten Richtlinienverfahren bietet die Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit der spezifischen theoretischen psychotherapeutischen Grundlage und vor allem hier die systemische Sichtweise mit stärkerem Einbezug der sozialen Kontexte/Systeme/Subsysteme eine unabdingbare Ergänzung im psychotherapeutischen Versorgungsbereich für Kinder und Jugendliche und deren Familien.</p>
Rotthaus	<p>Für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (und ihren Angehörigen) ist die Systemische Therapie KiJu ein absolut notwendiges und unverzichtbares Therapieangebot im Versorgungskontext. Die hohe Wirksamkeit wurde gut nachgewiesen bei Angststörungen und Depressionen (Suizidalität!), Essstörungen, externalisierenden Störungen und Substanzstörungen.</p> <p>Ganz besonders wichtig und praktisch unverzichtbar ist die Systemische Therapie KiJu</p> <ul style="list-style-type: none"> • für die Behandlung von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter, • für die Behandlung sekundärer psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen, • für die Behandlung von psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern, • für die Behandlung von psychischen Störungen minderbegabter Kinder und Jugendlichen, • für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus Migrationsfamilien.

Einschätzende (r)	Antwort
Langen	<p>zu a) Dem biopsychosozialen Modell folgend sind bei einem Großteil der psychischen und somatischen Erkrankungen sowie Entwicklungsstörungen diverse Kontextfaktoren systemisch unbedingt zu berücksichtigen</p> <p>zu b) Der sogenannte „Spontanverlauf“ meint i.d.R. einen Verlauf ohne therapeutische Einflussnahme. Dieser wird in vielen Fällen durch systemische Einflussgrößen maßgeblich mitbedingt. Die systemische Therapie ist hierbei in der Lage, solche Ressourcen zu identifizieren und zu fördern.</p> <p>zu c) Im Kinder- und Jugendbereich ist die direkte Einbeziehung der familiären sowie ggf. auch der pädagogischen Bezugspersonen entscheidend für den Therapieverlauf. „Systemische Therapie ist mehr als Einzeltherapie mit einigen eingestreuten Elterngesprächen.“ (Nemetschek 2006) „Ziel der systemischen Therapie ist es, symptomfördernde familiäre Interaktionen und Strukturen, dysfunktionale Lösungsversuche und einschränkende Annahmen, individuelle und familiäre Glaubenssysteme und Narrative zu hinterfragen und die Entwicklung neuer Interaktionen, Haltungen und Sichtweisen anzuregen.“ (Retzlaff 2013)</p>

9. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren?

Bitte machen Sie insbesondere Angaben zur

- a) Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten,
- b) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten,
- c) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekostenabschätzung, und
- d) Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden.

(VerfO des G-BA 2. Kapitel, § 10 Abs. 2 Nr. 3 a) bis d))

Einschätzende(r)	Antwort
DGKJP	<p>Einige Hinweise finden sich in Sydow et al. (2007) i.S. guter Kosten-Nutzen-Relation Im Allgemeinen wird eine niedrigere Sitzungsfrequenz angegeben als in anderen Verfahren; Ausnahme: MST mit sehr hoher Frequenz bei geringer Wirksamkeit anderer Methoden (Ausnahme hochfrequente mentalisierungsbasierte Therapie, MBT) Kostenmäßig hoch bedeutsam ist die durch ambulante systemische Therapie mögliche frühere Entlassung aus stationärer Behandlung oder deren Vermeidung (z.B. bei Essstörungen) Weitere diagnosespezifische Antworten können gegeben werden, (Kosten-) Analysen dazu sind nicht</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	bekannt i.A. zeichnet sich das Verfahren durch niedrige drop-out-Raten und hohe treatmentattrition bei ansonsten anfälligen Gruppen mit Impulsivität und schwankender Motivation aus (Sozialverhaltensstörungen, Substanzstörungen).
DGVT	Hier sei ebenfalls auf die Angaben der Fachvertreter:innen zur Systemischen Therapie verwiesen.
SG DGSGF	<p>Wir beantworten alle vier Unterpunkte zusammen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwere Störungen des Sozialverhaltens, einschließlich der Ausübung von gewalttätigen und/oder sexuellen Übergriffen: Im Mittel Einsparungen von etwa 10% der Behandlungskosten durch ST gegenüber der jeweiligen Vergleichsbedingung (Crane, 2007; Gottfredson et al., 2018). Mehrere randomisierte Studien ergaben einen Return on Investment zwischen 10:1 und 49:1 US-Dollar (Borduin & Dopp, 2015; Klietz et al. 2010; Vermeulen et al., 2017), für Systemische Therapie, welche der jeweiligen Vergleichsbedingung überlegen war. Eine weitere Studie ergab eine ebenso große Kosteneffektivität gegenüber der Vergleichsbedingung (Fonagy et al., 2018). Eine retrospektive deutsche Studie mit 70 Jugendlichen (Rehberg et al., 2011) kalkulierte eine Kostenersparnis zwischen 40% und 60% für ST pro Fall gegenüber den außerfamiliären Platzierungen, die nach Einschätzung der Zuweiser ohne ST erforderlich gewesen wären. • Für Substanzkonsumstörungen, mehrheitlich Cannabinoidabusus bzw. -abhängigkeit, zeigt die Analyse von Goorden, van der Schee, Hendriks & Hakkaart-van Roijen (2016) Hinweise auf bessere Kosteneffektivität für ST gegenüber der Vergleichsbedingung kognitive Verhaltenstherapie. • Für Anorexia nervosa kommt eine retrospektive Studie zum Schluss, dass ST einer den Jugendlichen fokussierenden Therapie hinsichtlich Kosteneffektivität überlegen war (Le et al., 2017). Beide Bedingungen erwiesen sich als kosteneffektiver gegenüber der gewöhnlichen Behandlung. • Für selbstverletzendes Verhalten zeigt sich in einer Studie eine dezent überlegenere Kosteneffektivität für ST gegenüber der gewöhnlichen Behandlung (Cottrell et al., 2018). In einer weiteren, einarmigen Studie fand in der Post-Messung keine Veränderung in den insgesamt verursachten gesundheitsbezogenen Kosten über ein Jahr im Vergleich zum Jahr vor der Baseline-Messung (Wijana et al., 2021).

Einschätzende(r)	Antwort
	<ul style="list-style-type: none"> • In einer Studie zu depressiven Störungen fand sich ein Kostenvorteil für Systemische Therapie gegenüber Einzeltherapie und Therapie mit wechselndem Familien- und Einzelsetting (Crane et al., 2013). • Eine prospektive Studie zu körperlicher Erkrankung im Kindesalter zeigte einen Return on Investment von 6:1 US-Dollar für ST (Distelberg et al., 2016). • Für Familien, in denen es zu Kindesmissbrauch und/oder schwerer Vernachlässigung der Kinder gekommen war, wurde für ST ein Return on Investment von 3:1 US-Dollar (Dopp et al., 2018) gefunden. <p>Generell kann gesagt werden, dass ST positive Auswirkungen auf Angehörige von Patientinnen und Patienten hat und für eine sehr niedrige Abbrecherrate steht (Pinquart et al., 2016; Retzlaff et al. 2013; Sydow et al., 2013).</p>
VAKJP	k. A.
BPtK	<p>Der BPtK sind keine Studien bekannt, die zu den genannten Punkten die Frage der Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu den anderen Psychotherapieverfahren gemäß Psychotherapie-Richtlinie spezifisch adressieren. Grundsätzlich zeichnet sich die Systemische Therapie jedoch in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu einem Teil der anderen Richtlinienverfahren durch eine tendenziell geringere Anzahl an Behandlungsstunden bei vergleichbarem patientenrelevantem Nutzen aus.</p>
BÄK	<p>Das Gutachten des WBP umfasst zwei Kosten-Nutzen-Analysen zur Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen, jeweils im Bereich „Gemischte Störungen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schoenwald et al., 1996 • Sheidow et al., 2004.
BKJPP	<p>Typisches Merkmal systemtherapeutischen Denkens ist die enge Kooperation mit anderen Institutionen und Personen des Helfersystems wie Schule (entscheidend wichtig z. B. bei Schulproblemen und Schulverweigerung), Jugendamt und anderen. Das erhöht signifikant die Erfolgswahrscheinlichkeit.</p> <p>Bei systemtherapeutischem Arbeiten konnte eine hohe Haltequote nachgewiesen werden.</p> <p>Dadurch, dass die ganze Familie in die therapeutische Arbeit einbezogen wird, entfallen die nicht seltenen Parallelbehandlungen von Kindern</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>oder Jugendlichen, ggf. auch von Elternteilen, durch verschiedene TherapeutInnen.</p> <p>Durch die Stärkung der Eltern und ggf. sonstigen Familienangehörigen kann häufig auf eine kostenaufwändige stationäre oder teilstationäre Therapie verzichtet werden.</p> <p>Bei stationären Therapien von Kindern und Jugendlichen konnten deutliche positive Effekte auf Störungen von Geschwistern nachgewiesen werden (siehe: Zander, Balk, Strack, Rotthaus, 2001: Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50: 325 – 341.).</p> <p>Eine hohe Kosteneffizienz von Systemischer Therapie KiJu konnte in den USA, in Großbritannien und in Deutschland nachgewiesen werden (Sydow et al 2007: Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie / Familientherapie. Göttingen Hogrefe.)</p>
bkj	<p>Siehe Punkt 5.</p> <p>Zusammenfassend gehen wir davon aus, dass aufgrund des verfahrensspezifischen Settings im Vergleich zur z.B. psychoanalytischen PT eine geringere Sitzungsdauer vor dem Hintergrund der in der systemischen Therapie noch stärker eingegrenzten Auftragsklärung bzw. Fokussierung vorherrschen könnte. Traditionell sind systemische Therapien eher von geringerer Sitzungsdauer gekennzeichnet. Mit hoher Wahrscheinlichkeit zeichnet sich die Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch eine sehr gute Kosten-Nutzen-Abwägung aus. Ferner ist der starke Einbezug des sozialen Umfelds mit Bezug auf die Wirkung der systemischen Therapie im Symptomkontext von besonderer Bedeutung und Wirksamkeit.</p>
Rotthaus	<p>Typisches Merkmal systemtherapeutischen Denkens ist die enge Kooperation mit anderen Institutionen und Personen des Helfersystems wie Schule (entscheidend wichtig z. B. bei Schulproblemen und Schulverweigerung), Jugendamt und anderen. Das erhöht signifikant die Erfolgswahrscheinlichkeit.</p> <p>Bei systemtherapeutischem Arbeiten konnte eine hohe Haltequote nachgewiesen werden.</p> <p>Dadurch, dass die ganze Familie in die therapeutische Arbeit einbezogen wird, entfallen die nicht seltenen Parallelbehandlungen von Kindern oder Jugendlichen, ggf. auch von Elternteilen, durch verschiedene TherapeutInnen. Das bewirkt eine erhebliche Kostenersparnis.</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Durch die Stärkung der Eltern und ggf. sonstigen Familienangehörigen kann häufig auf eine kostenaufwändige stationäre oder teilstationäre Therapie verzichtet werden.</p> <p>Bei stationären Therapien von Kindern und Jugendlichen konnten deutliche positive Effekte auf Störungen von Geschwistern nachgewiesen werden (siehe: Zander, Balk, Strack, Rotthaus, 2001: Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50: 325 – 341.).</p> <p>Das Konzept der stationären und teilstationären Systemische Therapie KiJu habe ich erstmalig 1990 in einem umfangreichen Buch ausführlich beschrieben: Rotthaus, W. (1990): Stationäre Systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund, verlag modernes lernen (3. Aufl. 2015, Heidelberg, Carl-Auer Verlag). Eine hohe Kosteneffizienz von Systemischer Therapie KiJu konnte in den USA, in Großbritannien und in Deutschland nachgewiesen werden (Sydow et al 2007: Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie / Familientherapie. Göttingen Hogrefe.)</p>
Langen	Nach unserem Kenntnisstand sind entsprechende Studien, unterstützt von der SG und der DGSF, derzeit in Vorbereitung.

D. Ergänzung

10. Bitte benennen Sie ggf. Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt sind und zu denen Sie Stellung nehmen möchten.

Einschätzende (r)	Antwort
DGKJP	Vorschlag: Evaluation bezüglich der unter 9. Angesprochenen Aspekte durch verfahrensvergleichende RCTs nach Zulassung des Verfahrens für Kinder und Jugendliche.
DGVT	Wie bereits in der Anhörung beim GBA zur Integration der Systemischen Therapie für Erwachsene erwähnt, ist es in gewisser Weise widersinnig, dass eine therapeutische Praxis, die im Speziellen für die altersübergreifende Arbeit entwickelt wurde, für die Erwachsenenarbeit sozialrechtlich anerkannt wird, nicht aber für Kinder und Jugendliche. Hierbei ist zudem zu berücksichtigen, dass die Forschung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vergleichsweise wenig entwickelt ist und hier weit geringere Ressourcen zur Verfügung stehen als im Erwachsenenbereich.

Einschätzende (r)	Antwort
	Die mangelnde Repräsentanz der Systemischen Therapie in Lehre und Forschung steht auch im Zusammenhang mit der erst kürzlich erfolgten sozialrechtlichen Anerkennung der Systemischen Therapie in Deutschland.
SG DGFSF	<p>Unter 2.1.2 des Bewertungsantrages ist §21 der Psychotherapie-Richtlinie zitiert mit dem Verweis auf die Anwendungsbereiche in denen der Nutznachweis zu erbringen ist. Bei der konkreten Nennung der Anwendungsbereiche fehlen noch die in §27, Absatz 2, Nummer 1-4 gelisteten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Substanzkonsumstörungen • Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen • Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe • Schizophrene und affektive psychotische Störungen. <p>An anderer Stelle im Antrag wurde auf diese Anwendungsbereiche Bezug genommen und §21 in der Psychotherapie-Richtlinie sind die entsprechenden Anwendungsbereiche eindeutig beschrieben.</p>
VAKJP	k. A.
BÄK	Die Systemische Therapie wurde vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie in seinem Gutachten vom 14. Dezember 2008 für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen wissenschaftlich anerkannt (Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie (wbpsychotherapie.de)). Wie bereits in der Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Systemischen Therapie bei Erwachsenen vom 27. August 2019 ausgeführt, befürwortet die Bundesärztekammer ausdrücklich, dass der G-BA das Bewertungsverfahren zur Systemischen Therapie nun auch für Kinder und Jugendliche eröffnet hat.
BKJPP	Der Berufsverband BKJPP vertritt als Berufsverband insbesondere die niedergelassenen Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Viele Fachärzte haben neben der ärztlich-medizinischen Ausbildung und in einem klassischen Psychotherapieverfahren (PA, TP, VT) eine systemische Therapieausbildung und arbeiten mit systemischen Therapeut*innen in ihren Praxen. Die vertragsärztliche Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie weist mit über 400.000 Patienten im Jahr sehr hohe Patientenzahlen auf und verfügt damit über eine große Erfahrung in der Anwendung, der Wirtschaftlichkeit und den Therapieergebnissen verschiedener Therapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen. In der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen und -therapeutischen Behandlung spielt die Arbeit mit den verschiedenen Beteiligten, dem Familiensystem, Schulen, Jugendämtern eine

Einschätzende (r)	Antwort
	übergeordnete Rolle. Die systemische Theorie, Haltung und die verschiedenen systemischen Methoden sind daher essentieller Bestandteil unserer täglichen therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und den Familien. Die Methoden können bislang aber nur punktuell im Rahmen der ärztlichen Behandlung eingesetzt werden. Dieses Wissen in Bezug auf die Anwendbarkeit und die Effekte der systemischen Therapie bei der Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter wird in fachspezifischen Publikationen, Fortbildungsveranstaltungen, Tagungen und Kongressen diskutiert und weiterentwickelt.
bkj	Vor allem die bereits lange systemisch Geprägte Tradition vor dem Hintergrund der Kinder- und Jugendhilfe macht es aus unserer Sicht unabdingbar und lässt es an der Zeit erscheinen, auch hier eine systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im sozialrechtlichen Sinne anzuerkennen. Hierdurch könnte zwischen Psychotherapie und Jugendhilfe eine größere und effizientere Basis entwickelt werden, die ein Mehr an gemeinsamer Sprache mit sich bringen würde. Zudem ist auch hier die systemisch- konstruktivistische Sichtweise von besonderer Bedeutung in Hinblick auf die störungsspezifische Pathogenese bzw. Salutogenese und erfährt einen höheren Einbezug des sozialen Kontextes.
Rotthaus	k. A.
Langen	Entfällt.

III. Eingegangene Einschätzungen ohne Nutzung des Fragebogens

a. Einschätzung von Prof. Christoph Möller

Der systemische, familientherapeutische Ansatz ist ein integraler Bestandteil jeder psychiatrischen, psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Aufgrund des Alters kommt den Familien- und dem erweiterten Familiensystem eine wesentlich größere Bedeutung zu als bei Erwachsenen. Ohne Einbeziehung dieser Aspekte ist das Herangehen unvollständig. Eine Veränderung des Blickwinkels eröffnet häufig neue Entwicklungsperspektiven.

Die klassischen anerkannten Psychotherapieverfahren wie Verhaltenstherapie oder Tiefenpsychologie sind historisch auf die Einzelperson und ihre Entwicklung fokussiert. Um in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen erfolgreich zu sein, müssen diese Verfahren um systemische Aspekte ergänzt werden, was heute vielfach in den Ausbildungscurricula etabliert ist. Um die systemische Therapie als psychotherapeutisches Verfahren anzuerkennen, müssen die entwicklungspsychologischen Aspekte und die Krankheitslehre in das Curriculum der systemischen Therapie aufgenommen werden.

Zur Frage der Wirksamkeit, der Epidemiologie und Ökonomie empfehle ich mich direkt an die systemische Gesellschaft zu wenden, die derartige Fragen am kompetentesten beantworten kann.

Von Seiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Niedersachsen empfehle ich, sich an Herrn Dr. Filip Caby Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Marien-Hospital in Papenburg zu wenden, der zu Ihren Fragen sicherlich die höchste Expertise ausweist.

IV. Literaturlisten und weitere Anlagen

a. Literaturliste der DGKJP

Nr.	Feldbezeichnung	Text
	AU:	Retzlaff, R*, Sydow*, K.v, Beher, S., Schweitzer J. (2013):
	TI:	The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials.
	SO:	Family Process 52(4):619-52. *Gemeinsame Erstautorenschaft
	AU:	Riedinger, V., Pinguardt, M, Teubert, D.: (2017)
	TI:	Effects of Systemic Therapy on Mental Health of Children and Adolescents: A Meta-Analysis.
	SO:	Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 46(6):880-894. doi: 10.1080/15374416.2015.1063427
	AU:	Sydow*, K.,v , Retzlaff*, R., Beher, S., Schweitzer, J. (2013)
	TI:	The Efficacy of Systemic Therapy for Childhood and Adolescent Externalizing Disorders: A Systematic Review of 47 RCT.
	SO:	Family Process52(4):576-618. *Gemeinsame Erstautorenschaft
	AU:	Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007)
	TI:	Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/ Familientherapie.
	SO:	Göttingen: Hogrefe

b. Literaturliste der DGVT

Nr.	Feldbezeichnung	Text
1	AU:	Eliot, R. S., Watson, J. , Timulak, L. & Sharbanee, J.
	TI:	Research on Humanistic-Experiential Psychotherpies. An updated Review.
	SO:	M. Barkham, W. Lutz & L.G. Castonguay (Eds.) / Handbook of Psychotherapy and Behavior Change / 421-467 / New York: Wiley /2021
2	AU:	Fegert, J.M., Hauth, I., Banaschweski, T. & Freyberger, H.J.
	TI:	Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie.
	SO:	Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie /45 /80-85 / 2017
3	AU:	Friedlander, M.L., Heatherington, L., & Diamond, G.D.
	TI:	Systemic and Conjoint Couple and Family Therapies: Recent Advances and Future Directions.
	SO:	M. Barkham, W. Lutz & L.G. Castonguay (Eds.) / Handbook of Psychotherapy and Behavior Change / 539-582 / New York: Wiley / 2021.

4	AU:	Greenberg, L.S. & Johnson, S.M.
	TI:	Emotionally focused therapy for couples.
	SO:	New York: Guilford / 1988
5	AU:	Hunger-Schoppe, C.
	TI:	Systemische Therapie.
	SO:	Stuttgart: Kohlhammer /2021
6	AU:	Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Hölling, H.
	TI:	Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland
	SO:	Journal of Health Monitoring /3/ 2018
7	AU:	Lanfranchi, A., & Kohli, C
	TI:	Flüchtlingskinder – Integration dank Schule und Bildung
	SO:	T. Maier, N. Morina, M. Schick, & U. Schnyder (Hrsg.), <i>Trauma - Flucht – Asyl: Ein praktisches Handbuch</i> / Bern: Hogrefe / 2019
8	AU:	Levold, T. & Wirsching, M.
	TI:	Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch.
	SO:	Heidelberg: Auer / 2020
9	AU:	Minuchin, S.
	TI:	Familie und Familientherapie: Theorie und Praxis struktureller Familientherapie.
	SO:	Freiburg: Lambertus / 1997
10	AU:	Radice von Wogau, J. , Emmermacher, H. & Lanfranchi, A.
	TI:	Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln.
	SO:	Weinheim: Beltz /2004
11	AU:	Retzlaff, R.
	TI:	<i>Spiel-Räume: Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen.</i>
	SO:	Stuttgart: Klett-Cotta. 2008.
12	AU:	Retzlaff, R.
	TI:	Familien-Stärken. Resilienz, Behinderung und systemische Therapie.
	SO:	Stuttgart: Klett-Cotta. 2021.
13	AU:	Retzlaff, R., Haun, M. W., & Schweitzer, J.
	TI:	The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials.
	SO:	Family Process / 52 / 2013
14	AU:	Riedinger, V., Pinquart, M., & Teubert, D.
	TI:	Effects of Systemic Therapy on Mental Health of Children and Adolescents: A Meta-Analysis.
	SO:	<i>Journal of clinical child and adolescent psychology</i> / 46(6) / 880–894 / 2017
15	AU:	Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E. & Elbert, T.

	TI:	Narrative Exposure Therapy for 7-to 16-year-olds: A Randomized Controlled Trial With Traumatized Refugee Children.
	SO:	<i>Journal of Traumatic Stress</i> , 23(4), 437-445 / 2010
16	AU:	Schlippe, A. v. & Schweitzer, J.
	TI:	Lehrbuch der Systemischen Therapie I und II.
	SO:	Göttingen: Vandenhoeck /2016.
17	AU:	Schmidt, M.H.
	TI:	Verlauf von psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen.
	SO:	Deutsches Ärzteblatt, 101 /A2536-A2541 /2004
18	AU:	Schwing, R. & Fryszer, A.
	TI:	Systemisches Handwerk.
	SO:	Göttingen: Vandenhoeck /2015 .
19	AU:	Sydow, K., Beher, S., Schweitzer, J. & Retzlaff, R.
	TI:	Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie.
	SO:	Göttingen: Hogrefe. 2007.
20	AU:	Sydow, K., Beher, S., Retzlaff, R., & Schweitzer, J.
	TI:	The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized trials.
	SO:	Family process, 49 (4), 457-485 / 2010
21	AU:	Sydow, K. von, & Borst, U. (Ed.)
	TI:	<i>Systemische Therapie in der Praxis</i> .
	SO:	Weinheim: Beltz. 2018.
22	AU:	Sydow, K. von, Retzlaff, R., Haun, M. W., & Schweitzer, J.
	TI:	The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT
	SO:	<i>Family Process</i> / 52 / 2013
23	AU:	Zwack, J. & Greenberg, L.
	TI:	Where are the emotions? How EFT could inspire systemic practice.
	SO:	Ochs, M., Borcsa, M., & Schweitzer, J. (Eds.) (2020). Linking systemic research and practice – Innovations in paradigms, strategies and methods. / New York: Springer / 2020

c. Literaturliste der SG und der DGSF

Literaturliste DGSF e.V. & SG e.V.

Zentrale Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit Systemischer Therapie		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
	AU:	Pinquart, M., Oslejsek, B., & Teubert, D.
	TI:	Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis.
	SO:	Psychotherapy Research / 26(2) / 241–257 / 2016.
	AU:	Retzlaff, R., Haun, M. W., & Schweitzer, J.
	TI:	The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials.
	SO:	Family Process / 52 / 2013
	AU:	Riedinger, V., Pinquart, M., & Teubert, D.
	TI:	Effects of Systemic Therapy on Mental Health of Children and Adolescents: A Meta-Analysis.
	SO:	Journal of clinical child and adolescent psychology / 46(6) / 880–894 / 2017
	AU:	Sydow, K. von, Beher, S., Retzlaff, R., & Schweitzer, J.
	TI:	Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie.
	SO:	Göttingen: Hogrefe. 2007. /2007b.
	AU:	Sydow, K. von, Retzlaff, R., Haun, M. W., & Schweitzer, J.
	TI:	The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT
	SO:	Family Process / 52 / 2013

Primärstudien (RCT-Studien) sortiert nach Störungsclustern

Affektive Störungen		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
1	AU:	Diamond, G. S., Reis, B., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L.
	TI:	Attachment based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study.
	SO:	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41, 1190–1196. / 2002.
2	AU:	Garoff, F. F., Heinonen, K., Pesonen, A.-K., & Almqvist, F.
	TI:	Depressed youth: Treatment outcome and changes in family functioning in individual and family therapy.
	SO:	Journal of Family Therapy, 34(1), 4–23. / 2012
3	AU:	Kramer J, Conijn B, Ojjevaar P, Riper H
	TI:	Effectiveness of a Web-Based Solution-Focused Brief Chat Treatment for Depressed Adolescents and Young Adults: Randomized Controlled Trial.
	SO:	J Med Internet Res; 16(5):e141. DOI: 10.2196/jmir.3261 / 2014
4	AU:	Israel, P., & Diamond, G. S.
	TI:	Feasibility of Attachment Based Family Therapy for depressed clinic-referred Norwegian adolescents.
	SO:	Clinical child psychology and psychiatry, 18(3), 334–350. https://doi.org/10.1177/1359104512455811 / 2013
5	AU:	Poole, L. A., Knight, T., Toumbourou, J. W., Lubman, D. I., Bertino, M. D., & Lewis, A. J.
	TI:	A Randomized Controlled Trial of the Impact of a Family-Based Adolescent Depression Intervention on both Youth and Parent Mental Health Outcomes.

Affektive Störungen		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
	SO:	Journal of abnormal child psychology, 46(1), 169–181. https://doi.org/10.1007/s10802-017-0292-7 / 2018
6	AU:	Trowell J, Joffe I, Campbell J, Clemente C, Almqvist F, Soininen M, Koskenranta-Aalto U, Weintraub S, Kolaitis G, Tomaras V, Anastasopoulos D, Grayson K, Barnes J, Tsiantis J
	TI:	Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy.
	SO:	Eur Child Adolesc Psychiatry; 16: 157–167. / 2007
7	AU:	Waraan, L., Rognli, E. W., Czajkowski, N. O., Aalberg, M., & Mehlum, L.
	TI:	Effectiveness of attachment-based family therapy compared to treatment as usual for depressed adolescents in community mental health clinics.
	SO:	Child and adolescent psychiatry and mental health, 15(1), 8. https://doi.org/10.1186/s13034-021-00361-x / 2021

Suizidalität		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
8	AU:	Diamond, G. S., Kobak, R. R., Krauthamer Ewing, E. S., Levy, S. A., Herres, J. L., Russon, J. M., & Gallop, R. J.
	TI:	A Randomized Controlled Trial: Attachment-Based Family and Nondirective Supportive Treatments for Youth Who Are Suicidal.
	SO:	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 58(7), 721–731. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.006 / 2019
9	AU:	Diamond, G. S., Wintersteen, M., Brown, G., Diamond, G., Gallop, B., Shelef, K. et al.
	TI:	Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation and depressive symptoms: A randomized controlled trial.
	SO:	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49, 122–131. / 2010
10	AU:	Pineda J, Dadds MR
	TI:	Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis.
	SO:	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52(8):851–862. / 2013

Selbstverletzendes Verhalten		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
11	AU:	Cottrell DJ, Wright-Hughes A, Collinson M, Boston P, Eisler I, Fortune S, Graham EH, Green J, House AO, Kerfoot M, Owens DW, Saloniki EC, Simic M, Tubeuf S, Farrin AJ.
	TI:	A pragmatic randomised controlled trial and economic evaluation of family therapy versus treatment as usual for young people seen after second or subsequent episodes of self-harm: the Self-Harm Intervention - Family Therapy (SHIFT) trial.
	SO:	Health Technol Assess;22(12):1-222. doi: 10.3310/hta22120. PMID: 29532784; PMCID: PMC5867393. / 2018

Angst- & Zwangsstörungen		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
12	AU:	Bao, Z., & Yang, B.
	TI:	Study on effect of family therapy on adolescent anxiety disorder.
	SO:	China Journal of Health Psychology, 19, 1041–1043. / 2011
13	AU:	Creswell C, Violato M, Fairbanks H, White E, Parkinson M, Abitabile G, Leidi A, Cooper PJ.
	TI:	Clinical outcomes and cost-effectiveness of brief guided parent-delivered cognitive behavioural therapy and solution-focused brief therapy for treatment of childhood anxiety disorders: a randomised controlled trial
	SO:	Lancet Psychiatry, pii: S2215-0366(17)30149-9. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30149-9. / 2017
14	AU:	Lebowitz, E.L., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y. & Silverman, W.K.
	TI:	Parent-Based Treatment as Efficacious as Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety: A Randomized Noninferiority Study of Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions.
	SO:	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (accepted for publication: JAAC 2484) PII: S0890-8567(19)30173-X DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.02.014 / in print
15	AU:	Looyeh MY, Kamali K, Ghasemi A, Tonawanik P
	TI:	Treating social phobia in children through group narrative therapy.
	SO:	Arts Psychother. 41.16–20. doi: 10.1016/j.aip.2013.11.005 / 2014
16	AU:	Peris, T. S., Rozenman, M. S., Sugar, C. A., McCracken, J. T., & Piacentini, J.
	TI:	Targeted Family Intervention for Complex Cases of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial.
	SO:	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 56(12), 1034–1042.e1. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.10.008 / 2017
17	AU:	Siqueland, L., Rynn, M., & Diamond, G. S.
	TI:	Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies.
	SO:	Journal of anxiety disorders, 19(4), 361–381. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.006 / 2005

Hyperkinetische Störungen		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
18	AU:	Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A., & Fletcher, K. F.
	TI:	A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder.
	SO:	Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 450–462. / 1992
19	AU:	Boyer, B.E., Geurts, H.M., Prins, P.J.M. et al.
	TI:	Two novel CBTs for adolescents with ADHD: the value of planning skills.
	SO:	Eur Child Adolesc Psychiatry 24: 1075. doi:10.1007/s00787-014-0661-5 / 2015
20	AU:	Churchill, S. S., Leo, M. C., Brennan, E. M., Sellmaier, C., Kendall, J., & Houck, G. M.
	TI:	Longitudinal Impact of a Randomized Clinical Trial to Improve Family Function, Reduce Maternal Stress and Improve Child Outcomes in Families of Children with ADHD.
	SO:	Maternal and child health journal, 22(8), 1172–1182. https://doi.org/10.1007/s10995-018-2502-5 / 2018
21	AU:	Looyeh, M. Y., Kamali, K., & Shafieian, R.
	TI:	An exploratory study of the effectiveness of group narrative therapy on the school behavior of girls with attention-deficit/hyperactivity symptoms.

Hyperkinetische Störungen		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
	SO:	Archives of psychiatric nursing, 26(5), 404–410. https://doi.org/10.1016/i.apnu.2012.01.001 / 2012
22	AU:	Saile, H., & Trosbach, J.
	TI:	Behaviorale und systemische Familientherapie bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen von Kindern: Unterschiede in der Einschätzung von Experten und im beobachtbaren Therapeutenverhalten [Behavioral and systemic family therapy for ADHD of children: Differences in experts' evaluations and observable therapists' behavior]
	SO:	Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 49(1), 33–48. / 2001
23	AU:	Zhu, Z., & Lian, P.
	TI:	Effect of structural family therapy on ADHD children with oppositional defiant disorder.
	SO:	Journal of Taishan Medical College, 30(6), 440–442. / 2009

Störungen des Sozialverhaltens		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
24	AU:	Fonagy, P., Butler, S., Cottrell, D., Scott, S., Pilling, S., Eisler, I., Goodyer, I. M.
	TI:	Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): A pragmatic, randomised controlled, superiority trial.
	SO:	The Lancet Psychiatry, 5(2), 119-133. doi:10.1016/S2215-0366(18)30001-4. / 2018
25	AU:	Luk, E. S., Staiger, P., Mathai, J., Field, D., & Adler, R.
	TI:	Comparison of treatments of persistent conduct problems in primary school children: a preliminary evaluation of a modified cognitive-behavioural approach
	SO:	The Australian and New Zealand journal of psychiatry, 32(3), 379–386. https://doi.org/10.3109/00048679809065530 . / 1998
26	AU:	Nickel, M. K., Muehlbacher, M., Kaplan, P., Krawczyk, J., Buschmann, W., Kettler, C. et al.
	TI:	Influence of family therapy on bullying behavior, cortisol secretion, anger, and quality of life in bullying male adolescents: A randomized, prospective, controlled study.
	SO:	Canadian Journal of Psychiatry, 51, 355–362. / 2006
27	AU:	Nickel, M. K., Krawczyk, J., Nickel, C., Forthuber, P., Kettler, C., Leiberich, P. et al.
	TI:	Anger, interpersonal relationships, and health-related quality of life in bullying boys who are treated with outpatient family therapy: A randomized, prospective, controlled trial with 1 year of follow-up.
	SO:	Pediatrics, 116, 247–254. / 2005
28	AU:	Nickel, M. K., Luley, J., Krawczyk, J., Nickel, C., Widermann, C., Lahmann, C. et al.
	TI:	Bullying girls— Changes after brief strategic family therapy: A randomized, prospective, controlled trial with one-year follow-up
	SO:	Psychotherapy & Psychosomatics, 75, 47–55. / 2006
29	AU:	Nickel, M. K., Nickel, C., Leiberich, P., Tritt, K., Mitterlehner, F. O., Lahmann, C. et al.
	TI:	Aggressive female youth benefit from outpatient family therapy: A randomized, prospective, controlled trial.
	SO:	Pediatrics International, 47(2), 167–171. / 2005
30	AU:	Pérez-García, M., Sempere-Pérez, J., Rodado-Martínez, J. V., Pina López, D., Llor-Esteban, B., & Jiménez-Barbero, J. A

Störungen des Sozialverhaltens		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
	TI:	Effectiveness of multifamily therapy for adolescent disruptive behavior in a public institution: A randomized clinical trial.
	SO:	Children and Youth Services Review 117: 105289. / 2020.
31	AU:	Weiss, B., Han, S., Harris, V., Catron, T., Ngo, V. K., Caron, A., Gallop, R., & Guth, C.
	TI:	An independent randomized clinical trial of multisystemic therapy with non-court-referred adolescents with serious conduct problems.
	SO:	Journal of consulting and clinical psychology, 81(6), 1027–1039. https://doi.org/10.1037/a0033928 . / 2013

Essstörungen		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
32	AU:	Agras, W. S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A., Jo, B., Johnson, C., Kaye, W., Wilfley, D., & Woodside, B.
	TI:	Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial.
	SO:	JAMA psychiatry, 71(11), 1279–1286. / 2014
33	AU:	Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., & Le Grange, D.
	TI:	Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions.
	SO:	Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 41, 727–73/ 2000
34	AU:	Eisler, I., Simic, M., Hodson, J., Asen, E., Berelowitz, M., Connan, F., Ellis, G., Hugo, P., Schmidt, U., Treasure, J., Yi, I., & Landau, S.
	TI:	A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa
	SO:	BMC psychiatry, 16(1), 422. https://doi.org/10.1186/s12888-016-1129-6 / 2016
35	AU:	Geist, R., Heinmaa, M., Stephens, D., Davis, R., & Katzman, D. K.
	TI:	Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa.
	SO:	Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 45(2), 173–178. / 2000
36	AU:	Hall, A., & Crisp, A. H.
	TI:	Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: Outcome at one year.
	SO:	British Journal of Psychiatry, 151, 185–191. / 1987
37	AU:	Le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J., & Leventhal, B. L.
	TI:	A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa.
	SO:	Archives of General Psychiatry, 64, 1049–1056. / 2007
38	AU:	Le Grange, D., Hughes, E. K., Court, A., Yeo, M., Crosby, R. D., & Sawyer, S. M
	TI:	Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa
	SO:	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55(8), 683–692. / 2016
39	AU:	Le Grange D, Lock J, Agras WS, Bryson SW, Jo B.
	TI:	Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa
	SO:	J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry;54(11):886–94.e2. doi:10.1016/j.jaac.2015.08.008 / 2015

Esstörungen		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
40	AU:	Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Fitzpatrick, K. K., Jo, B., Accurso, E., Forsberg, S., Anderson, K., Arnow, K., & Stainer, M.
	TI:	Can adaptive treatment improve outcomes in family-based therapy for adolescents with anorexia nervosa? Feasibility and treatment effects of a multi-site treatment study.
	SO:	Behaviour research and therapy, 73, 90–95. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.015 / 2015
41	AU:	Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B.
	TI:	Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa.
	SO:	Archives of general psychiatry, 67(10), 1025–1032. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128 / 2010
42	AU:	Lock, J., Sadeh-Sharvit, S., & L'Insalata, A. (2019).
	TI:	Feasibility of conducting a randomized clinical trial using family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder.
	SO:	The International journal of eating disorders, 52(6), 746–751. https://doi.org/10.1002/eat.23077 / 2019
43	AU:	Madden, S., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A., Kohn, M., Lock, J., Le Grange, D., Jo, B., Clarke, S., Rhodes, P., Hay, P., & Touyz, S
	TI:	A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents.
	SO:	Psychological medicine, 45(2), 415–427/ 2015
44	AU:	Nyman-Carlsson, E., Norring, C., Engström, I., Gustafsson, S. A., Lindberg, K., Paulson-Karlsson, G., & Nevenon, L. .
	TI:	Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with Anorexia nervosa: A randomized controlled trial.
	SO:	Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research, 30(8), 1011–1025 / 2019
45	AU:	Onnis, L., Barbara, E., Bernardini, M., Caggese, A., Di Giacomo, S., Giambartolomei, A., Leonelli, A., Mule', A. M., Nicoletti, P. G., & Vietri, A
	TI:	Family relations and eating disorders. The effectiveness of an integrated approach in the treatment of anorexia and bulimia in teenagers: results of a case-control systemic research.
	SO:	Eating and weight disorders : EWD, 17(1), e36–e48. https://doi.org/10.1007/BF03325326 / 2012
46	AU:	Robin, A. L., Siegel, P. T., Koepke, T., Moye, A., & Tice, S.
	TI:	Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa
	SO:	Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 15, 111–116. /1994
47	AU:	Russell, G. F., Szmukler, G. I., Dare, C., & Eisler, I.
	TI:	An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa.
	SO:	Archives of general psychiatry, 44(12), 1047–1056. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800240021004 / 2015
48	AU:	Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I., Winn, S., Robinson, P., Murphy, R., Keville, S., Johnson-Sabine, E., Jenkins, M., Frost, S., Dodge, L., Berelowitz, M., & Eisler, I.
	TI:	A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders.
	SO:	The American journal of psychiatry, 164(4), 591–598. https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.4.591 / 2007
49	AU:	Wallin, U., Kronovall, P. and Majewski, M.-L. (2000)
	TI:	Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: outcome after 2 years.
	SO:	Eur. Eat. Disorders Rev., 8: 19-30. / 2019

Substanzkonsumstörungen		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
50	AU:	Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., & Brondino, M. J.
	TI:	Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquents: outcomes, treatment fidelity, and transportability
	SO:	Mental health services research, 1(3), 171–184. / 1999
51	AU:	Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejada, M..
	TI:	Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial
	SO:	American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 27, 651–688. /2001
52	AU:	Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P.
	TI:	Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing family therapy and cognitive behavior therapy.
	SO:	Addiction, 103(10), 1660–1670. / 2008
53	AU:	Liddle H.A., Rowe C.L., Dakof GA, Ungaro RA, Henderson CE.
	TI:	Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment
	SO:	J Psychoactive Drugs. 2004 Mar;36(1):49-63. doi: 10.1080/02791072.2004.10399723. /2004
54	AU:	Marvel F, Rowe CL, Colon-Perez L, DiClemente RJ, Liddle HA.
	TI:	Multidimensional family therapy HIV/STD risk-reduction intervention: an integrative family-based model for drug-involved juvenile offenders.
	SO:	Fam Process.48(1):69-84. doi: 10.1111/j.1545-5300.2009.01268.x. PMID: 19378646./ 2009
55	AU:	Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M. & Rowe, C.L
	TI:	Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings.
	SO:	Drug & Alcohol Dependence, 130(1–3), 85-93. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013 . / 2013
56	AU:	Robbins, M. S., Feaster, D. J., Horigian, V. E., Rohrbaugh, M., Shoham, V., Bachrach, K., Miller, M., Burlew, K. A., Hodgkins, C., Carrion, I., Vandermark, N., Schindler, E., Werstlein, R., & Szapocznik, J.
	TI:	Brief strategic family therapy versus treatment as usual: results of a multisite randomized trial for substance using adolescents.
	SO:	Journal of consulting and clinical psychology, 79(6), 713–727. https://doi.org/10.1037/a0025477 / 2008
57	AU:	Robbins, M. S., Szapocznik, J., Dillon, F. R., Turner, C. W., Mitrani, V. B., & Feaster, D. J.
	TI:	The efficacy of structural ecosystems therapy with drug-abusing/dependent African American and Hispanic American adolescents.
	SO:	Journal of family psychology / 2011
58	AU:	Santisteban, D. A., Mena, M. P., & McCabe, B. E.
	TI:	Preliminary results for an adaptive family treatment for drug abuse in Hispanic youth.
	SO:	Journal of family psychology (43), 25(4), 610–614. / 2011
59	AU:	Slesnick, N., Erdem, G., Bartle-Haring, S., & Brigham, G. S.
	TI:	Intervention with substance-abusing runaway adolescents and their families: results of a randomized clinical trial.

Substanzkonsumstörungen		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
	SO:	Journal of consulting and clinical psychology, 81(4), 600–614. https://doi.org/10.1037/a0033463 / 2013
60	AU:	Slesnick, N., & Prestopnik, J. L.
	TI:	Office versus Home-Based Family Therapy for Runaway, Alcohol Abusing Adolescents: Examination of Factors Associated with Treatment Attendance.
	SO:	Alcoholism treatment quarterly, 22(2), 3–19./ 2004
61	AU:	Slesnick, N., & Prestopnik, J. L.
	TI:	Ecologically based family therapy outcome with substance abusing runaway adolescents.
	SO:	Journal of Adolescence, 28, 277–298. / 2005
62	AU:	Smith, D. C., Hall, J. A., Williams, J. K., An, H., & Gotman, N.
	TI:	Comparative efficacy of family and group treatment for adolescent substance abuse.
	SO:	The American journal on addictions, 15 Suppl 1 131–136./ 2006
63	AU:	Stanton, M. D., Steier, F., & Todd, T. C.
	TI:	Paying families for attending sessions: Counteracting the dropout problem
	SO:	Journal of Marital and Family Therapy, 8(3), 371–373. 1982
64	AU:	Szapocznik J, Kurtines WM, Foote FH, Perez-Vidal A, Hervis O
	TI:	Conjoint versus one-person family therapy: some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person.
	SO:	J Consult Clin Psychol.;51(6):889-99. doi: 10.1037//0022-006x.51.6.889. / 1983
65	AU:	Szapocznik J, Perez-Vidal A, Brickman AL, Foote FH, Santisteban D, Hervis O, Kurtines WM.
	TI:	Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: a strategic structural systems approach.
	SO:	J Consult Clin Psychol.;56(4):552-7. doi: 10.1037//0022-006x.56.4.552. / 1988

Gaming Disorder nach ICD-11 / Internet Gaming Disorder nach DSM-V		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
66	AU:	Nielsen, P., Christensen, M., Henderson, C., Liddle, H. A., Croquette-Krokar, M., Favez, N., & Rigter, H.
	TI:	Multidimensional family therapy reduces problematic gaming in adolescents: A randomised controlled trial.
	SO:	Journal of behavioral addictions, 10.1556/2006.2021.00022. / 2021

Somatische Erkrankungen		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
67	AU:	Betancourt, T. S., Ng, L. C., Kirk, C. M., Brennan, R. T., Beardslee, W. R., Stulac, S., Mushashi, C., Nduwimana, E., Mukunzi, S., Nyirandagijimana, B., Kalisa, G., Rwabukwisi, C. F., & Sezibera, V.
	TI:	Family-based promotion of mental health in children affected by HIV: a pilot randomized controlled trial. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 58(8), 922–930.

Somatische Erkrankungen		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
	SO:	Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 58(8), 922–930. /2017
68	AU:	Ellis, D. A., Naar-King, S., Chen, X., Moltz, K., Cunningham, P. B., & Idalski-Carcone, A.
	TI:	Multisystemic therapy compared to telephone support for youth with poorly controlled diabetes: findings from a randomized controlled trial.
	SO:	Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine, 44(2), 207–215. / 2012
69	AU:	Fu, Xie & Mei
	TI:	Effect of structural family therapy on family structure and function in children with hematological tumors.
	SO:	Chinese journal of contemporary pediatrics. 16. 905-909. 10.7499/j.issn.1008-8830.2014.09.008. / 2014
70	AU:	Gustafsson, P. A., Kjellman, N. I., & Cederblad, M
	TI:	Family therapy in the treatment of severe childhood asthma.
	SO:	Journal of psychosomatic research, 30(3), 369–374. / 1986
71	AU:	Kissane, D. W., Zaider, T. I., Li, Y., Hichenberg, S., Schuler, T., Lederberg, M., Lavelle, L., Loeb, R., & Del Gaudio, F.
	TI:	Randomized Controlled Trial of Family Therapy in Advanced Cancer Continued Into Bereavement.
	SO:	Journal of clinical oncology 34(16), / 2016
72	AU:	Li, Y., Solomon, P., Zhang, A., Franklin, C., Ji, Q., & Chen, Y.
	TI:	Efficacy of Solution-Focused Brief Therapy for Distress among Parents of Children with Congenital Heart Disease in China
	SO:	Health & social work, 43(1), 30–40. / 2018
73	AU:	Li, J, Wang, X., Meng, H., Zeng, K., Quan, F. Liu, F.
	TI:	Systemic Family Therapy of Comorbidity of Anxiety and Depression with Epilepsy in Adolescents
	SO:	Psychiatry Investigation;13(3):305-310. / 2016
74	AU:	Naar-King, S., Ellis, D., King, P. S., Lam, P., Cunningham, P., Secord, E., Bruzzese, J. M., & Templin, T.
	TI:	Multisystemic therapy for high-risk African American adolescents with asthma: a randomized clinical trial.
	SO:	Journal of consulting and clinical psychology, 82(3), 536–545. / 2014
75	AU:	Onnis, L., Di Gennaro, A., Cespa, G., Dentale, R. C., Benedetti, P., Forato, F. et al
	TI:	Prevention of chronicity in psychosomatic illness: A systematic research study into the treatment of childhood asthma.
	SO:	Families, Systems and Health, 19, 237–250.
76	AU:	Rowe, C. L., Alberga, L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., Ungaro, R., & Liddle, H. A.
	TI:	Family-Based HIV and Sexually Transmitted Infection Risk Reduction for Drug-Involved Young Offenders: 42-Month Outcomes.
	SO:	Family process, 55(2), 305–320. / 2016
77	AU:	Wysocki, T., Harris, M. A., Buckloh, L. M., Mertlich, D., Lochrie, A. S., Taylor, A. et al.
	TI:	Effects of behavioral family systems therapy for diabetes on adolescents' relationships, treatment adherence, and metabolic control.
	SO:	Journal of Pediatric Psychology, 31, 928–938. / 2006

Somatische Erkrankungen		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
78	AU:	Wysocki, T., Harris, M. A., Greco, P., Bubbs, J., Danda, C. E., Harvey, L. M., McDonell, K., Taylor, A., & White, N. H.
	TI:	Randomized, controlled trial of behavior therapy for families of adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus.
	SO:	Journal of pediatric psychology, 25(1), 23–33./ 2000
79	AU:	Zhang, A., Ji, Q., Currin-McCulloch, J., Solomon, P., Chen, Y., Li, Y., Jones, B., Franklin, C., & Nowicki, J.
	TI:	The effectiveness of solution-focused brief therapy for psychological distress among Chinese parents of children with a cancer diagnosis: a pilot randomized controlled trial.
	SO:	Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 26(8), 2901–2910./ 2018

Geistige Behinderung		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
80	AU:	Blanckstein A, van der Rijken R, Eeren HV, et al.
	TI:	Evaluating the effects of multisystemic therapy for adolescents with intellectual disabilities and antisocial or delinquent behaviour and their parents.
	SO:	J Appl Res Intellect Disabil.;00:1–16./ 2019

Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
81	AU:	Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Henggeler, S. W., Faldowski, R., & Mayhew, A. M. (2010). Journal of Family Psychology, 24(4), 497–507.
	TI:	Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: A randomized effectiveness trial.
	SO:	Journal of Family Psychology, 24(4), 497–507. / 2010

Entwicklungsstörungen		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
82	AU:	Lu, P.
	TI:	Family therapy of autistic children.
	SO:	China Journal of Health Psychology, 12, 1409–1410./ 2009
83	AU:	McKenzie, R., Dallos, R., Stedmon, J., Hancocks, H., Vickery, P. J., Barton, A., Vassallo, T., Myhill, C., Chynoweth, J., & Ewings, P.
	TI:	SAFE, a new therapeutic intervention for families of children with autism: a randomised controlled feasibility trial.
	SO:	BMJ open, 10(12), e038411. / 2020
84	AU:	Wagner, D.V., Borduin, C.M., Mazurek, M.O., Kanne, S.M. & Dopp, A.R.
	TI:	Multisystemic Therapy for Disruptive Behavior Problems in Youths with Autism Spectrum Disorder: Results from a Small Randomized Clinical Trial
	SO:	Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 4:1, 42-54. / 2019
85	AU:	Zhang, W., Yan, T. T., Du, Y. S., & Liu, X. H.

Entwicklungsstörungen		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
	TI:	Brief report: effects of solution-focused brief therapy group-work on promoting post-traumatic growth of mothers who have a child with ASD.
	SO:	Journal of autism and developmental disorders, 44(8), 2052–2056./ 2014

Gemischte Störungsbilder		
Nr.	Feldbezeichnung	Text
86	AU:	Chen, S., & Tang, D
	TI:	The application of family therapy in the mental care of infants.
	SO:	The application of family therapy in the mental care of infants./ 2004
87	AU:	Garrigan, J. J., & Bambrick, A.
	TI:	Family therapy for disturbed children: Some experimental results in special education.
	SO:	Journal of Marital and Family Therapy, 3, 8/ 1977
88	AU:	Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Randall, J., Ward, D. M., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B. et al
	TI:	Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalisation of youths in psychiatric crisis: Clinical outcomes
	SO:	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 1331–1339. / 1999
89	AU:	Jalali, F., Hashemi, S. F., & Hasani, A.
	TI:	Narrative therapy for depression and anxiety among children with imprisoned parents: A randomised pilot efficacy trial.
	SO:	Journal of child and adolescent mental health, 31(3), 189–200./ 2019
90	AU:	Kissane, D. W., Zaider, T. I., Li, Y., Hichenberg, S., Schuler, T., Lederberg, M., Lavelle, L., Loeb, R., & Del Gaudio, F.
	TI:	Randomized Controlled Trial of an Integrated Family-Based Treatment for Adolescents Presenting to Community Mental Health Centers.
	SO:	Community mental health journal, 10./ 2020
91	AU:	Rowe, C. L., Liddle, H. A., Greenbaum, C., & Henderson, C. E.
	TI:	Impact on psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers.
	SO:	Journal of Substance Abuse & Treatment, 26, 129–140. / 2004
92	AU:	Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPerriere, A., & Szapocznik, J.
	TI:	Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use
	SO:	Journal of family psychology / 2003
93	AU:	Santisteban, D. A., Mena, M. P., Muir, J., McCabe, B. E., Abalo, C., & Cummings, A. M.
	TI:	The efficacy of two adolescent substance abuse treatments and the impact of comorbid depression: results of a small randomized controlled trial
	SO:	Psychiatric rehabilitation journal, 38(1), 55–64. / 2015
94	AU:	Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M., Rivas-Valquez, A. et al.
	TI:	Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys.
	SO:	Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 571–578./ 1989

d. Weitere Literatur der SG und der DGSF

Alle genannten Studien zur Wirksamkeit der ST befinden sich gesondert und nach Störungsbereich sortiert in der tabellarischen Literaturliste nach Formatvorgaben des G-BA im Anhang. Sämtliche weitere, im Fragebogen zitierte Literatur befindet sich hier:

Alexander, J. F. & Barton, C. (1983). *Functional Family Therapy manual*. Salt Lake City. Western States Family Institute.

Alexander, J. F., Holtzworth-Munroe, A., & Jameson, P. B. (1994). The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 595–630). John Wiley & Sons.

Alexander, J. F., & Parsons, B. V. (1982). *Functional family therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Alexander, J. F., Robbins, M. S., & Sexton, T. L. (2000). Family-based interventions with older, at-risk youth: From promise to proof to practice. *Journal of Primary Prevention*, 21(2), 185-205.

Alexander, J. F., Sexton, T. L., & Robbins, M. S. (2002). The developmental status of family therapy in family psychology intervention science. In H. A. Liddle, D. A. Santisteban, R. F. Levant, & J. H. Bray (Eds.), *Family psychology: Science-based interventions* (pp. 17–40). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10438-002>

- Andersen, T. (1990). *Das Reflektierende Team, Dialoge und Dialoge über die Dialoge*. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- AOK Baden-Württemberg (2008). Immer mehr Kinder beim Psychiater. Fallzahlen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser in Baden-Württemberg. Pressemitteilung vom 23.01.2008. AOK Stuttgart.
- Asen, E. & Fonagy, P. (2010). Mentalisierungsbasierte Familientherapie. *PiD - Psychotherapie im Dialog* / 11(3) / 239-243
- Asen, E. & Scholz, M. (2018). *Handbuch der Multifamilientherapie*. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Asen, E., Weinblatt, U. (2018). Mentalisierungsbasierte Therapie mit Familien (MBT-F). In K. von Sydow, U. Borst (Eds.), *Systemische Therapie in der Praxis* (S. 891-902). Weinheim: Beltz.
- Bateson G (1972, 1983). *Ökologie des Geistes*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind: collected essays in anthropology, psychiatry, evolution and epistemology*. San Francisco: Chandler.
- Beher, S. (2018). Lösungsorientierte Kurzzeittherapie (nach Steve de Shazer). In K. von Sydow, U. Borst (Eds.), *Systemische Therapie in der Praxis* (S. 891-902). Weinheim: Beltz.
- Behme-Matthiessen, U., & Pletsch, T. (2008). *Lehrbuch der Multifamilientherapie: Grundlagen, Methoden, Anwendungsfelder*. Berlin; [Heidelberg]: Springer.
- Berg, K.I. (1992). *Familien-Zusammenhalt(en)*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Borduin C. M (1999). Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(3), 242–249.
- Borduin, C. M. & Dopp, A. R. (2015). Economic impact of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. *Journal of Family Psychology*, 29(5), 687–696. <https://doi.org/10.1037/fam0000113>
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (1973, 2015). *Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme* (10. Aufl.). *Invisible loyalties*. New York: Harper & Row. Stuttgart: Klett- Cotta.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiment by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2006). *Positionspapier Unterversorgung psychisch kranker Kinder- und Jugendlicher*. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20060109_Positionspapier_bptk_unterversorgung_kinder_jugendlicher-1.pdf. Download 13.09.2021
- Caby, A. & Caby, F. (2008). *Die kleine Psychotherapeutische Schatzkiste*. Dortmund. Borgmann Media.
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy* / 41 / 153-213.
- Cottrell, D. J., Wright-Hughes, A., Collinson, M., Boston, P., Eisler, I., Fortune, S., Graham, E. H., Green, J., House, A. O., Kerfoot, M., Owens, D. W., Saloniki, E.-C., Simic, M., Tubeuf, S., & Farrin, A. J. (2018). A pragmatic randomised controlled trial and economic evaluation of family therapy versus treatment as usual for young people seen after second or subsequent episodes of self-harm: The Self-Harm Intervention – Family Therapy (Shift) trial. *Health Technology Assessment*, 22(12), 1–222. <https://doi.org/10.3310/hta22120>
- Crane, D. R. (2007). Research on the cost of providing family therapy: A summary and progress report. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(2), 313–320. <https://doi.org/10.1177/1359104507075940>

- Crane, D. R., Christenson, J. D., Dobbs, S. M., Schaalje, G. B., Moore, A. M., Pedal, F. F. C., Ballard, J., & Marshall, E. S. (2013). Costs of treating depression with individual versus family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(4), 457–469. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00326.x>
- Dare, C. (1983). *Family therapy for families containing an anorectic youngster*. Ohio, Columbus: Ross Laboratories.
- Dare, C., Eisler, I. (1995). *Family therapy for anorexia nervosa*. In Cooper I, Stein A. (Eds), *The Nature and Management of Feeding Problems in Young People* New York, Harwood Academics.
- De Shazer, S. (1988, 1991). *Clues. Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1993). *Creative Misunderstanding. There is no escape from language*. In S. Gilligan & R. Price (Eds.), *Therapeutic Conversations*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1989). *Der Dreh: überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- De Shazer, S. (1988, 1993). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Destatis (2020). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2019 – 2019, Erscheinungsfolge: jährlich, Erschienen am 28. Juli 2020, korrigiert am 24. November 2020 (Tabelle 6.2) Artikelnummer: 201022019700*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html#sprg251556. Donload am 13.09.2021
- Diamond, G. S., Kobak, R. R., Krauthamer Ewing, E. S., Levy, S. A., Herres, J. L., Russon, J. M., & Gallop, R. J. (2019). A randomized controlled trial: Attachment-based family and nondirective supportive treatments for youth who are suicidal. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(7), 721–731. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.006>
- Diamond, G.S., Siqueland, L. & Diamond, G.M. (2003). Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents: Programmatic Treatment Development. *Clin Child Fam Psychol Rev*6, 107–127. <https://doi.org/10.1023/A:1023782510786>
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.002>
- Distelberg, B. J., Emerson, N. D., Gavaza, P., Tapanes, D., Brown, W. N., Shah, H., Williams-Reade, J., & Montgomery, S. (2016). A cost-benefit analysis of a family systems intervention for managing pediatric chronic illness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(3), 371–382. <https://doi.org/10.1111/jmft.12166>
- Dopp, A. R., Schaeffer, C. M., Swenson, C. C., & Powell, J. S. (2018). Economic impact of multisystemic therapy for child abuse and neglect. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(6), 876–887. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0870-1>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014). *Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review*. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Fegert, J.M., Kölch, M., Krüger, U. (2017). *Sachbericht zum Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse Laufzeit: 01.11.2014 bis 28.02.2017*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kindergesundheit/Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche_Abschlussbericht.pdf. Download 13.09.2021.

- Fonagy, P., Butler, S., Cottrell, D., Scott, S., Pilling, S., Eisler, I., Fuggle, P., Kraam, A., Byford, S., Wason, J., Ellison, R., Simes, E., Ganguli, P., Allison, E., & Goodyer, I. M. (2018). Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (Start): A pragmatic, randomised controlled, superiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 119–133.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30001-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30001-4)
- Freeman, J., Epston, D., & Lobovits, D. (2000). *Ernstern Problemen spielerisch begegnen: narrative Therapie mit Kindern und ihren Familien*. Dortmund: Verl. Modernes Lernen.
- Furman, B. (2013). *Ich schaffs! Spielerisch und praktisch Lösungen mit Kindern finden – Das 15-Schritte-Programm für Eltern, Erzieher und Therapeuten*. Heidelberg, Carl-Auer-Verlag.
- Gammer, C. (2007). *Die Stimme des Kindes in der Familientherapie*. Heidelberg, Carl-Auer.
- Gantner, A. (2011). *Therapeutische Frühintervention: MDFT als Missing Link in der Jugendsuchthilfe*. SuchtMagazin / 05/2011
- Gantner, A. & Liddle, H.A. (2018). *Multidimensionale Familientherapie (MDFT)*. In K. von Sydow, U. Borst (Eds.), *Systemische Therapie in der Praxis* (S. 891-902). Weinheim: Beltz.
- Gil, E. (1991). *The healing power of play : working with abused children*. New York: Guilford Press.
- Goorden, M., van der Schee, E., Hendriks, V. M., & Hakkaart-van Roijen, L. (2016). Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: Data from a randomized controlled trial. *Drug and alcohol dependence* / 162 / 154–161/ <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.03.004>
- Gottfredson, D. C., Kearley, B., Thornberry, T. P., Slothower, M., Devlin, D., & Fader, J. J. (2018). Scaling-up evidence-based programs using a public funding stream: A randomized trial of functional family therapy for court-involved youth. *Prevention Science*, 19(7), 939–953.
<https://doi.org/10.1007/s11121-018-0936-z>
- Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.
- Haas, L. J., Alexander, J. F., & Mas, C. H. (1988). *Functional Family Therapy: Basic concepts and training program*. In H. A. Liddle, D. C. Breunlin, & R. C. Schwartz (Eds.), *Handbook of family therapy training and supervision* (pp. 128–147). Guilford Press.
- Hagen, B. (2015): *Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - Abschlussbericht 2014*. Köln: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung.
- Haken, H., & Schiepek, G. (2010). *Synergetik in der Psychologie: Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen; Bern; Wien [u.a.]: Hogrefe.
- Haley, J. (1984). *Ordeal therapy: Unusual ways to change behaviour*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Hanswille, R. (Hrsg.) (2015). *Handbuch systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Göttingen [u.a.]: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hanswille, R. (Hrsg.) (2021 in print). *Basiswissen Systemische Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Henggeler, S.W. (1999). *Multisystemic Therapy: An Overview of Clinical Procedures, Outcomes, and Policy Implications*. *Child Psychology and Psychiatry Review* / 4 / 2-10.
- Henggeler, S. W (1994). *Treatment manual for family preservation using multisystemic therapy*. Charleston, SC: South Carolina Health and Human Services Finance Commission.
- Henggeler, S. W., & Borduin, C. M. (1990). *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

- Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C., Sheidow, A. J., Ward, D. M., Randall, J., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B., & Edwards, J. (2003). One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(5), 543–551. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046834.09750.5F>
- Henggeler, S.W., & Schoenwald, S.K. (1998). *Multisystemic therapy supervisory manual*. Charleston SC: MST Institute.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D., & Cunningham, P.B. (1998). *Multisystemic treatment for antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Hildenbrand, B. (1990). Geschichtenerzählen als Prozess der Wirklichkeitskonstruktion. *System Familie* /3/ 227-236
- Hopf, R., Lock, J. & Le Grange, D. (2018). Familienbasierte Therapie für Jugendliche mit Essstörungen (Family-Based Treatment for Adolescent Eating Disorders, FBT). In K. von Sydow, U. Borst (Eds.), *Systemische Therapie in der Praxis* (S. 891-902). Weinheim: Beltz.
- Hunger-Schoppe, C. (2021). *Systemische Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Imber-Black, E., Roberts, J., & Whiting, R. A. (2001). *Rituale: Rituale in Familien und Familientherapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme, Verl. und Verl.-Buchh.
- Kamtsiuris P, Atzpodien K, Ellert U, Schlack R, Schlaud M (2007). Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*/ 50/ (5-6) / 686-700
- Kazdin A. E. (1997). Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* / 38(2) / 161–178
- Klietz, S. J., Borduin, C. M., & Schaeffer, C. M. (2010). Cost–benefit analysis of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Family Psychology*, 24(5), 657–666. <https://doi.org/10.1037/a0020838>
- Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(3): 37–45. Berlin: Robert Koch Institut. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-077
- Knekt, P., Lindfors, O. (2004). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. *Studies in Social Security and Health*; Band 77. Helsinki: Kela.
- Kriz, J. (2017). *Subjekt und Lebenswelt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Lanfranchi, A., & Kohli, C. (2019). Flüchtlingskinder: Integration dank Schule und Bildung. In T. Maier, N. Morina, M. Schick, & U. Schnyder (Eds.), *Trauma - Flucht - Asyl: Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung*. Göttingen: Hogrefe.
- Le, L. K.-D., Barendregt, J. J., Hay, P., Sawyer, S. M., Hughes, E. K., & Mihalopoulos, C. (2017). The modeled cost-effectiveness of family-based and adolescent-focused treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 50(12), 1356–1366. <https://doi.org/10.1002/eat.22786>
- Levold, T., & Wirsching, M. (Hrsg.) (2020, 2021). *Systemische Therapie und Beratung: das große Lehrbuch*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Liddle, H. A. (2002). *Multidimensional Family Therapy Treatment (MDFT) for adolescent cannabis users. Cannabis Youth Treatment (CYT) manual series*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

- Liddle, H. A. (1999). Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *Journal of Clinical Child Psychology* / 28 / 521–532
- Liddle, H. A., Rowe, C., Diamond, G. M., Sessa, F. M., Schmidt, S., & Ettinger, D. (2000). Toward a developmental family therapy: the clinical utility of research on adolescence. *Journal of marital and family therapy*, 26(4), 485–499. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00318.x>
- Madanes, C. (1980). Protection, Paradox, and Pretending. *Family Process* / 19 / 73-85
- McDaniel, S.H., Hepworth, J., Doherty, W.J. (1997). *The shared experience of illness: Stories of patients, families, and their therapists*. New York: Basic Books.
- Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Nardone, G. (2003). Den Tiger reiten, Strategische Kurztherapie für zwangsneurotische Patienten. *Psychotherapie im Dialog (PID)* / 4 (3) / S. 2–5
- Nardone, G. (1997). *Systemische Kurztherapie bei Zwängen und Phobien*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Natho, F. (2009). *Hinter dem Horizont geht's weiter: Systemische Wege und Lösungen für Beratung und Erziehung*. Edition Gamus Verlag.
- National Collaborating Centre for Mental Health & the National Institute for Clinical Excellence (2004). *Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. www.nice.org.uk
- Nemetschek, P. (2006). *Systemische Familientherapie mit Kindern, Jugendlichen und Eltern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Neumann (2006). *Lexikon systemischer Interventionen. Psychotherapeutische Techniken in Theorie und Praxis*. Köln: Krammer Verlag.
- Omer, H., Schlippe, A. von (2004). *Autorität durch Beziehung. Die Praxis des gewaltlosen Widerstands in der Erziehung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pinquart, M., Oslejsek, B., & Teubert, D. (2016). Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 26(2), 241-257.
- Pleyer, K.H. (2001). *Systemische Spieltherapie – Kooperationswerkstatt für Eltern und Kind*. In: Rotthaus, W. (Hrsg.) *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Poole LA, Knight T, Toumbourou JW, Lubman DI, Bertino MD, Lewis AJ. A (2018). Randomized Controlled Trial of the Impact of a Family-Based Adolescent Depression Intervention on both Youth and Parent Mental Health Outcomes. *J Abnorm Child Psychol*. 46(1):169-181. doi: 10.1007/s10802-017-0292-7.
- Pol, T. M., van Domburgh, L., van Widenfelt, B. M., Hurlburt, M. S., Garland, A. F., & Vermeiren, R. (2019). Common elements of evidence-based systemic treatments for adolescents with disruptive behaviour problems. *The Lancet. Psychiatry* / 6(10) / 862–868
- Prior, M. (2006). *MiniMax-Interventionen: 15 minimale Interventionen mit maximaler Wirkung*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Radice von Wogau, J., Eimmermacher, H., & Lanfranchi, A. (Eds) (2004). *Therapie und Beratung von Migranten: Systemisch-interkulturell denken und handeln (2. Aufl.)*. Weinheim: Beltz.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Devine, J., Napp, A.-K., Erhart, M., Becker, M., Blanck-Stellmacher, U., Löffler, C., Schlack, R., Hurrelmann, K. (2020). *Psychische Gesundheit und*

- Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie [Mental health and quality of life in children and adolescents during the COVID-19 pandemic—results of the COPSY study]. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(48), 828-829. doi: 10.3238/arztebl.2020.0828
- Rehberg, W., Fürstenau, U., & Rhiner, B. (2011). Multisystemische Therapie (Mst) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens: Ökonomische Evaluation der Implementierung im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39(1), 41–45. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000082>
- Retzlaff, R. (2002). Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* / 51 / 792–810.
- Retzlaff, R. (2005). Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* / 54 / 19–36.
- Retzlaff, R. (2021). *Familien-Stärken. Resilienz, Behinderung und systemische Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Retzlaff, R. (2005). Malen und kreatives Gestalten in der Systemischen Familientherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*/54/19–36
- Retzlaff, R. (2008). *Spiel-Räume: Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta. 2008.
- Retzlaff, R. (2009). *Spiel-Räume: Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rhiner, B. (2018). Multisystemische Therapie (MST). In K. von Sydow, U. Borst (Eds.), *Systemische Therapie in der Praxis* (S. 891-902). Weinheim: Beltz.
- Reiners, B. (2015). Kinderorientierte Familientherapie. In Hanswille R. (Hrsg.): *Handbuch systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, S. 472-483
- Reiners, B. (2018). *Kinderorientierte Familientherapie*. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht. 2. Auflage
- Robin, A. L., & Foster, S. L (1989). *Negotiating parent–adolescent conflict: A behavioral–family systems approach*. New York: Guilford Press.
- Robin, A. L., Siegel, P. T., Koepke, T., Moye, A. W., & Tice, S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15(2), 111–116.
- Robin, A. L., Siegel, P. T., Moye, A. W., Gilroy, M., Dennis, A. B., & Sikand, A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1482–1489. <https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00008>
- Rotthaus, W. (Eds) (2001). *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme Verlag).
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: a randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of traumatic stress* /23(4) /437–445.
- Ruprecht, T. (2008). *Perspektiven für die Versorgung psychisch Kranker*. Vortrag auf der Informationsveranstaltung der Landespsychotherapeutenkammer Hessen, 16.05.2008, Wiesbaden.
- Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy: a guide to theory and technique*. London: Souvenir Press. (Deutsche Version 1979 veröffentlicht.)

- Satir, V., Bosch, M., & Satir, V. (1997). Familienbehandlung: Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie (10., unveränd. Aufl). Lambertus-Verlag.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2019). Gewusst wie, gewusst warum: Die Logik systemischer Interventionen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Schlippe, A. von, & Schweitzer, J. (2012, 2013). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung- Das Grundlagenwissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. von, & Schweitzer, J. (2012, 2013). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung- Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. von, & Schweitzer, J. (2016). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (Studienausgabe). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. von, & Schweitzer, J. (2009). Systemische Interventionen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, G. (2004a). Liebesaffären zwischen Problem und Lösung: hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verl.
- Schmidt, M. H. (2004b). Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Deutsches Ärzteblatt / 101(38) /A2536/ B 2140/C2058
- Schoenwald, S. K., & Henggeler, S. W. (2005). Multisystemic Therapy for Adolescents with Serious Externalizing Problems. In J. L. Lebow (Ed.), Handbook of clinical family therapy (pp. 103–127). John Wiley & Sons, Inc.
- Scholz, M. (2005). Was können systemische Tageskliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie leisten? Zeitschrift für Systemische Therapie & Beratung. 23. 171-178.
- Schwing, R., & Fryszler, A (2006). Systemisches Handwerk: Werkzeug für die Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seikkula, J. & Alakare, B. & Aaltonen, J. & Holma, J. & Rasinkangas, A. & Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-Year Follow-Up on First Episode Schizophrenia. Ethical Human Sciences and Services / 5 / 163-182
- Selekman, M. (1993, 1997). Pathways to Change: Brief Therapy Solutions with Difficult Adolescents. New York: Guilford Press.
- Selekman, M. D. (1997). Solution-focused therapy with children. New York: Guilford.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing - Circularity - Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session. Family process, 19(1), 3–12.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L. Cecchin, G., Prata, M. (1978, 1981). Paradoxon und Gegen-Paradoxon. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sexton, T. L., & Alexander, J. F. (2003). Functional family therapy: A mature clinical model for working with at-risk adolescents and their families. In T. L. Sexton, G. R. Weeks, & M. S. Robbins (Eds.), Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples (pp. 323–348). Brunner-Routledge.
- Sexton, T. L., & Alexander, J. F. (2005). Functional Family Therapy for Externalizing Disorders in Adolescents. In J. L. Lebow (Ed.), Handbook of clinical family therapy (pp. 164–191). John Wiley & Sons, Inc.
- Sheidow, A.J., Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K (2003). Multisystemic therapy. In Sexton, T. L. & Lebow, J. (Eds.) Handbook of Family Therapy. Routledge.
- Soltvedt, M. (2005). BOF. Branorienterad Familieterapi. Falun: Mareled

- Steiner, T., & Berg, I. K. (2005). *Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern*. Heidelberg: Carl-Auer-Verl.
- Sydow, K. v. (2017). Bindung, Paar-/Familientherapie und Systemische Therapie (Kap. 24). In Strauß, B. & Schauenburg, H. (Hrsg.), *Bindung in Psychologie und Medizin: Grundlagen, Klinik und Forschung – Ein Handbuch* (S. 327-339). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sydow, K. von (2008). Bindungstheorie und systemische Therapie. *Familiendynamik* 33: 260–273.
- Sydow, K. von (2002). Systemic attachment theory and therapeutic practice: A proposal (Invited Review). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 77-90.
- Sydow, K. von (2015). *Systemische Therapie*. München [u.a.]: Reinhardt.
- Sydow, K. v. (2018). Was ist Systemische Therapie? In Sydow, K. v. & Borst, U. (Hrsg.): *Systemische Therapie in der Praxis* (S. 48-70). Weinheim: Beltz.
- Sydow, K. von, Beher, S., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007a). Systemische Therapie bei Störungen des Erwachsenenalters: Eine Meta-Inhaltsanalyse von 28 randomisierten Primarstudien. *Psychotherapeut* 52 / 187- 211.
- Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007b). *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/ Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sydow, K. von, & Borst, U. (Ed.) (2018). *Systemische Therapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Szapocznik, J., Hervis, O., Schwartz, S. (2003). *Therapy Manuals for Drug Addiction: Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse*. Bethesda, MD: Department of Health and Human Services.
- Szapocznik, J., & Kurtines, W. M. (1989). *Breakthroughs in family therapy with drug abusing and problem youth*. Springer Publishing Company.
- Szapocznik, J., Kurtines, W., Santisteban, D. A., & Rio, A. T. (1990). Interplay of advances between theory, research, and application in treatment interventions aimed at behavior problem children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*/ 58(6)/ 696–703
- Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A. L., Foote, F. H., Santisteban, D., Hervis, O., & Kurtines, W. M. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: a strategic structural systems approach. *Journal of consulting and clinical psychology*/ 56(4) /552–557
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.4.552>
- Szapocznik, J., & Prado, G. (2007). Negative effects on family functioning from psychosocial treatments: a recommendation for expanded safety monitoring. *Journal of family psychology* / 21(3) /468–478 /
<https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.3.468>
- Szapocznik, J. & Williams, R. (2000). Brief Strategic Family Therapy: Twenty-Five Years of Interplay Among Theory, Research and Practice in Adolescent Behavior Problems and Drug Abuse. *Clinical child and family psychology review*/ 3/ 117-34.
- Thomas, V. (2010). Filialtherapie für Familien mit Vorschulkindern. *PiD - Psychotherapie im Dialog* / 11(3) / 249-253.
- Vermeulen, K. M., Jansen, D. E. M. C., Knorth, E. J., Buskens, E., & Reijneveld, S. A. (2017). Cost-effectiveness of multisystemic therapy versus usual treatment for young people with antisocial problems: Cost-effectiveness of multisystemic therapy. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27(1), 89–102.
<https://doi.org/10.1002/cbm.1988>
- Vogt, M., Wolf, F., Sundman, P., & Dreesen, H. N. (Eds.) (2012). *Begegnungen mit Steve de Shazer und Insoo Kim Berg*. Verl. Modernes Lernen.
- Vogt-Hillmann, M. & Burr, H. (2009). *Kinderleichte Lösungen. Lösungsorientierte kreative Kindertherapie*. Dortmund: Verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG.

- Vogt-Hillmann, M., Burr, W. (2002). *Lösungen im Jugendstil*. Dortmund: Borgmann. S. 123–149.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1969). *Human communication: Forms, disturbances, paradoxes*. Hans Huber Publishers.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. W. W. Norton.
- Weeks, G. R., & L'Abate, L. (1985). *Paradoxe Psychotherapie: Theorie und Praxis in der Einzel-, Paar- und Familientherapie*. Ferdinand Enke Verlag.
- Weinblatt, U. (2018). *Elterliche Präsenz – Nonviolent Resistance (NVR) - Elterncoaching*. In K. von Sydow, U. Borst (Eds.), *Systemische Therapie in der Praxis* (S. 891-902). Weinheim: Beltz.
- Welter-Enderlin, R. (1999). *Paare - Leidenschaft und lange Weile: Frauen und Männer in Zeiten des Übergangs*. Piper.
- Welter-Enderlin, R. (2015). *Wie aus Familiengeschichten Zukunft entsteht* (2. Auflage, 2015). Carl-Auer-Verlag.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: WW. Norton.
- Wijana, M. B., Feldman, I., Ssegonja, R., Enebrink, P., & Ghaderi, A. (2021). A pilot study of the impact of an integrated individual- and family therapy model for self-harming adolescents on overall healthcare consumption. *BMC Psychiatry*, 21(1), 374. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03375-z>
- Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2007). *Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich*. Bonn: Bundesversicherungsamt.
- Wittchen, H.U., Nelson, C.B., Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine* 28, 109–126.
- Wysocki, T., Harris, M. A., Greco, P., Bubb, J., Elder, C. L., et al. (2000). Randomized controlled trial of behavior therapy for families of adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 23–33.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Exchange, Inc.
- Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H. C., & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet*, 355(9205), 721–722. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)05363-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)05363-5)
- Zwack, J. & Greenberg, L. (2020). Where are the emotions? How EFT could inspire systemic practice. In: Ochs, M., Borcsa, M., & Schweitzer, J. (eds.): *Linking systemic research and practice – Innovations in paradigms, strategies and methods*. (European Family Therapy Association Series, Volume 5). Cham: Springer International.

e. Literaturliste der BPTK

Nr.	Feldbezeichnung	Text
	AU:	Agras, W. S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A., Jo, B., Johnson, C., Kaye, W., Wilfley, D., Woodside, B.
	TI:	Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial.
	SO:	JAMA psychiatry, 71(11), 1279–1286. / 2014
	AU:	Anderson, T.
	TI:	Das reflektierende Team
	SO:	Dortmund: Modernes Lernen. 1990
	AU:	Bao, Z., Yang, B.
	TI:	Study on effect of family therapy on adolescent anxiety disorder.
	SO:	China Journal of Health Psychology, 19, 1041–1043. / 2011
	AU:	Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M.
	TI:	Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: A meta-analysis.
	SO:	J. Epidemiol. Community Health 66, 194–203, 2012.
	AU:	Boyer, B.E., Geurts, H.M., Prins, P.J.M. et al.
	TI:	Two novel CBTs for adolescents with ADHD: the value of planning skills.
	SO:	Eur Child Adolesc Psychiatry 24: 1075. doi:10.1007/s00787-014-0661-5 / 2015
	AU:	Churchill, S. S., Leo, M. C., Brennan, E. M., Sellmaier, C., Kendall, J., Houck, G. M.
	TI:	Longitudinal Impact of a Randomized Clinical Trial to Improve Family Function, Reduce Maternal Stress and Improve Child Outcomes in Families of Children with ADHD.
	SO:	Maternal and child health journal, 22(8), 1172–1182. https://doi.org/10.1007/s10995-018-2502-5 / 2018
	AU:	Creswell, C., Violato, M., Fairbanks, H., White, E., Parkinson, M., Abitabile, G., Leidi, A., Cooper, PJ.
	TI:	Clinical outcomes and cost-effectiveness of brief guided parent-delivered cognitive behavioural therapy and solution-focused brief therapy for treatment of childhood anxiety disorders: a randomised controlled trial
	SO:	Lancet Psychiatry, pii: S2215-0366(17)30149-9. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30149-9. / 2017
	AU:	Diamond, G. S., Kobak, R. R., Krauthamer Ewing, E. S., Levy, S. A., Herres, J. L., Russon, J. M., Gallop, R. J.
	TI:	A Randomized Controlled Trial: Attachment-Based Family and Nondirective Supportive Treatments for Youth Who Are Suicidal.
	SO:	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 58(7), 721–731. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.006 / 2019
	AU:	Diamond, G. S., Reis, B., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L.
	TI:	Attachment based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study.

Nr.	Feldbezeichnung	Text
	SO:	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41, 1190–1196. / 2002.
	AU:	Diamond, G. S., Wintersteen, M., Brown, G., Diamond, G., Gallop, B., Shelef, K. et al.
	TI:	Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation and depressive symptoms: A randomized controlled trial.
	SO:	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49, 122–131. / 2010
	AU:	Egger, H. & Angold, A.
	TI:	Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology.
	SO:	J Child Psychol Psychiatry 2006; 47: 313–37
	AU:	Eisler, I., Simic, M., Hodson, J., Asen, E., Berelowitz, M., Connan, F., Ellis, G., Hugo, P., Schmidt, U., Treasure, J., Yi, I., Landau, S.
	TI:	A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa
	SO:	BMC psychiatry, 16(1), 422. https://doi.org/10.1186/s12888-016-1129-6 / 2016
	AU:	Fonagy, P., Butler, S., Cottrell, D., Scott, S., Pilling, S., Eisler, I., Goodyer, I. M.
	TI:	Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): A pragmatic, randomised controlled, superiority trial.
	SO:	The Lancet Psychiatry, 5(2), 119-133. doi:10.1016/S2215-0366(18)30001-4. / 2018
	AU:	Garoff, F. F., Heinonen, K., Pesonen, A.-K., & Almqvist, F.
	TI:	Depressed youth: Treatment outcome and changes in family functioning in individual and family therapy.
	SO:	<i>Journal of Family Therapy</i> , 34(1), 4–23. / 2012
	AU:	Gore, F. M. et al.
	TI:	Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis.
	SO:	Lancet 377, 2093–2102, 2011
	AU:	Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., Brondino, M. J.
	TI:	Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquents: outcomes, treatment fidelity, and transportability
	SO:	Mental health services research, 1(3), 171–184. / 1999
	AU:	Ihle, W. & Esser, G.
	TI:	Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede.
	SO:	Psychol. Rundschau 53, 159–169, 2002.
	AU:	Israel, P., Diamond, G. S.
	TI:	Feasibility of Attachment Based Family Therapy for depressed clinic-referred Norwegian adolescents.
	SO:	Clinical child psychology and psychiatry, 18(3), 334–350. https://doi.org/10.1177/1359104512455811 / 2013
	AU:	Karow, A. et al.

Nr.	Feldbezeichnung	Text
	TI:	Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen - Teil 2: Krankheitslast, Defizite des deutschen Versorgungssystems, Effektivität und Effizienz von Early Intervention Services.
	SO:	Fortschritte der Neurol. Psychiatr. 81, 628–638, 2013
	AU:	Klitzing, K. , Döhnert, M., Kroll, M. & Grube, M.
	TI:	Psychische Störungen in der frühen Kindheit
	SO:	Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 375-86; DOI: 10.3238/arztebl.2015.0375
	AU:	Kramer, J., Conijn, B., Oijejaar, P., Riper, H.
	TI:	Effectiveness of a Web-Based Solution-Focused Brief Chat Treatment for Depressed Adolescents and Young Adults: Randomized Controlled Trial.
	SO:	J Med Internet Res; 16(5):e141. DOI: 10.2196/jmir.3261 / 2014
	AU:	Lebowitz, E.L., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y. & Silverman, W.K.
	TI:	Parent-Based Treatment as Efficacious as Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety: A Randomized Noninferiority Study of Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions.
	SO:	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (accepted for publication: JAAC 2484) PII: S0890-8567(19)30173-X DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.02.014 / in print
	AU:	Le Grange, D., Hughes, E. K., Court, A., Yeo, M., Crosby, R. D., Sawyer, S. M
	TI:	Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa
	SO:	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55(8), 683–692. / 2016
	AU:	Le Grange, D., Lock, J., Agras, W.S., Bryson, S.W., Jo, B.
	TI:	Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa
	SO:	J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry;54(11):886–94.e2. doi:10.1016/j.jaac.2015.08.008 / 2015
	AU:	Levold, T. & Wirsching, M.
	TI:	Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch
	SO:	Heidelberg: Carl-Auer-Verlag. 2020. 3. Auflage
	AU:	Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., Tejada, M.
	TI:	Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial
	SO:	American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 27, 651–688. / 2001
	AU:	Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., Greenbaum, P.
	TI:	Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing family therapy and cognitive behavior therapy.
	SO:	Addiction, 103(10), 1660–1670. / 2008
	AU:	Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Ungaro, R.A., Henderson, C.E.
	TI:	Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment

Nr.	Feldbezeichnung	Text
	SO:	J Psychoactive Drugs. 2004 Mar;36(1):49-63. doi: 10.1080/02791072.2004.10399723. / 2004
	AU:	Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Fitzpatrick, K. K., Jo, B., Accurso, E., Forsberg, S., Anderson, K., Arnow, K., Stainer, M.
	TI:	Can adaptive treatment improve outcomes in family-based therapy for adolescents with anorexia nervosa? Feasibility and treatment effects of a multi-site treatment study.
	SO:	Behaviour research and therapy, 73, 90–95. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.015/ 2015
	AU:	Lock, J., Sadeh-Sharvit, S., L'Insalata, A.
	TI:	Feasibility of conducting a randomized clinical trial using family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder.
	SO:	The International journal of eating disorders, 52(6), 746–751. https://doi.org/10.1002/eat.23077/ 2019
	AU:	Looyeh, M.Y., Kamali, K., Ghasemi, A., Tonawanik, P.
	TI:	Treating social phobia in children through group narrative therapy.
	SO:	Arts Psychother. 41.16–20. doi: 10.1016/j.aip.2013.11.005 / 2014
	AU:	Looyeh, M. Y., Kamali, K., Shafieian, R.
	TI:	An exploratory study of the effectiveness of group narrative therapy on the school behavior of girls with attention-deficit/hyperactivity symptoms.
	SO:	Archives of psychiatric nursing, 26(5), 404–410. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.01.001/ 2012
	AU:	Madden, S., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A., Kohn, M., Lock, J., Le Grange, D., Jo, B., Clarke, S., Rhodes, P., Hay, P., Touyz, S.
	TI:	A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents.
	SO:	Psychological medicine, 45(2), 415–427/ 2015
	AU:	McKenzie, R., Dallos, R., Stedmon, J., Hancocks, H., Vickery, P. J., Barton, A., Vassallo, T., Myhill, C., Chynoweth, J., Ewings, P.
	TI:	SAFE, a new therapeutic intervention for families of children with autism: a randomised controlled feasibility trial.
	SO:	BMJ open, 10(12), e038411. / 2020
	AU:	Nyman-Carlsson, E., Norring, C., Engström, I., Gustafsson, S. A., Lindberg, K., Paulson-Karlsson, G., Nevenon, L.
	TI:	Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with Anorexia nervosa: A randomized controlled trial.
	SO:	Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research, 30(8), 1011–1025 / 2019
	AU:	Pérez-García, M., Sempere-Pérez, J., Rodado-Martínez, J. V., Pina López, D., Llor-Esteban, B., Jiménez-Barbero, J. A
	TI:	Effectiveness of multifamily therapy for adolescent disruptive behavior in a public institution: A randomized clinical trial.
	SO:	Children and Youth Services Review 117: 105289. / 2020.
	AU:	Peris, T. S., Rozenman, M. S., Sugar, C. A., McCracken, J. T., Piacentini, J.

Nr.	Feldbezeichnung	Text
	TI:	Targeted Family Intervention for Complex Cases of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial.
	SO:	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 56(12), 1034–1042.e1. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.10.008 / 2017
	AU:	Pineda, J., Dadds, M.R.
	TI:	Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis.
	SO:	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52(8):851–862. / 2013
	AU:	Pinquart, M., Oslejsek, B., Teubert, D.
	TI:	Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis.
	SO:	Psychotherapy Research / 26(2) / 241–257 / 2016.
	AU:	Poole, L. A., Knight, T., Toumbourou, J. W., Lubman, D. I., Bertino, M. D., Lewis, A. J.
	TI:	A Randomized Controlled Trial of the Impact of a Family-Based Adolescent Depression Intervention on both Youth and Parent Mental Health Outcomes.
	SO:	Journal of abnormal child psychology, 46(1), 169–181. https://doi.org/10.1007/s10802-017-0292-7 / 2018
	AU:	Retzlaff, R.
	TI:	Spiel-Räume: Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen.
	SO:	Stuttgart: Klett-Cotta. 2008.
	AU:	Retzlaff, R.
	TI:	Familien-Stärken. Resilienz, Behinderung und systemische Therapie.
	SO:	Stuttgart: Klett-Cotta. 2021.
	AU:	Retzlaff, R., Haun, M. W., Schweitzer, J.
	TI:	The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials.
	SO:	Family Process / 52 / 2013
	AU:	Riedinger, V., Pinquart, M., Teubert, D.
	TI:	Effects of Systemic Therapy on Mental Health of Children and Adolescents: A Meta-Analysis.
	SO:	Journal of clinical child and adolescent psychology / 46(6) / 880–894 / 2017
	AU:	Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M., Rowe, C.L.
	TI:	Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings.
	SO:	Drug & Alcohol Dependence, 130(1–3), 85–93. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013 / 2013
	AU:	Russell, G. F., Szmukler, G. I., Dare, C., & Eisler, I.
	TI:	An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa.
	SO:	Archives of general psychiatry, 44(12), 1047–1056. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800240021004 /2015

Nr.	Feldbezeichnung	Text
	AU:	Schweitzer, J. & von Schlippe
	TI:	Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II – Das störungsspezifische Wissen
	SO:	Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 2015
	AU:	Seikkula, J. & Olson, M.
	TI:	The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics
	SO:	Family Process /42/ 403-418 / 2003
	AU:	Siqueland, L., Rynn, M., Diamond, G. S.
	TI:	Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies.
	SO:	Journal of anxiety disorders, 19(4), 361–381. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.006 / 2005
	AU:	Slesnick, N., Erdem, G., Bartle-Haring, S., Brigham, G.S.
	TI:	Intervention with substance-abusing runaway adolescents and their families: results of a randomized clinical trial.
	SO:	Journal of consulting and clinical psychology, 81(4), 600–614. https://doi.org/10.1037/a0033463 / 2013
	AU:	Steffen, A., Akmatov, M. K., Holstiege, J. & Bätzing, J.
	TI:	Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017.
	SO:	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung Deutschl. 18, (2019).
	AU:	Sydow, K. von, Beher, S., Retzlaff, R., Schweitzer, J.
	TI:	Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie.
	SO:	Göttingen: Hogrefe. 2007.
	AU:	Sydow, K. von, & Borst, U. (Ed.)
	TI:	Systemische Therapie in der Praxis.
	SO:	Weinheim: Beltz. 2018.
	AU:	Sydow, K. von, Retzlaff, R., Haun, M. W., Schweitzer, J.
	TI:	The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT
	SO:	Family Process / 52 / 2013
	AU:	Szapocznik, J., Kurtines, W.M., Foote, F.H., Perez-Vidal, A., Hervis, O.
	TI:	Conjoint versus one-person family therapy: some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person.
	SO:	J Consult Clin Psychol.;51(6):889-99. doi: 10.1037//0022-006x.51.6.889. / 1983
	AU:	Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A.L., Foote, F.H., Santisteban, D., Hervis, O., Kurtines, W.M.
	TI:	Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: a strategic structural systems approach.
	SO:	J Consult Clin Psychol.;56(4):552-7. doi: 10.1037//0022-006x.56.4.552. / 1988
	AU:	Wagner, D.V., Borduin, C.M., Mazurek, M.O., Kanne, S.M., Dopp, A.R.
	TI:	Multisystemic Therapy for Disruptive Behavior Problems in Youths with Autism Spectrum Disorder: Results from a Small Randomized Clinical Trial

Nr.	Feldbezeichnung	Text
	SO:	Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 4:1, 42-54. / 2019
	AU:	Wallin, U., Kronovall, P., Majewski, M.-L.
	TI:	Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: outcome after 2 years.
	SO:	Eur. Eat. Disorders Rev., 8: 19-30. / 2019
	AU:	Waraan, L., Rognli, E. W., Czajkowski, N. O., Aalberg, M., Mehlum, L.
	TI:	Effectiveness of attachment-based family therapy compared to treatment as usual for depressed adolescents in community mental health clinics.
	SO:	Child and adolescent psychiatry and mental health, 15(1), 8. https://doi.org/10.1186/s13034-021-00361-x / 2021
	AU:	Weiss, B., Han, S., Harris, V., Catron, T., Ngo, V. K., Caron, A., Gallop, R., Guth, C.
	TI:	An independent randomized clinical trial of multisystemic therapy with non-court-referred adolescents with serious conduct problems.
	SO:	Journal of consulting and clinical psychology, 81(6), 1027–1039. https://doi.org/10.1037/a0033928 . / 2013
	AU:	White, M. & Epston, D.
	TI:	Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken.
	SO:	Heidelberg: Carl Auer. 1989
	AU:	Zhu, Z., Lian, P.
	TI:	Effect of structural family therapy on ADHD children with oppositional defiant disorder.
	SO:	Journal of Taishan Medical College, 30(6), 440–442. / 2009

Wortprotokoll



einer Anhörung zum Einschätzungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Psychotherapie-Richtlinie: Bewertung der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen

Vom 28. Oktober 2021

Vorsitzende:	Frau Dr. Lelgemann
Beginn:	11:00 Uhr
Ende:	11:28 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmende der Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie e. V. (DGKJP):
Frau Prof. Dr. Schepker

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT):
Frau Prof. Dr. Willutzki

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF):
Herr Prof. Dr. Hermans
Herr Beher

Systemische Gesellschaft e.V. (SG):
Herr Dr. Retzlaff
Herr Dr. Haun

Beginn der Anhörung: 11:00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmenden sind der Videokonferenz beigetreten.)

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Herzlich Willkommen im Namen des Unterausschusses Methodenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur mündlichen Anhörung im Rahmen des Einschätzungsverfahrens zum Methodenbewertungsverfahren: Bewertung der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen gemäß dem § 92 Absatz 6a in Verbindung mit § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V. – Achtung, Achtung! Wir haben noch keinen Beschlussentwurf, sondern wir sind im Einschätzungsverfahren. – Einen schönen guten Morgen.

Als Gäste haben wir – Sie müssten sich kurz melden, wenn Sie da sind, aber wir haben Sie alle schon gesehen – Frau Professor Schepker für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – guten Morgen; für die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Frau Professor Willutzki – guten Morgen; dann für die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie Herrn Professor Hermans und Herrn Beher – einen schönen guten Morgen; für die Systemische Gesellschaft Herrn Dr. Retzlaff und Herrn Dr. Haun – einen schönen guten Morgen.

Ich habe ein paar kurze Vorbemerkungen zur mündlichen Anhörung: Wir erzeugen von dieser mündlichen Anhörung eine Aufzeichnung und dann ein Wortprotokoll. Ich gehe davon aus, dass Sie damit einverstanden sind.

Ansonsten kann ich Ihnen versichern, dass wir alle Ihre Einschätzungen gelesen und gewürdigt haben. Insofern ist es nicht erforderlich, alles zu wiederholen. Sondern ich bitte Sie, sich auf die wesentlichen Punkte zu konzentrieren.

Außerdem möchte ich Sie bitten, wenn Sie sich nachher zu Wort melden wollen, dies über den Chat zu tun, dann sehe ich es hier automatisch in der Teilnehmerliste. Des Weiteren habe ich die Bitte, wenn Sie nicht sprechen, dass Sie das Mikrofon ausmachen. Das schützt uns vor diesen nervigen Rückkopplungseffekten. – Aber das wissen wir ja inzwischen alle.

Dann können wir jetzt anfangen. Und zwar würde ich in der Reihenfolge, wie eben vorgelesen, beginnen wollen. Das heißt, Frau Professor Schepker, Sie haben als Erste das Wort. – Bitte.

Frau Prof. Dr. Schepker (DGKJP): Vielen Dank für die Einladung. – Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie würde die Aufnahme der Systemischen Therapie sehr befürworten.

Wir haben es bereits damals nach dem positiven Votum des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nicht ganz verstanden, denn nach unserer Ansicht geht auch die Delinquenz klassifikatorisch in einer unserer Definitionen der Störungen des Sozialverhaltens auf. – Das vorab.

Wir haben den Fragebogen ausführlich beantwortet. Das brauche ich jetzt nicht zu wiederholen. Vielleicht noch ein paar Aspekte nebenbei:

Wir haben es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie immer mit ganzen Familien zu tun, wo nach aller klinischen Erfahrung – man muss dazusagen, dass sie bereits schon in den Kliniken eingeführt ist – die Systemische Therapie ein sinnvolles ökonomisches Instrument ist, weil man weniger Sitzungen benötigt, um die Familien ins Arbeiten zu bekommen und sich auch als effektiv erwiesen hat.

Zusätzlich haben wir in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie seit Neuestem das aufsuchende Verfahren der stationsäquivalenten Behandlung, wobei es extrem hilfreich ist, wenn die Mitarbeitenden dieser Teams über systemische Kompetenz verfügen, weil man da automatisch in die Wohnung tritt und eine ganze Familie vor sich hat.

Laut der entsprechenden Literatur erreicht man mit dem Verfahren auch Familien in besonderen Lebenslagen – vor allen Dingen aufsuchend –, was eine große Sorge unseres Fachgebietes ist und was uns mit der Systemischen Therapie hinsichtlich der Compliance und des Dabeibleibens an der Therapie besonders gut gelingt.

Last but not least: Wir hätten die Systemische Therapie gerne als anerkanntes Verfahren auch in die Facharztweiterbildung offiziell integriert. En passant nebenbei tun wir das schon. Wir hätten es gerne auch in die Musterweiterbildungsordnung eingefügt und hoffen auf ein positives Votum. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Professor Schepker, für die Stellungnahme. – Ich würde jetzt an Frau Professor Willutzki von der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie weitergeben.

Frau Prof. Dr. Willutzki (DGVT): Guten Morgen allerseits und auch noch einmal herzlichen Dank für die Einladung. – Auch wir hatten eine Stellungnahme zu den einzelnen Punkten abgegeben. Ich möchte auch noch einmal kurz erwähnen, dass wir schon bei der Anhörung zur Systemischen Therapie im Erwachsenenbereich gesagt hatten, dass wir es für widersinnig halten, dass die Systemische Therapie im Bereich der Kinder und Jugendlichen nicht anerkannt wird, weil Sie dort ja eigentlich ihre Wurzeln hat, gerade in der Einbeziehung von Familien und in der Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen.

Die Fragestellungen im Bereich der Kinder und Jugendlichen sind ja häufig sehr komplex und werden zunehmend komplexer; auch die Einbeziehung der verschiedenen Hilfesysteme ist dringend erforderlich. Durch diese Orientierung auch in die weiteren Systeme können systemische Ansätze aus unserer Sicht besonders hilfreich sein.

Außerdem – Frau Schepker hatte das eben schon angesprochen –, Familien in besonderen Lebenslagen zu erreichen und auch hier die Brücken zwischen den jeweiligen Hilfesystemen den betroffenen Kindern und Jugendlichen und deren näheres soziales Umfeld zu unterstützen, halten wir für wesentlich und auch für eine besondere Stärke der systemischen Ansätze.

Aus unserer Sicht gibt es auch hinreichend Belege – wobei man natürlich immer berücksichtigen muss, dass die Forschung im Bereich der Kinder- und Jugendlichen-Bereich unterentwickelt ist im Vergleich zum Erwachsenenbereich relativ zu dem Erwachsenenbereich und dort viel weniger Ressourcen zur Verfügung stehen. Durch eine Integration ins Versorgungssystem könnten natürlich auch die Forschungsmöglichkeiten in Zukunft sehr viel stärker verbessert werden.

Die Systemische Therapie ist ökonomisch; denn wir wissen ja, dass hier in der Regel nicht wöchentliche Sitzungen wie in vielen anderen Ansätzen stattfinden, sondern mit größeren Abständen, das heißt, auch eine längere Begleitung stattfinden kann, wobei dann eben immer wieder das soziale Umfeld, die anderen Systeme einbezogen werden.

Etwas kritisch sehen wir, dass jetzt auch im Rahmen der Integration in die EBM-Struktur dem besonderen Aufwand, durch die Integration des sozialen Umfeldes und auch der Einbeziehung von Hilfesystemen schon in der Vorbereitung, eigentlich nicht hinreichend Rechnung getragen wird. – Das wäre es erst einmal von uns.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Professor Willutzki. – Ich gebe jetzt an Herrn Hermans von der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie weiter.

Vorher möchte noch einmal deutlich machen, dass wir noch nicht an dem Punkt sind, wo wir einen Beschlussentwurf vorliegen haben – das ist Ihnen klar – und ihn dann weitergeben an den Unterausschuss Psychotherapie. Ich bin Ihnen für Ihre Hinweise dankbar, aber bis dahin ist noch eine kleine Strecke zu überwinden.

Uns geht es jetzt vor allen Dingen darum, auch zu erfahren, ob es noch wesentliche Aspekte gibt, die wir bei der eigentlichen Nutzenbewertung des IQWiG, die wir schon beauftragt haben, noch berücksichtigen müssen. – Bitte schön, Herr Hermans.

Herr Prof. Dr. Hermans (DGSF): Vielen Dank, Frau Lelgemann. – Ich würde auch erst einmal auf unsere ausführlich Einschätzung verweisen und die jetzt natürlich nicht noch einmal hier entsprechend in Gänze referieren wollen, sondern auf drei oder vier kleine Punkte noch einmal etwas näher eingehen wollen.

Zunächst vielleicht: Bei uns ist tatsächlich eine kleine Verwunderung aufgetreten, dass die Frage, was denn jetzt der Systemischen Therapie zuzuordnen sei oder nicht, noch einmal so sehr intensiv und virulent diskutiert wird. Ich will auch gerne begründen, warum uns das etwas verwundert hat: Weil aus unserer Sicht durch die Definition in der Expertise in 2004 und dann in dem gesamten Beratungsverfahren und vor allen Dingen mit der wissenschaftlichen Anerkennung 2008 durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie eigentlich umfassend definiert, grundgelegt und bestimmt ist, was zur Systemischen Therapie gehört – wie Sie ja alle wissen, auch unter Einbeziehung von ExpertInnen der anderen Richtlinienverfahren, die alle beteiligt waren, die ebenfalls diese Studien eindeutig der Systemischen Therapie zugeordnet haben.

Dementsprechend sind auch die Erkenntnisse oder Inhalte dieser Studien nicht nur integraler Bestandteil unserer Ausbildung in Systemischer Therapie auch im Vertiefungsgebiet Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, die schon seit über zehn Jahren an Ausbildungsstätten tatsächlich stattfinden und auch berufsrechtlich seitdem schon möglich sind. Sondern sie sind beispielsweise auch beim IMPP bei der staatlichen PsychotherapeutInnen-Ausbildung Teil der entsprechenden Prüfungsfragen, die auch heute schon für die Abschlussprüfung der Psychotherapieausbildung vorgelegt werden. – Das ist ein Aspekt, den ich gerne noch einmal einbringen möchte.

Dann möchte ich methodisch darauf hinweisen, dass wir aus der Erfahrung in dem Anerkennungsverfahren der Systemischen Therapie für Erwachsene wissen, dass es einige Herausforderungen gegeben hat, die eher Psychotherapie- als Verfahrensspezifisch sind, was sozusagen forschungsmethodische Aspekte angeht, weil unseres Wissens nach damals erstmals ein Psychotherapieverfahren vom IQWiG begutachtet wurde. Beispielhaft seien nur die Stichworte unerwünschte Wirkung/Nebenwirkung oder das Thema der Unmöglichkeit der Doppelverblindung et cetera noch einmal genannt, die aber eher Psychotherapie- als Verfahrensspezifisch sind. Sie sind trotzdem natürlich bedeutsam, aber haben entsprechend eigentlich nichts mit dem Verfahren zu tun.

Schließlich noch einmal der Hinweis auf die Bedeutung des Verfahrens in der Praxis. Das sage ich auch selber als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut; es ist aber auch schon beispielsweise von Frau Schepker angeklungen: In der tatsächlichen Versorgung – stationär, teilstationär, auch im ambulanten und Nicht-GKV-Bereich – ist die Systemische Therapie seit Jahren und Jahrzehnten eigentlich nicht mehr wegzudenken.

Auch wenn wir wissen, dass es dafür Gründe gab, so können Sie sich natürlich vorstellen, dass wir auch national, international, im europäischen und darüber hinaus Ausland häufig gefragt worden sind, wieso denn die Anerkennung in Deutschland für die Erwachsenen erfolgt ist und nicht für die Kinder und Jugendlichen, was für die internationalen ExpertInnen doch so viel naheliegender gewesen wäre als die Erwachsenenanerkennung. – Wie gesagt, Gründe sind durchaus bekannt, aber um das einfach noch einmal deutlich zu machen –. Vor allen Dingen erschien es den ExpertInnen so logisch, weil eben die Studienlage, was die Anzahl der Studien angeht, bei Kindern und Jugendlichen um ein Vielfaches nahezu oder sehr deutlich quantitativ erst einmal besser aussieht.

Ein letzter Punkt, auf den ich noch kurz kommen will, ist auch das Thema der Weiterbildung. Frau Schepker hatte es für den ärztlichen Bereich angesprochen. Ich will es aber auch für den psychotherapeutischen Bereich gerne noch einmal stark machen:

Wir befinden uns ja momentan in der Verabschiedungsphase einer neuen Musterweiterbildungsordnung; Teile sind schon verabschiedet; Teile werden noch verabschiedet. Und da spielt es natürlich gerade eine große Rolle, weil Sozialrecht und Berufsrecht in der neuen Musterweiterbildungsordnung zusammenkommen, dass überhaupt die Weiterbildung für FachpsychotherapeutInnen für Kinder und Jugendliche auch im Vertiefungsgebiet Systemische Therapie ermöglicht wird. Das ist natürlich nicht ganz unabhängig davon, inwiefern überhaupt auch eine sozialrechtliche Anerkennung dann passiert. Insofern möchte ich das gerne auch noch einmal mit ins Feld führen und verweise ansonsten, was meinen Beitrag angeht, gerne auf unsere entsprechende Einschätzung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ganz herzlichen Dank, auch für die präzise Stellungnahme. – Haben Sie Ergänzungswünsche, Herr Beher?

Herr Beher (DGSF): Ich würde daran ein Stückweit anschließen und vielleicht noch einmal auf die etwas konkretere Ebene der Studien verweisen, und zwar insbesondere auf die Studien der manualisierten, diagnosespezifischen Therapien, die jetzt – für uns überraschend – im Prinzip noch einmal unter dem Gesichtspunkt diskutiert wurden, ob die eigentlich überhaupt zu uns gehören.

Ich will ganz gerne noch einmal ein bisschen vertiefend darauf aufmerksam machen, dass viele dieser Studien vielleicht vor allem zum Thema Sucht und Delinquenz für multisystemische und multidimensionale Familientherapie existieren, sogar noch mehr, als wir ursprünglich eigentlich eingereicht haben. Also da kommt wahrscheinlich in der zweiten Runde noch ein bisschen Nachschub, der auf unserer Liste noch gar nicht steht; also dazu gibt es ganz viel Forschung.

Man kann sich an diesem Bereich, auch wenn der vielleicht in einiger Hinsicht ein besonderer Diagnosebereich ist, doch ganz gut exemplarisch klarmachen, was das eigentlich aus meiner Sicht für sehr beeindruckende Verfahren sind, gerade mit Blick auf die empirische Wirksamkeitsüberprüfung. Es ist nämlich so, dass gerade die multidimensionale Familientherapie von vielen Playern im amerikanischen Gesundheitssystem, im amerikanischen Suchtsystem, als *best practice* oder als *exemplary* bewertet wird, also als das beste Verfahren, was dort überhaupt zur Verfügung steht. Auch die Europäer sind zu solchen entsprechenden Einschätzungen gekommen.

Ich will kurz darauf aufmerksam machen, obwohl das alles ja amerikanische Verfahren sind, gibt es auch Studien, die eben hier in Europa und auch an deutschen Stichproben ausgeführt wurden. Ich will ganz besonders noch einmal auf die Studie von Rigter et al 2013 verweisen, die an einer ganz großen Stichprobe mit zahlreichen, auch deutschen Patienten, zu ganz beeindruckenden Ergebnissen gekommen ist. Also nicht nur, dass die Symptomatik im Vergleich zu Einzeltherapie signifikant zurückgegangen ist und auch die Diagnosen am Ende der Therapie signifikant häufiger gar nicht mehr bestanden haben, ist es eben ganz besonders so bei diesen Therapien, dass ganz beeindruckende Haltequoten dort nachgewiesen sind.

Wenn Sie sich diese Studie einmal anschauen, werden Sie sehen, dass unter systemischen Bedingungen 90 Prozent bei der Therapie dabeigeblichen sind im Vergleich zu 48 Prozent in der Kontrollgruppe. Ich finde, das ist ein ganz beeindruckendes Ergebnis. Es ist eben eins, dass sich auch in vielen anderen, gerade auch in diesen Trademark-Therapien, diesen manualisierten Therapien immer wieder zeigt, dass die Systemische Therapie nicht nur im Blick auf die Gesamtergebnisse, sondern auch auf diese Haltequoten ganz beeindruckend ist.

Wenn Sie jetzt in diese einzelnen Publikationen hineinschauen, werden Sie sehen, dass neben den ganzen Gründen, die wir auch schon aufgeschrieben haben, mit Blick auf die Frage, ob das systemisch ist oder nicht, auch die Autoren immer wieder die entsprechenden Verfahren, gerade die kognitiv-behavioralen Verfahren, gegenüberstellen.

Ich zitiere einmal hier aus dieser Rigter-Studie, dort steht schon auf der Seite 86 – es ist die zweite der Publikationen:

The outcomes of behavioral approaches such as cognitive behavioral therapy instant alone motivation and enhancement where mixed the evidence base was most convincing for multidimensional family therapy.

Also es ist auch auf diesen Ebenen immer wieder klar, dass das jetzt nicht einfach nur ein Anhang für kognitiv-behaviorale Therapien ist, sondern auch ganz explizit davon abgegrenzt wird.

Diese Studie werden Sie auch auf den offiziellen Seiten des Bundesgesundheitsministeriums finden, die das ganz begeistert begleitet haben und darüber auch berichten und deutlich machen, dass das eine sehr vielversprechende Behandlungsform ist, von der wir uns wünschen würden, wenn sie auch hier in Deutschland die Anerkennung finden würde. – Vielen Dank.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank, insbesondere natürlich für den Hinweis auf das begeisterte Bundesministerium. Das ist dann natürlich von ganz besonderer Bedeutung.

Jetzt gebe ich entweder an Herrn Retzlaff oder Herrn Haun von der Systemischen Gesellschaft weiter. Wer von Ihnen möchte beginnen? – Bitte, Herr Retzlaff.

Herr Dr. Retzlaff (SG): Ich würde gerne auf zwei Aspekte des Fragenkataloges ergänzend eingehen. – Ich meine, dass wir in der Psychotherapie-Richtlinie eine ganz gute Definition des Verfahrens Systemische Therapie gefunden haben, auf die man auch jetzt bei dem Prozess, der vor uns und vor Ihnen liegt, dann zurückgreifen kann.

Ich bin eigentlich froh, dass als Definition die interpersonelle Perspektive aufgegriffen wurde, die ja sozusagen konstituierend ist für das systemische Modell. Es kommen darin auch vor: redundante störungsrelevante Muster kontraproduktiver Art, mehrgenerationale Faktoren, aber auch Handeln und natürlich Fühlen und Prozesse, die dann auch ein übergreifendes Konzept darstellen.

Ich glaube, ein wichtiger weiterer Aspekt der Systemischen Therapie ist die Orientierung an der Arbeit an Netzwerken und multisystemischem Kontext. Das ist nicht etwas Neues. Sondern das hat es auch schon in den 60-er und 70-er Jahren gegeben.

Ich bin seit über 30 Jahren auch als approbierter Kinderverhaltenstherapeut aktiv. Ich muss sagen, dieses Setting von 1:4, dass man Eltern isoliert einbezieht und nicht in die Behandlung mit hinein Holt, hat mir nie besonders eingeleuchtet.

Wenn wir im Mehrpersonen-Setting systemisch arbeiten, dann können wir auch immer mit mehreren Personen gleichzeitig arbeiten. Wir können beispielsweise häufig beobachten, wenn es Ängste gibt in einer Familie, wenn ein Kind eine soziale Phobie hat, dass es vielleicht auch ein Geschwisterkind gibt oder eine Mutter, die von einer phobischen Störung betroffen ist oder einen Vater, der depressiv ist.

Wir haben einen großen Versorgungsbedarf, einen Mangel an niedergelassenen Kindertherapeuten. Systemische Therapeuten können gleichzeitig mehrere Symptomträger behandeln und die Eltern natürlich auch unterstützen. Ich glaube, das ist ein ganz wichtiger Versorgungsaspekt, von dem ich nicht sehe, dass ein anderes Verfahren dies in irgendeiner Form annähernd so abdecken könnte.

Ich habe Kontakt zu Elternvertretern, Elterngruppen von magersüchtigen Mädchen, die sich bitter beklagen, dass sie im jetzigen Versorgungssystem als Eltern mit ihrem Wunsch, einbezogen zu werden und zu unterstützen, als Ressource gesehen zu werden, immer wieder ignoriert und abgeschoben werden. Wenn ich dann höre, dass in Großbritannien die Systemische Therapie State-of-the-art ist, was Magersuchttherapien angeht, dann wünsche ich mir sehr, dass das in Deutschland endlich auch der Fall werden wird, auch um Angehörige angemessen zu unterstützen.

Wenn wir überlegen: Warum wirkt Systemische Therapie? Wir haben Studien vorgelegt bis China, USA und wo auch immer. Ich glaube, Social Support ist anerkanntermaßen ein extrem wichtiger Faktor für psychische Gesundheit. Systemische Therapie mobilisiert und nutzt Social Support eben in einer sehr dezidierten Weise. Ich glaube, das ist etwas, was in unserem Gesundheitssystem auch ergänzend Patienten zur Verfügung stehen sollte. Von daher wünsche ich mir, dass dieser Prozess dann in einer guten Weise weitergeführt werden wird.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Retzlaff. – Herr Haun, bitte.

Herr Dr. Haun (SG): Ich möchte kurz den Aspekt der Wirtschaftlichkeit von Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen aus dem Fragebogen ergänzen:

Wenn man sich dort die Studienlage anschaut, dann sieht man, dass eine große Zahl an Studien vorliegt, die genau spezifisch diese Endpunkte fokussieren und dass das Studien sind, die aus den Hochprävalenz-Störungen rekrutieren und auch mehrere Altersgruppen im Bereich Kinder und Jugendliche ansprechen.

Das heißt, es gibt auf der einen Seite Systemische Therapie favorisierende prospektive Einzelstudien mit hoher interner Validität, das sind in der Regel RCTs. Beispielhaft sei genannt: Für depressive Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Essstörungen und Substanzkonsumstörungen, zusätzlich eben auch das zunehmende Phänomen des nicht-suizidalen selbstverletzenden Verhaltens und auch für den Einsatz bei körperlichen Erkrankungen im Kindesalter.

Meiner Einschätzung nach – ich habe mich damit auch im Rahmen von eigenen Metaanalysen auseinandergesetzt – würde ich das so einschätzen, dass man die Datenlage auch im Vergleich zu den anderen Verfahren als äußerst robust bezeichnen kann und dass insbesondere auch – und damit kommen wir zum zweiten aus meiner Sicht methodisch wichtigen Aspekt – von einer hohen Generalisierbarkeit ausgegangen werden kann, weil wir zusätzlich zu den schon angesprochenen RCTs auch Daten aus naturalistischen Studien haben, sprich direkt aus der Routineversorgung, und damit wirklich davon ausgegangen werden kann, dass sich Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche auch direkt in der Versorgungswirklichkeit auch rechnet, und das Ganze für ein breites Störungsspektrum.

Wenn man es ein bisschen pointierter sagen wollte, könnte man es mit einem etwas plastischen englischen Ausdruck sagen: Man bekommt mit Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen mehr *bang for your bucks!* – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Haun. – Gibt es Ergänzungen oder Wünsche aus dem Kreis der Stellungnehmenden, Aspekte, die aus Ihrer Sicht hier noch nicht ausreichend dargestellt worden sind? Ansonsten kann ich sagen, Herr Sauerland nimmt ja an der Anhörung teil, und ich gehe davon aus, dass wir die Studien alle finden oder schon gefunden haben, kann man besser sagen. Da bin ich sehr optimistisch.

Gibt es Fragen aus dem Kreis der Mitglieder des Unterausschusses? – Ich habe fast damit gerechnet, dass wir keine Fragen haben, weil wir uns schon so viel mit Systemischer Therapie beschäftigt haben. Ich sehe jetzt im Moment auch keine Wortmeldungen. Dann wäre das eine kurze Anhörung gewesen. – Doch, ich habe eine Wortmeldung von Frau Schepker. Bitte, Frau Professor Schepker.

Frau Prof. Dr. Schepker (DGKJP): Ich wollte noch ergänzen, da auch die Patientenvertreter sich nicht zu Wort gemeldet haben, dass das aus unserer fachpolitischen Sicht ein außerordentlich partizipatives Psychotherapieverfahren ist – das habe ich nur im Nebensatz angedeutet –, auf die eine besondere Aktivierung aller Familienmitglieder abzielt; auch eine Aktivierung derjenigen, wegen derer als Person, als Kind in unserem Fall, die Behandlung aufgesucht worden ist.

Ich halte das von daher auch für ein besonders zukunftsweisendes Verfahren. Das vielleicht noch einmal in die Ohren des BMG und insbesondere der Patientenvertretung. – Danke schön.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): In die Ohren des BMG, gut. *[lacht]* – Gibt es weiteren Ergänzungsbedarf oder Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses?

Das sehe ich im Moment nicht, sodass mir nur bleibt, mich bei Ihnen für die Teilnahme, für die Einsendung Ihrer schriftlichen Einschätzungen, die Beantwortung all unserer Fragen und für die Teilnahme an dieser mündlichen Anhörung herzlich zu bedanken und Ihnen einen schönen Tag zu wünschen. – Vielen Dank.

Wünschen Sie uns weiter gutes Gelingen mit der Bewertung.

Schluss der Anhörung: 11:28 Uhr

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Vom 12. August 2021 / 19. August 2021

Der Unterausschuss Methodenbewertung hat in seiner Sitzung am 12. August 2021 in Delegation für das Plenum vorbehaltlich der Beschlussfassung am 19. August 2021 beschlossen, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wie folgt zu beauftragen:

Das IQWiG soll gemäß § 139a Absatz 3 Nummer I SGB V unter Berücksichtigung der Auftragskonkretisierung des G-BA (siehe Anlage) die Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes zur Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen durchführen.

Berlin, den 12. August 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Methodenbewertung
Die Vorsitzende

Lelgemann

**Konkretisierung des
Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses an das
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen:
Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei
Kindern und Jugendlichen**

Vom 19. August 2021

Mit dem Schreiben vom 27. Mai 2021 wurde durch ein unparteiisches Mitglied die Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen nach § 135 Abs. 1 SGB V beantragt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 91 SGB V hat in seiner Sitzung vom 19. August 2021 beschlossen, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen gemäß §§ 139b Abs. 1 S. 1 i.V.m. 139a Abs. 3 SGB V zu beauftragen.

Dieser Auftrag wird im Folgenden konkretisiert.

I. Auftragsgegenstand und -umfang

Zur Nutzenbewertung soll das IQWiG die Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen Wissensstandes zur Anwendung des Psychotherapie-Verfahrens Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen durchführen.

Gegebenenfalls soll der Bericht auch eine Aussage zum Potenzial enthalten.

Bei der Formulierung der Fragestellung sollen insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Zielpopulation Kinder (bis Vollendung des 14. Lebensjahres) und Jugendliche (bis Vollendung des 21. Lebensjahres) mit krankheitswertigen psychischen Störungen gemäß den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 (oder Vorgängerversionen). Sofern keine Diagnose aus einer der beiden v. g. Klassifikationssystemen vorliegt, muss die Krankheitswertigkeit der untersuchten psychischen Symptomatik durch ein allgemein anerkanntes, standardisiertes psychodiagnostisches Testverfahren, das die Test-Gütekriterien erfüllt, nachgewiesen sein.
- Konkretisierung des Verfahrens (Intervention): psychotherapeutische Interventionen, die dem Verfahren der systemischen Therapie zuzurechnen sind. Bei der Operationalisierung sind § 18 PT-RL, die IQWiG-Beauftragung vom 21.08.2014 sowie die Ausführungen im Gutachten des WBP zur Systemischen Therapie zugrunde zu legen. Die Ergebnisse des Einschätzverfahrens sind bei der Auftragsbearbeitung zu berücksichtigen.



- Vergleichsbehandlung:
 - Verfahren der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 16 Abs. 3 und § 17 Abs. 4 der Psychotherapie-Richtlinie
 - Treatment as usual/Standardbehandlung (definiert als Form der Routineversorgung, jedoch ohne spezifische Psycho- oder Pharmakotherapie)
 - Warteliste
 - Placebo
 - pharmakologische Therapien
- Outcome-Parameter (patientenrelevante Endpunkte): Morbidität (Symptome der jeweiligen psych. Störung), Mortalität, Lebensqualität und Aussagen zum psychosoziales Funktionsniveau
- Bei der Zuordnung von Studien zu den Anwendungsbereichen gem. PT-RL sind die Hinweise aus der Stellungnahme der FBMed vom 26. Februar 2020 zu berücksichtigen, der jeweilige Anteil der spezifischen psychischen Störungen soll dabei ersichtlich sein.
- Bei der Studiauswertung soll auch, soweit möglich, eine Extraktion zur Qualifikation der Therapeutinnen und Therapeuten enthalten sein

Die Bewertung soll, soweit medizinisch-fachlich geboten und aufgrund der Erkenntnislage möglich, differenziert nach relevanten Patienten- und Interventionscharakteristika in Bezug auf patientenrelevante Zielgrößen und, soweit möglich, auf der Grundlage von Studien der Evidenzstufe I (vgl. 2. Kapitel §§ 13 Absatz 2, 11 Absatz 3 der Verfahrensordnung des G-BA) durchgeführt werden.

Die beim G-BA im Zusammenhang mit der Ankündigung des Bewertungsverfahrens eingegangenen Einschätzungen sind im Rahmen dieses Auftrages zu berücksichtigen. Die Arbeitsergebnisse sollen eine Grundlage für die Bewertung des G-BA bilden, ob das Verfahren für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten insbesondere unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich ist.

Ergebnisse oder Teilergebnisse der Auftragsbearbeitung sind innerhalb einer angemessenen Frist vor einer Veröffentlichung durch das IQWiG dem G-BA zuzuleiten.

Falls bei der Literaturrecherche zum Nutzen auch relevante Studien identifiziert werden, die sich mit Fragen der Wirtschaftlichkeit der Methode beschäftigen, sollen diese Studien dem G-BA ebenfalls zur weiteren Bewertung übermittelt werden.

II. Weitere Auftragspflichten

Mit dem Auftrag wird das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gemäß 1. Kapitel § 20 der Verfahrensordnung des G-BA verpflichtet

- a) die jeweils gültige Verfahrensordnung zu beachten,
- b) in regelmäßigen Abständen über den Stand der Bearbeitung zu berichten,
- c) den Gremien des G-BA für Rückfragen und Erläuterungen auch während der Bearbeitung des Auftrages zur Verfügung zu stehen und



- d) die durch die Geschäftsordnung des G-BA bestimmte Vertraulichkeit der Beratungen und Beratungsunterlagen zu beachten und
- e) nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens zum Vorbericht des IQWiG die schriftlichen Stellungnahmen dem G-BA unverzüglich zur vertraulichen Kenntnisnahme zu übermitteln.

III. Unterlagen zum Auftrag

Mit diesem Auftrag werden dem Institut folgende Unterlagen zugeleitet:

- Antrag des unparteiischen Mitglieds vom 27. Mai 2021,
- Beschluss zur Annahme des Antrags auf Überprüfung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen durch den G-BA vom 19. August 2021,
- Beschluss zur Beauftragung des IQWiG vom 19. August 2021,
- Fragebogen zur strukturierten Einholung von Einschätzungen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens,
- Einschätzungen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens (werden nach Abschluss des Einschätzungsverfahrens nachgereicht),
- Stellungnahme der FB Medizin vom 26.02.2020 „Nutzenbewertung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen: Zuordnung von auszuwertenden Studien in die Anwendungsbereiche gemäß Psychotherapie-Richtlinie

IV. Abgabetermin

Die Abgabe der Auftragsergebnisse an den G-BA soll bis **15 Monate nach Auftragserteilung** erfolgen.

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

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 (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:
 1. In § 18 Absatz 3 werden nach dem Wort „Erwachsenen“ ein Komma und die Wörter „Kindern und Jugendlichen“ eingefügt.
 2. § 30 Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 eingefügt:

„7. Systemische Therapie bei Kindern

 - Bewilligungsschritte: bis 36 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
 - Höchstgrenze: 48 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden“
 - b) Die bisherigen Nummern 7 bis 8 werden die Nummern 8 bis 9.
 - c) Folgende Nummer 10 wird angefügt:

„10. Systemische Therapie bei Jugendlichen

 - Bewilligungsschritte: bis 36 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
 - Höchstgrenze: 48 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden“
 3. In § 1 Absatz 2 und 3, § 34 Absatz 4, § 35 Satz 3 und § 36 Absatz 3 Nummer 2 werden jeweils die Wörter „zuletzt geändert am 27. Februar 2020 und in Kraft getreten am 1. Juli 2020“ durch die Wörter „zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021“ ersetzt.
 4. § 40 wird wie folgt geändert:
 - a) In dem Satzteil vor Nummer 1 werden nach dem Wort „Erwachsenen“ die Wörter „sowie von Kindern und Jugendlichen“ eingefügt.

- b) In Nummer 1 werden nach den Wörtern „Psychiatrie und Psychotherapie,“ das Komma gestrichen und die Wörter „oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ sowie ein Komma eingefügt.
- c) In Nummer 2 wird die Angabe „§ 6“ durch die Angabe „§ 28“ ersetzt.
- d) In Nummer 3 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.
- e) Nach Nummer 3 wird folgende neue Nummer 4 eingefügt:
„4. abweichend von Absatz 4: der Nachweis der Erfüllung der in § 36 Absatz 3 Nummer 6 genannten Kriterien auf dem Gebiet eines der in § 15 genannten Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen sowie“.
- f) Die bisherige Nummer 4 wird die neue Nummer 5.

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 G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der
Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie):

Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Vom T. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	3
2.	Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1	Beschreibung der Systemischen Therapie.....	3
2.2	Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren	4
2.3	Sektorenübergreifende und damit einheitlichen Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit.....	7
2.3.1	Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens.....	8
2.3.1.1	Ergebnisse des IQWiG-Abschlussberichtes	8
2.3.1.2	Bewertung durch den G-BA.....	11
2.3.1.3	Fazit zum sektorenübergreifenden Nutzen.....	14
2.3.2	Sektorenübergreifende Bewertung der medizinischen Notwendigkeit	14
2.3.2.1	Relevanz der medizinischen Problematik	15
2.3.2.2	Spontanverlauf der Erkrankung	16
2.3.2.3	Therapeutische Alternativen	16
2.3.2.4	Fazit zur medizinischen Notwendigkeit.....	17
2.4	Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext	18
2.4.1	Anwendung des Schwellenkriteriums	18
2.4.2	Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit im vertragsärztlichen Versorgungskontext	19
2.4.3	Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit im Versorgungskontext.....	19
2.5	Begründung der vorgenommenen Änderungen.....	19
3.	Würdigung der Stellungnahmen	22
4.	Bürokratiekostenermittlung	22

5.	Verfahrensablauf	22
6.	Fazit.....	24

1. Rechtsgrundlage

Der G-BA überprüft u. a. gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue Methoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Methode vertragsärztlich zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden darf. Zu den vertragsärztlichen Leistungen gehören nach § 92 Absatz 6a i.V.m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V auch psychotherapeutische Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 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

Der Antrag auf Bewertung der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen gemäß §§ 92 Absatz 6a i.V.m. 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V wurde am 27. Mai 2021 gestellt. Die sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen berücksichtigte die Ergebnisse des Abschlussberichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 27. Januar 2023, die Auswertung der beim G-BA anlässlich der Veröffentlichung des Beratungsthemas eingegangenen Stellungnahmen einschließlich der dort benannten Literatur sowie die Stellungnahmen der einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer. Auf dieser Grundlage wurde die sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext vorgenommen.

2.1 Beschreibung der Systemischen Therapie

Systemische Therapie ist nach dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) vom 14.12.2008 ein psychotherapeutisches Verfahren, welches psychische Symptome in einem interpersonellen Kontext betrachtet. Die Systemische Therapie sieht wechselseitige intrapsychische (kognitiv-emotive) und biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen an. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage

für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen. Zwischen Verhalten und Erleben des sogenannten Indexpatienten und seinem sozialen Umfeld bestehen reziproke Wechselbeziehungen. Das Symptom des Indexpatienten wird als unangemessene Problemlösung psychosozialer Probleme gesehen. Der Behandlungsfokus der Systemischen Therapie liegt demnach in der Veränderung von Interaktionen zwischen Familienmitgliedern bzw. Mitgliedern des jeweiligen (familiären) Subsystems.

Als spezifisch systemorientierte diagnostische Verfahren werden im Gutachten des WBP psychometrisch evaluierte und anerkannte diagnostische Verfahren zur symptomorientierten Diagnostik, zur Diagnose familiärer und partnerschaftlicher Interaktionen (standardisierte Beobachtungsverfahren) und zur Fragebogendiagnostik der Einschätzung von Familie als Ganzem (z.B. Familien-Identifikationstest (FIT), zur Partnerschaft (z. B. Partnerschafts-Fragebogen PFB), zur Eltern-Kind-Beziehung, zu Erziehungsstilen und zu Geschwisterbeziehungen genannt.

Eine Besonderheit der Systemischen Therapie ist nach dem Gutachten des WBP der Einsatz symbolisch-metaphorischer Verfahren (u. a. Genogramm und Familienskulptur). Weiterhin werden im Rahmen der Forschung Verfahren zur Therapieevaluation und Qualitätssicherung sowie Ratings zum Therapeutenverhalten und zur Manualtreue beschrieben.

2.2 Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren

Die Bewertung des Nutzens neuer Verfahren der Psychotherapie erfolgt anhand der Vorgaben des § 135 Absatz 1 SGB V und des zweiten Kapitels der Verfahrensordnung (VerfO)¹ des G-BA. Darüber hinaus gelten für die Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren für die vertragsärztliche Versorgung besondere Regelungen.

Nach § 20 Absatz 1 Nummer 1 Psychotherapie-Richtlinie² (PT-RL) ist für die Aufnahme eines Psychotherapieverfahrens in die PT-RL zunächst die wissenschaftliche Anerkennung für eine vertiefte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin/zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gemäß § 11 PsychThG (WBP) erforderlich.

Darüber hinaus ist gemäß § 20 Absatz 1 Nummer 3 PT-RL i.V.m. § 20 Nummer Absatz 1 Nummer 2 der Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der VerfO³ mindestens in besonders

1 Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfahrensordnung [online]. [Zugriff: 27.09.2023]. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3198/VerfO_2023-04-20_iK_2023-07-22.pdf.

2 Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie: Psychotherapie-Richtlinie [online]. [Zugriff: 27.09.2023]. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf.

3 Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfahrensordnung [online]. [Zugriff: 27.09.2023]. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3198/VerfO_2023-04-20_iK_2023-07-22.pdf.

versorgungsrelevanten Anwendungsbereichen der PT-RL zu erbringen (sog. „Schwellenkriterium“^{4,5}).

In den Tragenden Gründen vom 20.12.2007 sind die Rechtsgrundlagen und die Eckpunkte für die damalige Entscheidung des G-BA zur Einführung des Schwellenkriteriums dargelegt.⁶ So wurde festgehalten, dass *„die Rechtsgrundlagen in § 92 Absatz 6a Satz 1 i.V.m. § 135 Absatz 1 SGB V die Beurteilung der Geeignetheit eines psychotherapeutischen Behandlungsverfahrens auf der Grundlage einer indikationsbezogenen Bewertung gebieten“*. Andererseits sehe *„das sozialrechtliche Leistungserbringungsrecht die Möglichkeit einer indikationsbezogenen Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren und von hierfür qualifizierten Leistungserbringern nicht vor“*. Denn vertragsärztliche zugelassene Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind sozialrechtlich berechtigt, *„die gesetzlich Krankenversicherten grundsätzlich ohne Beschränkung in Bezug auf alle in den Psychotherapie-Richtlinien definierten Anwendungsgebiete zu behandeln. Dem entspricht die Struktur der ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung, die keine Entscheidungs- oder Zuweisungsinstanz von Patienten zu Therapeuten je nach Indikation vorhält.“*⁷

Aus diesen Gründen wurde in § 20 Absatz 1 Nummer 3 der PT-RL festgelegt, *„dass für Verfahren der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“ „ein Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA mindestens für die Anwendungsbereiche § 27 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 9 (nur Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens) zu erbringen“* ist. *„Soweit der Nachweis lediglich für zwei dieser Anwendungsbereiche erfolgt, ist zusätzlich ein Nachweis für mindestens zwei der Anwendungsbereiche § 27 Absatz 1 Nummer 3 bis 9 (mit Ausnahme Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens), Absatz 2 Nummer 1 bis 4 zu erbringen. Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.“* Dies gewährleiste, *„dass nur solche Verfahren zur Versorgung der Versicherten zugelassen werden, die das Versorgungsgeschehen in den relevanten Bereichen abzudecken vermögen. Das mit der Regelung verfolgte Ziel, nur solche Verfahren zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zuzulassen, die aufgrund der wissenschaftlichen Beleglage die Gewähr für eine umfassende psychotherapeutische Versorgung bieten, entspricht somit dem Leitbild psychotherapeutischer Leistungserbringung im Sinne des SGB V.“*⁸

4 vgl. Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie- Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums vom 20. Dezember 2007 [online]. Berlin (GER): G-BA, 2007. [Zugriff: 27.09.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-576/2007-12-20-Psycho-Schwellenkriterium_BAnz.pdf.

5 Tragende Gründe zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums vom 20. Dezember 2007 [online]. Berlin (GER): G-BA, 2007. [Zugriff: 27.09.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-492/2007-12-20-Psycho-Schwellenkriterium_TrG.pdf.

6 ebd.

7 ebd. (Seite 7).

8 ebd. (Seite 7)

In diesem Sinne ist eine „indikationsbezogene Bewertung nach § 135 Absatz 1 SGB V“ somit nur „eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung, um die Geeignetheit von psychotherapeutischen Verfahren für die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten beurteilen zu können.“⁹

Die Regelung in § 20 Absatz 1 Nummer 3 PT-RL zur Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren und -methoden stellt insofern eine Verbindung von indikationsbezogener, evidenzbasierter Methodenbewertung einerseits und verfahrensbezogener, indikationsübergreifender Zulassung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten andererseits dar.

Nach einem Urteil des BSG ist die „Entscheidung des G-BA für ein indikationsbezogenes Schwellenkriterium als Voraussetzung für eine positive Richtlinienempfehlung nach § 92 Absatz 6a SGB V ... sachgerecht.“¹⁰

Ein wichtiger Grundsatz bei der Regelung zum Schwellenkriterium war, dass ein „zur Krankenbehandlung geeignetes Verfahren ... eine so große Bandbreite an Indikationen abdecken“ sollte, dass „eine umfassende Versorgung der Versicherten gewährleistet bleibt“¹¹.

Demnach sind für die Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens für Kinder- und Jugendliche durch den G-BA gemäß § 20 Absatz 1 Nummer 3 PT-RL erforderlich:

Entweder

A)

Mindestens der Nutznachweis für die beiden Anwendungsgebiete

- affektive Störungen (depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie) und
- Angst- und Zwangsstörungen

und

zusätzlich der Nutznachweis für

- Hyperkinetische Störungen oder
- Störungen des Sozialverhaltens
aus dem Anwendungsbereich Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

oder

B)

Mindestens der Nutznachweis bei

- Affektiven Störungen und Angst- und Zwangsstörungen

oder

9 ebd. (Seite 6)

10 BSG: Urteil vom 28. Oktober 2009, B 6 KA 11/09 R, Rn. 46, zitiert nach juris

11 Tragende Gründe zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums vom 20. Dezember 2007 [online]. Berlin (GER): G-BA, 2007. [Zugriff: 27.09.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-492/2007-12-20-Psycho-Schwellenkriterium_TrG.pdf (Seite 12).

- Affektive Störungen und Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens
oder
- Angst- und Zwangsstörungen und Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens

und

zusätzlich der Nutznachweis bei mindestens zwei der Anwendungsbereiche nach § 27 Absatz 1 Nummer 3 – 9

- Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen);
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen;
- Essstörungen;
- Nichtorganische Schlafstörungen;
- Sexuelle Funktionsstörungen;
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen;
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (mit Ausnahme Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens).

Im Einzelfall kann anstelle eines Nutznachweises in einem der zuletzt genannten Anwendungsbereiche - je nach Studienlage - ein Nutznachweis durch Studien zu „gemischten psychischen Störungen“ anerkannt werden.

Gemäß den Tragenden Gründen zum Schwellenkriterium ist bei einem Nutznachweis bei Affektiven Störungen, Angst- und Zwangsstörungen sowie Hyperkinetischen Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens *„davon auszugehen, dass sowohl über zwei Drittel der bevölkerungsepidemiologisch überhaupt auftretenden psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter als auch über zwei Drittel der in der Versorgung von psychisch Kranken psychotherapeutisch zu behandelnden Krankheitskomplexe bei Kindern und Jugendlichen abgedeckt werden.“*¹²

Die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen wurde durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie am 14. Dezember 2008 festgestellt.¹³ Die Voraussetzung des § 20 Absatz 1 Satz 1 PT-RL wird somit erfüllt.

2.3 Sektorenübergreifende und damit einheitliche Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit

Gemäß 2. Kapitel § 7 Absatz 1 Buchstabe a VerfO ist zunächst eine sektorenübergreifende und damit einheitliche Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit

¹² ebd., S. 13

¹³ Wissenschaftlicher Beirat. Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie [online]. [Zugriff: 26.09.2023] https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/WBP/GutachtenSystemischeTherapie20081214-1.pdf

durchzuführen. Daran schließt sich eine sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext an.

2.3.1 Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens

Die Bewertung des Nutzens der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren erfolgte insbesondere auf der Grundlage des Abschlussberichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 27. Januar 2023¹⁴.

2.3.1.1 Ergebnisse des IQWiG-Abschlussberichtes

Der IQWiG-Abschlussbericht stellt die Recherche und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur „Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen“ dar. Im Bericht werden die Fragen nach dem Nutzen und dem Schaden der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Störung hinsichtlich der patientenrelevanten Endpunkte Mortalität, Morbidität, Lebensqualität und Funktionsniveau untersucht. Als Vergleichsinterventionen wurden berücksichtigt:

Psychotherapie i. S. der PT-RL, Psychotherapie, die keiner Richtlinienpsychotherapie entspricht, medikamentöse Behandlung mit für die jeweilige Indikation in Deutschland zugelassenen Arzneimitteln, sonstige Behandlung (z.B. Beratungsangebot) sowie Placebo oder keine Behandlung.

Im IQWiG-Bericht wurden ausschließlich randomisiert kontrollierte Studien („randomised controlled trials“, RCTs) berücksichtigt. In den Studien musste eine valide Diagnosestellung einer in der ICD-10 oder im DSM-5 oder einer Vorgängerversion klassifizierten psychischen Störung dargestellt sein. Insgesamt beruhen die Ergebnisse auf der Auswertung von 42 Studien mit verwertbaren Daten.

Die Studien wurden den jeweiligen Anwendungsbereichen gem. § 27 PT-RL zugeordnet. Studien mit verwertbaren Daten lagen für sieben Anwendungsbereiche der PT-RL vor: Affektive Störungen, Angststörungen und Zwangsstörungen, Essstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen.

Folgenden Anwendungsbereichen der PT-RL ließ sich keine Studie zuordnen: Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, Nichtorganische Schlafstörungen, Sexuelle Funktionsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen, Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe sowie Schizophrene und affektive psychotische Störungen.

14 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).; Abschlussbericht; Auftrag N21-03 [online]. Köln (GER): IQWiG; 27.01.2023. [Zugriff: 27.09.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1507). URL: [N21-03 - Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen - Abschlussbericht - Version 1.0 \(iqwig.de\)](https://www.iqwig.de/files/N21-03_-_Systemische_Therapie_bei_Kindern_und_Jugendlichen_-_Abschlussbericht_-_Version_1.0_iqwig.de)

Zusätzlich wurde im IQWiG-Abschlussbericht eine Studie den „gemischten Störungen“ zugeordnet, welche keinen eigenen Anwendungsbereich gem. § 27 der PT-RL darstellen. In § 20 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis Satz 5 sowie Absatz 3 Satz 2 der PT-RL ist geregelt, dass anstelle eines Nutznachweises in einem der Anwendungsbereiche der PT-RL je nach Studienlage im Einzelfall ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten psychischen Störungen anerkannt werden kann.

Im IQWiG-Abschlussbericht zur Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen wurden folgende Nutzaussagen zu den Anwendungsbereichen gem. der PT-RL berichtet:

Affektive Störungen

Im Vergleich zu einer Richtlinien-Psychotherapie wird bezogen auf die Endpunkte Major Depression und dysthyme Störung ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der Systemischen Therapie berichtet (Basis: 2 RCTs).

Im Vergleich zu Placebo bzw. keiner Behandlung wird bezogen auf den Endpunkt depressive Symptomatik ein Anhaltspunkt für einen Nutzen berichtet (Basis: 2 RCTs, N=32, N=20).

Angststörungen und Zwangsstörungen

Im Vergleich zu einer Richtlinien-Psychotherapie wird bezogen auf die Endpunkte Symptome der Zwangsstörung, globale Beurteilung Veränderung von Symptomatik/Belastung/Funktionsniveau sowie allgemeines und soziales Funktionsniveau ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Systemischen Therapie als add-on zu einer Richtlinienpsychotherapie berichtet (in den Vergleich ging überwiegend die Studie von Peris 2013 ein: 12 Sitzungen KVT + 6 Sitzungen Familientherapie).

Im Vergleich zu Placebo bzw. keiner Behandlung wird bezogen auf den Endpunkt Symptomatik der sozialen Phobie ein Anhaltspunkt für einen Nutzen berichtet (Basis: 1 RCT, N=24).

Essstörungen

Für diesen Bereich wird bezogen auf die Endpunkte Essanfälle und kompensatorische Maßnahmen, Essstörung, Körpergewicht, Symptomatik der Anorexia nervosa, Symptomatik der Bulimia nervosa sowie Hospitalisierung kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen oder Schaden der Systemischen Therapie gegenüber einem PT-RL-Verfahren berichtet (Basis: 3 RCTs). Ein vergleichbarer Nutzen der Systemischen Therapie gegenüber einem PT-RL-Verfahren blieb in der Gesamtschau aller Ergebnisse unklar.

Im Vergleich zu einer Psychotherapie (kein PT-RL-Verfahren) wird bezogen auf die Endpunkte Essanfälle und kompensatorische Maßnahmen, Körpergewicht, Körpergewicht/Symptomatik der Anorexia nervosa, Menstruation, Symptomatik der Anorexia nervosa sowie Hospitalisierung ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie berichtet (Basis: 5 RCTs).

Im Vergleich zu einer sonstigen Behandlung wird bezogen auf den Endpunkt Amenorrhö und Körpergewicht/Symptomatik der Anorexia Nervosa ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie als add-on zu einer sonstigen Behandlung berichtet (Basis: 1 RCT).

Hyperkinetische Störungen (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)

Im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren wird bezogen auf die Endpunkte exekutive Funktionen, externalisierendes Verhalten, allgemeines und soziales Funktionsniveau und Abbruch wegen unerwünschter Ereignisse kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen der Systemischen Therapie (Basis: 1 RCT) berichtet. Ein vergleichbarer Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie blieb unklar.

Im Vergleich zu einer medikamentösen Behandlung wird bezogen auf die Endpunkte Symptome mit Bezug zur ADHS (der Operationalisierung Lernprobleme wurde in diesem Vergleich die größte inhaltliche Bedeutung zugewiesen) und Sozialverhaltensprobleme ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Systemischen Therapie als add-on zu einer medikamentösen Behandlung berichtet (Basis: 1 RCT, aus dem Chinesischen übersetzt, teilweise nicht eindeutig übersetzt).

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren wird bezogen auf die Endpunkte Substanzkonsum (Cannabis), Cannabiskonsumstörung und Symptome einer Cannabiskonsumstörung ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Systemischen Therapie berichtet. (Basis: 2 RCT, davon 1 RCT mit 5 Studienzentren, N= 450).

Im Vergleich zu einer sonstigen Behandlung wird bezogen auf die Endpunkte Substanzkonsum (Laboranalysen) und Substanzkonsum (Cannabis) ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie berichtet (Basis: 2 RCTs).

Gemischte Störungen

Darüber hinaus wird im IQWiG-Bericht mit Blick auf eine Studie, die keinem der Anwendungsbereiche der PT-Richtlinie zugeordnet werden kann, für die gemischten Störungen bezogen auf den Endpunkt Verhaltensprobleme ein vergleichbarer Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie abgeleitet (Basis: 1 RCT). In dieser Studie (Szapocznik, 1989) wurden lt. IQWiG-Bericht anteilig folgenden psychische Störungen untersucht: oppositionelle Störung: 32 %; Angststörung: 30 %; Verhaltensstörung: 16 %; Anpassungsstörung: 12 %; andere Störungen: 10%.

Weitere Anwendungsbereiche

Für die weiteren Anwendungsbereiche der PT-RL konnten im Abschlussbericht entweder keine Anhaltspunkte für einen Nutzen der Systemischen Therapie ermittelt werden oder es lagen keine verwertbaren Daten für die entsprechende Vergleiche vor.

Weder ein (höherer) Nutzen noch ein vergleichbarer Nutzen der Systemischen Therapie wurde in den Anwendungsbereichen Störungen des Sozialverhaltens und Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen festgestellt. In beiden Anwendungsbereichen ließ sich lt. IQWiG-Bericht kein Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative erkennen.

Mit Ausnahme von drei Studien wurden in den eingeschlossenen Studien unerwünschte Ereignisse nicht erfasst. In den Anwendungsbereichen, in denen Anhaltspunkte bzw. Hinweise auf einen Nutzen der Systemischen Therapie festgestellt wurden, erlaubten die vorhandenen Daten zur Kernsymptomatik der jeweiligen Störung und zum allgemeinen und sozialen Funktionsniveau zumindest in begrenztem Umfang Aussagen über das Schadenspotenzial der Systemischen Therapie. Insgesamt deuten die vorliegenden Studiendaten nicht auf ein erhöhtes Schadenspotenzial der Systemischen Therapie hin.

Im Abschlussbericht wird darauf hingewiesen, dass die Nutzenbewertung teilweise auf Ergebnissen von nur einer Studie basierten und dass eine metaanalytische Zusammenfassung oftmals aufgrund der geringen Studienanzahl nicht möglich gewesen sei. Insgesamt sei das Verzerrungspotential der meisten Studien hoch gewesen. Zudem sei innerhalb eines Anwendungsbereichs nicht geprüft worden, ob die Evidenz für die Störungen mit vorliegender Evidenz auf die Störungen ohne vorliegende Evidenz übertragen werden kann. Hierfür seien klinische und ggfs. epidemiologische Faktoren zu berücksichtigen.

2.3.1.2 Bewertung durch den G-BA

Die Bewertung durch den G-BA basiert auf den Ergebnissen des IQWiG-Berichts N21-03 vom 27. Januar 2023¹⁴.

Affektive Störungen

Für diesen Anwendungsbereich kann aus Sicht des G-BA kein Nutzen der Systemischen Therapie abgeleitet werden, da im Vergleich zu einer Richtlinienpsychotherapie ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der Systemischen Therapie bezogen auf die Endpunkte Major Depression und dysthyme Störung auf Basis von 2 RCTs vorliegt. Dieser Befund wird nicht aufgewogen durch den Anhaltspunkt für einen Nutzen im Vergleich zu Placebo bzw. keiner Behandlung aus 2 RCTs (N=32, N=20).

Angststörungen und Zwangsstörungen

Im Vergleich zu einer Richtlinien-Psychotherapie wurde im IQWiG-Bericht ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Systemischen Therapie festgestellt. Die Aussagekraft dieses Ergebnisses ist jedoch dadurch eingeschränkt, dass in der ergebnisrelevanten Studie von Peris 2013 die Systemische Therapie als Add-on mit 6 Sitzungen Familientherapie zusätzlich zu 12 Sitzungen KVT (kognitiver Verhaltenstherapie) zur Anwendung kam. Die Studie von Peris 2013/2017 untersuchte eine spezielle Intervention, nämlich eine Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie (Exposition und Reaktionsverhinderung) und ST bei Kindern mit

Zwangsstörung und problematischer Familiendynamik. Alle Kinder erhielten 12 KVT Sitzungen. Im Interventionsarm erhielten die Kinder mit ihren Familien 6 wöchentliche Sitzungen Systemische Therapie, während die Familien in der Vergleichsbedingung 30-minütige Treffen in Form einer Psychoedukation nach jeder Einzelsitzung mit dem Kind erhielten. Die Systemische Therapie im Interventionsarm wurde vom IQWiG als systemisch-integrativer Ansatz (mit verhaltenstherapeutischen Elementen) eingestuft. Insgesamt sieht der G-BA diese Studienergebnisse als übertragbar auf Behandlungssituationen an, in denen die Psychotherapie durchgehend als Systemische Therapie durchgeführt wird. Der Grund dafür ist, dass die Systemische Therapie den Schwerpunkt der Prüflintervention bildete und die Intervention auf Basis eines systemischen Störungsmodells mit dem Ziel der Veränderung von Familiendynamiken durchgeführt wurde. Dies war nicht nur durch die zusätzlichen 6 Sitzungen Familientherapie, sondern auch durch andere therapeutische Elemente der Gesamtintervention gegeben (z. B. durch Familienübungen zur Affektregulation).

Das außerdem berichtete Ergebnis aus dem Vergleich zu Placebo bzw. keiner Behandlung, für das bezogen auf den Endpunkt Symptomatik der sozialen Phobie ein Anhaltspunkt für einen Nutzen berichtet wird, ist eingeschränkt auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar, da es sich hier um eine kleine RCT (N=24) ausschließlich mit männlichen, iranischen Jugendlichen handelt. Die Ergebnisse weisen jedoch in dieselbe Richtung wie die Ergebnisse aus dem Vergleich zur Richtlinien-Psychotherapie.

Zusammengenommen kommt der G-BA insgesamt zu dem Ergebnis, dass für diesen Anwendungsbereich ein Nutzen der Systemischen Therapie vorliegt.

Essstörungen

Der G-BA sieht insgesamt einen Nutzen der Systemischen Therapie in diesem Anwendungsbereich der PT-RL, der sich vor allem aus einem Anhaltspunkt im Vergleich zu einer Psychotherapie, die kein PT-RL-Verfahren darstellt, auf Basis von fünf Studien herleitet. Die dort gefundenen positiven Effekte der Systemischen Therapie im Vergleich zu Interventionen, die verschiedene psychotherapeutische Elemente enthielten, sieht der G-BA als hinreichend für eine Anerkennung des Nutzens im Anwendungsbereich Essstörungen an, auch wenn im Vergleich zur Richtlinien-therapie der Nutzen der ST unklar blieb. Zusätzlich wird die Nutzensaussage noch unterstützt durch einen Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie als Add-on zu einer sonstigen Behandlung auf Basis einer Studie.

Hyperkinetische Störungen (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)

Der G-BA sieht den Nutzen der Systemischen Therapie für den Anwendungsbereich Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend als hinreichend an. Er bezieht sich dabei auf den Vergleich zu einer medikamentösen Behandlung, für den bezogen auf die Endpunkte Symptome mit Bezug zur ADHS (der Operationalisierung Lernprobleme wurde in diesem Vergleich die größte inhaltliche Bedeutung zugewiesen) und

Sozialverhaltensprobleme ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Systemischen Therapie als Add-on zu einer medikamentösen Behandlung berichtet wurde. Für die Diskussion der Add-on-Situation wird davon ausgegangen, dass eine medikamentöse Behandlung, wie sie in der Studie sowohl im Interventions- als auch im Kontrollarm erfolgt ist, die Behandlungsstrategie für große Teile der Betroffenen widerspiegelt und somit einen validen Vergleich darstellt (Barmer Arztreport 2013¹⁵). Da es sich bei der Systemischen Therapie um ein von der medikamentösen Therapie völlig verschiedenes Wirkprinzip handelt, liegen keine zwingenden Gründe für die Annahme vor, dass sie ohne eine medikamentöse Therapie unwirksam ist. Somit kann von einem Nutzen der Systemischen Therapie ausgegangen werden. Dieses Ergebnis ist für den G-BA ausschlaggebend, auch wenn für den Vergleich mit der Richtlinientherapie KVT weder ein geringerer, noch ein höherer Nutzen der Systemischen Therapie nachgewiesen werden konnte und ein vergleichbarer Nutzen unklar blieb.

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Im IQWiG-Bericht wurde ein höherer Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren auf Basis von 2 RCT, davon 1 RCT mit 5 Studienzentren, N= 450, und ein Anhaltspunkt für einen Nutzen im Vergleich zu einer sonstigen Behandlung festgestellt. Daher sieht der G-BA den Nutzen für diesen Anwendungsbereich als hinreichend gegeben an.

Gemischte Störungen

Zusätzlich zu den o.g. Nutzensausagen zu den Anwendungsbereichen der PT-RL liegt für die gemischten Störungen ein vergleichbarer Nutzen der Systemischen Therapie gegenüber einem PT-RL-Verfahren, basierend auf der Studie von Szapocznik 1989, vor, welcher die Ergebnisse zum Nutzen der Systemischen Therapie in den o.g. Anwendungsbereichen der PT-RL unterstützt. Im Hinblick auf diesen festgestellten vergleichbaren Nutzen gegenüber Richtlinienpsychotherapie bedarf es – wie eingangs bereits dargelegt - nach § 20 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 der PT-RL einer umfassenden Abwägung im Einzelfall, inwieweit ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten Störungen in seiner Bedeutung einem Nutznachweis in einem der Anwendungsbereiche nach § 20 Absatz 1 Nummer 2 Satz 1 Buchstabe b gleichkommt.

Weitere Anwendungsbereiche

Für die weiteren Anwendungsbereiche der PT-RL konnte der G-BA aufgrund der im IQWiG-Abschlussbericht berichteten Evidenzlage keine Nutzenfeststellung für die Systemische Therapie treffen.

15 Grobe TG, Bitzer EM, Schwartz FW. BARMER GEK Arztreport 2013: Auswertungen zu Daten bis 2011; Schwerpunkt Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen ADHS [online]. Berlin (GER): BARMER; 2013. [Zugriff: 27.09.2023]. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 18). URL: <https://www.barmer.de/resource/blob/1026910/b9048801692f51c000ca13857d8d8a5a/barmer-gek-arztreport-2013-data.pdf>.

Es liegen keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit und zum Schaden der Systemischen Therapie vor. Auch der im Vergleich zu einer Richtlinien-Psychotherapie bei den Affektive Störungen geringere Nutzen der Systemischen Therapie ist nicht als Hinweis auf eine Unwirksamkeit oder einen Schaden durch die Systemischen Therapie zu werten.

Auch die Feststellungen des IQWiG, dass im Rahmen der Berichterstellung in den zwei o.g. Anwendungsbereichen kein Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative erkennbar war, ist nicht mit einer Unwirksamkeit oder einem Schaden gleichzusetzen.

Insgesamt ist bei der Ergebnislage zu berücksichtigen, dass Studien in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen nur mit Einschränkungen und deutlich schwieriger als bei den Erwachsenen durchzuführen sind.

2.3.1.3 Fazit zum sektorenübergreifenden Nutzen

In der zusammenfassenden Bewertung der dargelegten Aspekte kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass ein indikationsbezogener Nutzen der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen in folgenden Anwendungsbereichen vorliegt:

- Angst- und Zwangsstörung,
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Hyperkinetische Störungen),
- Essstörungen sowie
- Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Es liegen keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit oder zum Schaden der Systemischen Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen der PT-RL vor.

Im Hinblick auf den festgestellten vergleichbaren Nutzen der Systemischen Therapie gegenüber einer Richtlinien-Psychotherapie bei den gemischten Störungen bedarf es nach § 20 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 der PT-RL einer umfassenden Abwägung im Einzelfall, inwieweit ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten Störungen in seiner Bedeutung einem Nutznachweis in einem der Anwendungsbereiche nach § 20 Absatz 1 Nummer 2 Satz 1 Buchstabe b gleichkommt.

2.3.2 Sektorenübergreifende Bewertung der medizinischen Notwendigkeit

Die sektorenübergreifende Bewertung der medizinischen Notwendigkeit erfolgt unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, Verlauf und Behandelbarkeit durch bereits in der GKV-Versorgung etablierte diagnostische und therapeutische Alternativen.

2.3.2.1 Relevanz der medizinischen Problematik

Die repräsentative Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert-Koch-Institutes zeigte, dass in den Jahren 2003 bis 2006 jedes fünfte Kind in Deutschland (d.h. 20,0 %) psychisch auffällig war¹⁶. Auch bei der KiGGS Welle 2 ergab sich auf Basis von Auswertungsdaten der Jahre 2014 – 2017 eine Prävalenz von knapp 17 % für psychische Auffälligkeiten für 3 bis 17-jährige Kinder und Jugendliche¹⁷. Jungen waren mit 19,1 % häufiger betroffen als Mädchen mit 14,5 %.

Aus einer Publikation des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung aus dem Jahre 2018¹⁸ ergeben sich für das Jahr 2017 folgende Diagnoseprävalenzen zu psychischen Störungen in der Altersgruppe 0 - 17 Jahre:

Störungsbilder aus den Entwicklungsstörungen (F8) sind mit knapp 17 % die am häufigsten gestellten Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen, gefolgt von Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9) mit 11,24 % als zweithäufigster und Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) mit knapp 6 % als dritthäufigster Diagnose in der Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen (0-17 Jahre).

Bei den Verhaltens- und emotionalen Störungen stehen anteilmäßig vor allem die Hyperkinetischen Störungen (F90) mit 4 %, und andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98) mit 4,28 % sowie die Emotionalen Störungen des Kindesalters (F93) mit 2,86 % im Vordergrund. Bei den Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) sind dies vor allem Anpassungsstörungen (F43 ohne PTBS) mit 2,68 % und die Somatoformen Störungen (F45) mit 2,18 %.

Je nach Altersgruppe und Geschlecht ergeben sich teilweise andere Verteilungen der verschiedenen Diagnosen. So machen z.B. Affektive Störungen (F3) mit ca. 1,1 bzw. 1,2 % Diagnoseprävalenz einen verhältnismäßig geringen Anteil in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen (0-17 Jahre) aus. Hierbei ist zu beachten, dass depressive Störungen bei Kindern selten, bei Jugendlichen dann deutlich häufiger diagnostiziert werden. Jungen waren z.B. in allen Altersgruppen häufiger von Entwicklungsstörungen und anderen Verhaltens- und emotionalen Störungen betroffen als Mädchen.

Eine ähnliche Verteilung der Diagnoseprävalenzen in der ambulanten Versorgung zeigen auch weitere Publikationen, die auf vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von Krankenkassen¹⁹ basieren.

16 Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. J Health Monit 2018; 3: 37-45.

17 Die Erhebung der psychischen Auffälligkeiten erfolgte anhand Elternangaben des Stärken- und Schwächen Fragebogens (SDQ).

18 Steffen A, Akmatov MK, Holstiege J, Bätzing J. Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017, 2. Version [online]. Berlin (GER): Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi); 2018. [Zugriff: 27.09.2023]. (Versorgungsatlas-Bericht, Nr 18/07). URL: <https://doi.org/10.20364/VA-18.07>.

19 Fegert JM, Kölich M, Krüger U. Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland: Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse, Abschlussbericht [online]. Berlin (GER): Bundesministerium für Gesundheit; 2017. [Zugriff: 27.09.2023]. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche.pdf.

Nach Wittchen et al. (2003) ist eine Gleichsetzung von „diagnostischer Prävalenz“ mit „Behandlungsbedarf“ problematisch: Zwar setze die Vergabe einer ICD-10-Diagnose zusätzlich zu den definierten Symptomkriterien, sowie den Dauer-, Schwere- und Frequenzmerkmalen ein klinisch bedeutsames Leiden, symptombedingte Einschränkungen und/oder aktives professionelles Hilfesuchverhalten voraus. Der individuelle Behandlungsbedarf hänge aber auch von der jeweiligen Motivation, von psychosozialen Rahmenbedingungen, der Verfügbarkeit von „first line treatments“ und Wirtschaftlichkeitskriterien, etc. ab. Trotzdem könne wissenschaftlich begründet bei jeder der Diagnosen von einem „zumindest“ niederschweligen Interventionsbedarf in bestimmten Phasen der Erkrankung ausgegangen werden²⁰.

§ 27 der PT-RL führt die möglichen Indikationen für eine Psychotherapie auf. Für die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Systemischer Therapie sind in Entsprechung zu den Ausführungen von Wittchen et al. (2003)²⁰ die Schwere der Erkrankung, das Ausmaß der Beeinträchtigung aufgrund der vorliegenden psychischen Störung, die subjektive Behandlungsbedürftigkeit der Kinder und Jugendlichen, die individuellen Voraussetzungen zu einer psychotherapeutischen Behandlung sowie ihre Lebensumstände und ihr soziales Umfeld und die Akzeptanz und Inanspruchnahme der zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen bei der Entscheidung zu berücksichtigen.

2.3.2.2 Spontanverlauf der Erkrankung

Der Verlauf einer psychischen Störung ist von der Art der jeweiligen Erkrankung sowie individuellen Faktoren im Sinne eines bio-psycho-sozialen Störungsmodells abhängig. Spontanremissionen können im Prinzip bei allen psychischen Störungen auftreten, variieren aber sehr stark und hängen im Einzelfall von spezifischen Faktoren ab (z.B. Art, Dauer und Schwere der Erkrankung, Erkrankungsalter, Geschlecht, Lebensumstände, soziale Unterstützung).

2.3.2.3 Therapeutische Alternativen

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen erfolgt aktuell durch für die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte, approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -Psychotherapeuten in den hierfür zugelassenen PT-RL-Verfahren.

Greiner W, Batram M, Witte J. Kinder- und Jugendreport 2019. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern [online]. Hamburg (GER): DAK-Gesundheit; 2019. [Zugriff: 27.09.2023]. (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 31). URL: <https://www.dak.de/dak/download/dak-kinder-und-jugendreport-2019-2168336.pdf>.

Witte J, Zeitler A, Batram M, Diekmannshemke J, Hasemann L. Kinder- und Jugendreport 2022. Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie, Rapid Report [online]. Hamburg (GER): DAK-Gesundheit; 2022. [Zugriff: 27.09.2023]. URL: <https://www.dak.de/dak/download/dak-kjr22-vand-report-pdf-2572514>.

²⁰ **Wittchen HU, Jacobi F, Hoyer J.** Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. In: Psychosoziale Versorgung in der Medizin: zugleich 2. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Hamburg: Pabst Science Publishers; 2003.

An ambulanten Behandlungsalternativen stehen zudem auch kinder- und jugendpsychiatrische (bzw. -psychosomatische) Institutsambulanzen an Krankenhäusern oder an Hochschul- und Ausbildungsambulanzen zur Verfügung. Hier gibt es auch Spezialambulanzen für bestimmte Störungsbilder (z.B. ADHS bei Kindern und Jugendlichen, Autismus-Spektrum-Störungen, Soziale Angststörungen).

Wenn eine ambulante (psychotherapeutische) Behandlung der psychischen Störung nicht ausreicht oder zu keiner Verbesserung führt, können (teil-) stationäre Behandlungen notwendig werden.

Darüber hinaus kommen auch als Alternative die qualifizierte interdisziplinäre sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen gem. der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung und die Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen in Frage.

2.3.2.4 Fazit zur medizinischen Notwendigkeit

Unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, des Verlaufs und der Behandelbarkeit der in die Bewertung einbezogenen psychischen Störungen sieht der G-BA die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen als Psychotherapieverfahren als gegeben an.

2.3.3. Ergebnis der sektorenübergreifenden und damit einheitlichen Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit

Mit Beschluss des Unterausschusses Methodenbewertung (UA MB) vom 13. Juli 2023 wurde der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen für folgende Anwendungsbereiche der PT-RL als belegt angesehen:

- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Hyperkinetische Störungen)
- Essstörungen
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Außerdem wurde ein Nutzen in Studien für gemischte Störungen nachgewiesen.

Der UA MB hat zusätzlich festgestellt, dass keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit und zum Schaden der Systemischen Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen der PT-RL vorliegen.

Dieses Ergebnis wurde dem Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung (UA PPV) für die Durchführung der Beratungen zur sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext sowie zur Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 20 PT-RL und zur Anpassung der PT-RL übermittelt.

2.4 Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext

2.4.1 Anwendung des Schwellenkriteriums

Der Unterausschuss Methodenbewertung hat den indikationsbezogenen Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen für folgende Anwendungsbereiche der PT-RL anerkannt:

- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Hyperkinetische Störungen)
- Essstörungen
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Zudem liegen keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit oder zum Schaden der Systemischen Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen der PT-RL vor.

Auf der Grundlage des Ergebnisses der sektorenübergreifenden und damit einheitlichen Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen (siehe 2.3) werden die Voraussetzungen gemäß § 20 Absatz 1 Nummer 3 PT-RL (sog. „Schwellenkriterium“, siehe dazu die Ausführungen unter 2.2) als erfüllt angesehen. Insgesamt ist daher die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen als Psychotherapieverfahren i. S. des § 20 PT-RL anzuerkennen.

2.4.2 Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit im vertragsärztlichen Versorgungskontext

Für eine gesundheitsökonomische Betrachtung der Systemischen Therapie ist es prinzipiell notwendig, in einem erforderlichen Umfang einerseits die Kosten für die Versorgung mit und ohne diese Methode sowie andererseits die Auswirkungen ihres Einsatzes zu quantifizieren, um schließlich die beiden Größen miteinander ins Verhältnis zu setzen. Für die konkrete Operationalisierung solcher Vergleiche sind verschiedene Verfahren der gesundheitsökonomischen Evaluation entwickelt worden. Da dem G-BA die erforderlichen Daten für eine umfassende Prüfung der Wirtschaftlichkeit im deutschen Versorgungskontext derzeit nicht zur Verfügung stehen, konnte keine abschließende Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie vorgenommen werden. Hinweise auf Unwirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie liegen dem G-BA auch nach orientierender Auswertung der vom IQWiG übermittelten Studien nicht vor.

2.4.3 Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit im Versorgungskontext

Die Systemische Therapie ist ambulant durchführbar. Die unter 2.3.2 dargestellten Betrachtungen treffen für den vertragsärztlichen Sektor zu. Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht aus den unter 2.3.2 genannten Gründen die Notwendigkeit der Anwendung der Systemischen Therapie in der vertragsärztlichen Versorgung als gegeben an.

2.5 Begründung der vorgenommenen Änderungen

Zu § 18

In § 18 PT-RL wird die Systemische Therapie als Behandlungsform der PT-RL definiert und nunmehr festgelegt, dass Systemische Therapie als Krankenbehandlung gemäß PT-RL auch bei Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen kann.

Zu § 30

Die neu eingefügten Nummern 7 und 10 regeln die Bewilligungsschritte für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen in der Langzeittherapie. Es wird festgelegt, dass für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen im ersten Bewilligungsschritt bis zu 36 Stunden beantragt werden können; einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden. Als Höchstgrenze sind 48 Stunden festgelegt.

Die Systemische Therapie nimmt für sich in Anspruch, mit vergleichsweise geringen Kontingenten Therapieeffekte zu erzielen. Das alleinige Rekurrenieren auf die Behandlungsdauer in den nutzenbegründenden Studien zur Festlegung der Kontingente erscheint nicht zielführend. In Studien wird die Behandlungsdauer in der Regel a priori unter pragmatischen Gesichtspunkten bezüglich der Feststellung eines Behandlungseffekts festgelegt; eine systematische Untersuchung der optimalen Behandlungsdauer erfolgt gerade nicht. So ist auch zu berücksichtigen, dass in der realen Versorgung häufiger psychische Komorbiditäten oder chronische Erkrankungen vorliegen, die einen Einfluss auf die Therapiedauer haben können – in klinischen Studien werden entsprechend komplexe Fälle häufig nicht eingeschlossen oder nur spezifische Indikationen untersucht. Die PT-RL sieht in § 28 Absatz 2 vor, dass die Kontingente einen Behandlungsumfang darstellen sollen, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Zudem wird Psychotherapie in § 14 Absatz 1 PT-RL als eine besonders nachhaltige Behandlung beschrieben, die aufgrund ihrer Konzepte und Techniken grundsätzlich eine Rezidivprophylaxe als integralen Bestandteil der Abschlussphase einer solchen Therapie beinhaltet. Die hier festgelegten Kontingente tragen diesen Vorgaben Rechnung und erlauben ein therapeutisches Vorgehen in der Langzeittherapie, das dem individuellen Behandlungsbedarf angepasst werden kann, ohne neue Hürden aufzubauen. Die in § 30 PT-RL festgelegten Grenzen müssen daher auch die Möglichkeit von Kombinationsbehandlungen oder einem Wechsel der Anwendungsform während des Behandlungsverlaufs berücksichtigen.

Speziell im Mehrpersonensetting der Systemischen Therapie finden therapeutische Sitzungen häufig unter Nutzung mehrerer Therapieeinheiten statt. Da sich das Kontingent auf Therapieeinheiten bezieht und für eine Doppelstunde im Mehrpersonensetting mit einem Patienten entsprechend zwei Therapieeinheiten benötigt werden, würde ein Kontingent von 48 Therapieeinheiten 24 doppelstündigen Sitzungen im Mehrpersonensetting mit einem Patienten entsprechen; das Kontingent wird daher für die – für die therapeutische Wirksamkeit notwendige – Zeit zur Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung und die ausreichende Einbeziehung von Bezugspersonen auch im Mehrpersonensetting als realistisch angesehen. Das Kontingent erlaubt darüber hinaus Therapieanträge mit wenig bürokratischem Aufwand, wie bereits in der PT-RL-Reform 2017 für die drei bestehenden Verfahren geregelt wurde und wie es dem gesetzlichen Auftrag entspricht. Das Kontingent berücksichtigt daher einerseits die spezifischen Besonderheiten der Systemischen Therapie, insbesondere vor dem Hintergrund des Einbezugs des sozialen Umfelds, und andererseits die therapeutischen Erfahrungen und stellt einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann.

Unabhängig von der Höhe der Kontingente müssen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß § 1 Absatz 3 Psychotherapie-Vereinbarung die Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlung beachten – auch in Bezug auf die Dauer bzw. den Umfang der Behandlung. Hierbei sollte zudem beachtet werden, dass im Rahmen der Methodenbewertung zwei Studien zu dem Ergebnis gekommen sind, dass

bei affektiven Störungen bereits bestehende Richtlinien-Psychotherapieverfahren der Systemischen Therapie überlegen sein können. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten prüfen regelhaft die Indikation für eine Systemische Therapie im Rahmen der Sprechstunde gemäß § 11 Absatz 10 PT-RL.

Die Einleitung einer Langzeittherapie bzw. die Umwandlung einer Kurzzeit- in eine Langzeittherapie wird von der Krankenkasse einer Gutachterin oder einem Gutachter vorgelegt und die beantragten Stunden werden im Einzelfall von der Krankenkasse bewilligt, womit dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung getragen ist. Die für die Behandlung gewählte Stundenanzahl in der Langzeittherapie, die auch unterhalb der in der PT-RL festgelegten Grenzen beantragt werden kann, ist daher ohnehin in Zusammenhang mit dem individuellen Behandlungsplan zu begründen und wird bei Erst- und Umwandlungsanträgen gutachterlich beurteilt, bevor die Krankenkasse eine Entscheidung zu ihrer Leistungspflicht gegenüber der Patientin oder dem Patienten äußert. Die Krankenkasse kann grundsätzlich jeden Antrag einer Gutachterin oder einem Gutachter zur Prüfung vorlegen, wenn sie dies für erforderlich hält.

Zu § 40 (Übergangsregelung)

In § 40 werden die Übergangsregelungen auf Gutachterinnen und Gutachter in Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen ausgeweitet. Für diese gelten grundsätzlich die gleichen Anforderungen wie für die Gutachterinnen und Gutachter der anderen Richtlinienverfahren. Da die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen bisher nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden konnte und nur wenige, staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute in Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen existieren, ist jedoch zu berücksichtigen, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme des neuen Verfahrens in die PT-RL nicht alle Bedingungen gleichermaßen von potenziellen Gutachterinnen und Gutachtern für Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen erfüllt werden können. Es ist daher erforderlich, Übergangsregelungen für die Anforderungen in § 36 Absatz 3 Nr. 3, Nr. 4, Nr. 5 und Nr. 6 zu schaffen. Diese sind bis zum 31. Dezember 2027 befristet. Der Gemeinsame Bundesausschuss geht davon aus, dass zu diesem Zeitpunkt die strukturellen Gegebenheiten eine Erfüllung aller Bedingungen des § 36 der PT-RL auch potenziellen Gutachterinnen und Gutachtern für die Systemische Therapie möglich machen. In Absatz 1 wurde die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie aufgenommen.

Redaktionelle Anpassungen

Die Verweise in der Psychotherapie-Richtlinie auf die Psychotherapie-Vereinbarung werden aufgrund der geänderten Fassung der Psychotherapie-Vereinbarung vom 15. September 2021, in Kraft getreten am 1. Oktober 2021, angepasst.

3. Würdigung der Stellungnahmen

[Platzhalter]

4. Bürokratiekostenermittlung

[Platzhalter]

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
27.05.2021		Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V durch ein Unparteiisches Mitglied des G-BA
12.08.2021	UA MB	Ankündigung des Bewertungsverfahrens gemäß 2. Kapitel § 6 Absatz 1 VerfO (vorbehaltlich Plenum)
19.08.2021	G-BA	Annahme des Antrags und Einleitung des Bewertungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 Absatz 1 der VerfO Beauftragung des Unterausschusses Methodenbewertung mit der Durchführung der Nutzenbewertung Beauftragung des IQWiG mit der Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens „Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen“
26.08.2021		Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger
27.01.2023	IQWiG	Übermittlung des Abschlussberichtes an die Geschäftsstelle des G-BA
13.07.2023	UA MB	Übermittlung des Ergebnisses der sektorenübergreifenden und damit einheitlichen Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit des UA MB an den UA PPV
25.07.2023	UA PPV	Aufnahme der Beratungen zur sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext
TT.MM.JJJJ	UA PPV	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
TT.MM.JJJJ	AG	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
TT.MM.JJJJ	UA PPV	Anhörung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	UA PPV	Würdigung der mündlichen Stellungnahmen und abschließende Beratung zur Vorbereitung der Beschlussfassung durch das Plenum
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der PT-RL: Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

6. Fazit

In der zusammenfassenden Bewertung kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren für folgende Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie als belegt anzusehen sind:

- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Hyperkinetische Störungen)
- Essstörungen
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Es liegen keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit oder zum Schaden der Systemischen Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie vor.

Auf der Grundlage des Ergebnisses der sektorenübergreifenden und damit einheitlichen Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen werden die Voraussetzungen gemäß § 20 Absatz 1 Nummer 3 PT-RL (sog. „Schwellenkriterium“) als erfüllt angesehen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie zur Aufnahme der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Änderungsbedarf in der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

§ 1 Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

[...]

(2) Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne dieser Richtlinie sind entsprechend der jeweiligen fachlichen Befähigung die ärztliche Psychotherapeutin oder der ärztliche Psychotherapeut, die ärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeutin oder der ärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeut, die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, ~~zuletzt geändert am 27. Februar 2020 und in Kraft getreten am 1. Juli 2020~~ zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021, über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung verfügen.

(3) Leistungen dieser Richtlinie mit Ausnahme der psychosomatischen Grundversorgung nach Abschnitt C können nur von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werden, die über eine Genehmigung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, ~~zuletzt geändert am 27. Februar 2020 und in Kraft getreten am 1. Juli 2020~~ zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021, zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung verfügen.

§18 Systemische Therapie

[...]

(3) Systemische Therapie kann nach dieser Richtlinie als Krankenbehandlung bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen.

§30 Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß §15

[...]

6. Verhaltenstherapie von Kindern

- Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
- Höchstgrenzen: 80 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden

7. Systemische Therapie bei Kindern

- Bewilligungsschritte: bis 36 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
- Höchstgrenze: 48 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden

87. Psychotherapie von Jugendlichen bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

- Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 90 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden
- Höchstgrenzen: bei Einzeltherapie 180 Stunden, bei Gruppentherapie 90 Doppelstunden

98. Verhaltenstherapie bei Jugendlichen

- Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
- Höchstgrenzen: 80 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden

10. Systemische Therapie bei Jugendlichen

- Bewilligungsschritte: bis 36 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
- Höchstgrenze: 48 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden

§ 34 Antragsverfahren

[...]

(4) Das Nähere zum Antragsverfahren ist geregelt in § 11 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, ~~zuletzt geändert am 27. Februar 2020 und in Kraft getreten am 1. Juli 2020~~ zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021.

§ 35 Gutachterverfahren

¹Bei Psychotherapie gemäß § 15 sind Anträge auf Langzeittherapie nach § 21 Absatz 1 Nummer 1 (Einzeltherapie) und nach § 22 (Kombinationsbehandlung), wenn die Kombinationsbehandlung überwiegend als Einzeltherapie erfolgt, im Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter zu begründen. ²Auf Anforderung der Krankenkasse gilt dies im Einzelfall auch für die übrigen Anwendungsformen nach § 21 und § 22 sowie für Kurzzeittherapie. ³Diese sind durch eine Gutachterin oder einen Gutachter zu prüfen, die oder der bestellt ist nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, ~~zuletzt geändert am 27. Februar 2020 und in Kraft getreten am 1. Juli 2020~~ zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021.

§ 36 Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter

[...]

(3) Für Begutachtungen von Anträgen zur Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen müssen – vorbehaltlich abweichender Übergangsregelungen in § 40 – folgende Voraussetzungen gegeben sein:

1. Die Gebietsbezeichnung als Ärztin oder Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie für die Begutachtung von Psychotherapien mit Erwachsenen oder die Gebietsbezeichnung als Ärztin oder Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie für die Begutachtung von Psychotherapien mit Kindern und Jugendlichen
oder
die Approbation als Psychologische Psychotherapeutin oder als Psychologischer Psychotherapeut für die Begutachtung von Psychotherapien mit Erwachsenen oder die Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut für die Begutachtung von Psychotherapien mit Kindern und Jugendlichen,
2. eine abgeschlossene Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte in dem jeweiligen Verfahren der Psychotherapie, in dem eine Bewerbung erfolgt, oder der Fachkundenachweis in dem jeweiligen Verfahren für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, in dem eine Bewerbung erfolgt
und
der Nachweis nach § 6 Absatz 4 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, ~~zuletzt geändert am 27. Februar 2020 und in Kraft getreten am 1. Juli 2020~~ zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021, im Hinblick auf die Anforderungen für das jeweilige Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich zur Fachkunde oder abgeschlossenen Weiterbildung, soweit Ärztinnen und Ärzte oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten zur Begutachtung von Kindern und Jugendlichen bestellt werden,

§ 40 Übergangsregelung für die Qualifikationskriterien der Gutachterinnen und Gutachter im Bereich Systemische Therapie

Für Begutachtungen von Anträgen zur Behandlung von Erwachsenen sowie von Kindern und Jugendlichen im Bereich der Systemischen Therapie müssen bis einschließlich 31. Dezember 2027 abweichend von § 36 folgende Voraussetzungen gegeben sein:

1. abweichend von Absatz 3 Nummer 3: der Nachweis von mindestens dreijähriger Tätigkeit nach dem Abschluss einer Weiter- oder Ausbildung in Systemischer Therapie ganz oder überwiegend auf dem Gebiet der Systemischen Therapie in einer Praxis oder Klinik, Poliklinik oder Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie, oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. abweichend von Absatz 3 Nummer 4: der Nachweis über eine mindestens dreijährige Tätigkeit als Dozentin oder Dozent und als Supervisorin oder Supervisor an einer Ausbildungsstätte, die zum Zeitpunkt der Bewerbung nach ~~§ 6 § 28~~ des Psychotherapeutengesetzes anerkannt ist, oder an einem zur Weiterbildung in den in

- § 36 Absatz 3 Nummer 1 genannten Gebieten befugten Weiterbildungsverbund (Ärztinnen und Ärzte mit Befugnis zur gemeinsamen Weiterbildung) oder an einer weiterbildungsbefugten Klinik, Poliklinik oder Fachklinik mit einer Grundorientierung in Systemischer Therapie,
3. abweichend von Absatz 3 Nummer 6: der Nachweis einer mindestens dreijährigen und grundsätzlich aktuell andauernden Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet eines der in § 15 genannten Psychotherapieverfahren, sowie
 4. abweichend von Absatz 4: der Nachweis der Erfüllung der in § 36 Absatz 3 Nummer 6 genannten Kriterien auf dem Gebiet eines der in § 15 genannten Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen sowie
 5. ~~4.~~ abweichend von Absatz 5: der Nachweis der Erfüllung der in den Nummern 1 bis 3 und § 36 Absatz 3 Nummer 5 genannten Kriterien für eines der in § 15 genannten Psychotherapieverfahren als Gruppentherapie

Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)	
17.10.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Die DGSPJ begrüßt die geänderte Richtlinie zur Durchführung der Psychotherapie ausdrücklich.	Die systemische Therapie unter Einbezug des sozialen Umfeldes eines Kindes führt zu einer größeren Teilhabeorientierung als eine Therapie im klassischen Einzelsetting. Der Transfer von Therapieinhalten in den Alltag wird dadurch verbessert.

Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie (DFT) e.V.	
06.11.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Änderung der Psychotherapierichtlinie	Die DFT befürwortet die Änderung der Psychotherapierichtlinie und folgt hier der Darstellung der „tragenden Gründe“ des Beschlussentwurfs des G-BA
Kontingente; mindestens 60/80 Behandlungsstunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden	Die DFT hält die vorgeschlagenen Kontingente von 36/48 Behandlungsstunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden für sehr gering. In der realen Versorgung liegen neben psychische Komorbiditäten (auch bei den Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen) und chronischen Erkrankungen von Familienmitgliedern durch die Abhängigkeitssituation der Kinder und Jugendlichen in ihren Familien hochkomplexe psychische Dynamiken vor. In klinischen Studien sind diese Fälle häufig ausgeschlossen, so dass – wie die Erfahrungen mit den in der Versorgung etablierten Richtlinienverfahren zeigen - in der Versorgungsrealität eine längere Therapiedauer erforderlich ist, um einen nachhaltigen Behandlungseffekt zu erzielen (Hansen et al., 2002; Leichsenring & Rabung, 2011; Altmann et al., 2016). Die Psychotherapie-Richtlinie sieht in § 30 (neu) Abs. 7 vor, dass die Kontingente einen Behandlungsumfang darstellen sollen, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Außerdem gehe es in der Psychotherapie gemäß § 14 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie um eine besonders nachhaltige Behandlung, die grundsätzlich eine Rezidivprophylaxe als integralen Bestandteil der Abschlussphase einer solchen Therapie beinhaltet. Die o.g. Kontingente tragen diesen Vorgaben Rechnung und erlauben eine Anpassung an den individuellen Behandlungsbedarf.
Qualifikation von Gutachtern	Wir begrüßen die hier formulierten Übergangsregelungen zur Qualifikation von Gutachtern. Sicher ist es in der Übergangszeit günstig, neben den Kollegen mit Erfahrungen speziell in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen auch auf Kollegen

Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie (DFT) e.V.	
--	--

06.11.2023	
------------	--

	mit überwiegender Erfahrung in der Behandlung Erwachsener zurückgreifen zu können.

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie (DFT) e.V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Wir nehmen nicht teil

Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	
08.11.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Vorbemerkung	Grundsätzlich begrüßt die DGPM den gemeinsamen Beschlussentwurf von GKV-SV und KBV zur Änderung der Richtlinie ausdrücklich.
Umfang der Kontingente	Die Höchstgrenzen liegen, wie bei den Erwachsenen, sehr deutlich unter denen der anderen Verfahren. Die DGPM plädiert für eine Angleichung der Kontingente, um dem Bedarf besonders belasteter Kinder und Jugendlicher gerecht zu werden. Mit dem vorliegenden Beschlussentwurf müsste sich in der Versorgungspraxis erst erweisen, ob der genannte Umfang der Kontingente ausreichend ist.
EMDR bei Erwachsenen	<p>Die Richtlinie begrenzt derzeit den Einsatz von EMDR auf die Behandlung Erwachsener im Rahmen der Analytischen Psychotherapie, der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie. Aus fachlicher Sicht ist der Einsatz von EMDR vorübergehend als Anwendung einer Methode gerade auch im Rahmen eines übergeordneten systemischen Behandlungskonzepts indiziert. Dieser Einsatz sollte nun auch explizit innerhalb der Systemischen Therapie aufgenommen werden.</p> <p>Im Bewertungsverfahren wurde die Methode EMDR (siehe Beschluss vom 16.10.2014, https://www.g-ba.de/beschluesse/2085/) verfahrensübergreifend bewertet. Die Evidenz wurde unabhängig vom Verfahren für die Methode EMDR zusammengefasst und anschließend für jedes Verfahren eingeschätzt, ob Gründe vorliegen, die gegen die Anwendung im jeweiligen Verfahren sprechen. Mit Ausnahme der Analytischen Psychotherapie im Liegen wurden für kein Verfahren solche Gründe gefunden. Für Systemische Therapie wurde 2014 keine solche Einschätzung durchgeführt, obwohl (1) Systemische Therapie bereits seit 14. Dezember 2008 wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapie-Verfahren gemäß Wissenschaftlichem Beirat Psychotherapie ist und (2) der Antrag</p>

auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V bereits seit 11. Februar 2013 gestellt war.

Die Methode EMDR wird seit Jahrzehnten in systemischen Therapien additiv eingesetzt (bspw. Altmeyer, 2023; Lempa, 2001; Linder et al., 2022; Protinsky et al. 2021; Siručić & Hasanović, 2018; Stajić & Hasanović, 2021). EMDR eignet sich dabei besonders zur Erfassung, Aktivierung und Aufarbeitung intensiver Emotionen, die dysfunktionale Verhaltens- und Beziehungsmuster etwa bei Paaren begründen und unterhalten.

Francine Shapiro selbst hat dazu das Standardwerk veröffentlicht (Shapiro et al., 2007), in dem die Integration von EMDR und Systemischer Therapie beschrieben wird. Das Werk schildert detailliert die Grundlagen dieser Integration und konkretisiert die Anwendung von EMDR eingebettet in Systemische Therapie bei (1) tiefgreifenden Bindungs- und Beziehungsstörungen bzw. -traumatisierungen, (2) massiven und persistierenden Paarkonflikten und schwerer Traumatisierung im Zuge körperlicher und/oder sexueller Gewalt, (3) schweren familiären Konflikten wie bspw. in Familien mit aufgrund von körperlich und/oder sexuell traumatisierten Kindern sowie (4) bei der Bewältigung von menschengemachten Katastrophen und Naturkatastrophen.

Auch in entsprechenden deutschen Standardwerken wird die Integration von EMDR und Systemischer Therapie seit vielen Jahren in der konkreten Durchführung beschrieben (Hanswille 2011; Hanswille & Kissenbeck, 2022).

In einschlägigen Datenbanken (bspw. MEDLINE, siehe <https://kurzelinks.de/htci>) finden sich keine Publikationen, die auch nur Anhaltspunkte liefern würden, die einer Integration der Methode EMDR in systemische Therapieprozesse entgegenstehen. Es gibt damit keinen Zweifel, dass EMDR in das Verfahren Systemische Therapie einbetten lässt.

Referenzen

Altmeyer S. Der Guhl, das ganz Kleine und die tentakeligen Monster: Systemisches Protokoll einer EMDR-Intensivtherapie. Zweite Auflage. Shaker; 2023.

Hanswille R (2011). Systemische Traumatherapie. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg.). Handbuch der Psychotraumatologie. Klett-Cotta; S. 134-151.

Hanswille R, Kissenbeck A. Systemische Traumatherapie: Konzepte und Methoden für die Praxis. 4. Auflage. Carl-Auer-Verlag; 2022.

Lempa W (2001). Familientherapie mit Traumapatienten. In: Lamprecht F, Gast U (Hrsg.). Praxis der Traumatherapie: was kann EMDR leisten? 2. Auflage. Pfeiffer bei Klett-Cotta; S. 145-163.

Linder JN, Niño A, Negash S, Espinoza S. Thematic analysis of therapists' experiences integrating EMDR and EFT in couple therapy: Theoretical and clinical complementarity, and benefits to client couples. J Marital Family Therapy. 2022;48(3):777-797. doi:10.1111/jmft.12587

Protinsky H, Sparks J, Flemke K. Using eye movement desensitization and reprocessing to enhance treatment of couples. J Marital Family Therapy. 2001;27(2):157-164. doi:10.1111/j.1752-0606.2001.tb01153.x

Shapiro F, Kaslow FW, Maxfield L (Hrsg.). Handbook of EMDR and Family Therapy Processes. John Wiley & Sons; 2007.

Siručić N, Hasanović M. Application of EMDR therapy in the treatment of complicated patient in family medicine - a case report. Psychiatr Danub. 2018;30(Suppl 5):320-325.

Stajić D, Hasanović M. EMDR treatment of psychosomatic difficulties caused by a specific style of familial interactions - case report. Psychiatr Danub. 2021;33(Suppl 1):42-45.

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.

Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) e. V.	
02.11.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
I.1. => Zustimmung	Formulierung wird so begrüßt, da Relevanz für Kinder und Jugendliche gleichermaßen deutlich wird
I.2. => Zustimmung	Höhe der Kontingente wird als angemessen erachtet (Nachvollziehbare Begründung im Rahmen der tragenden Gründe aufgeführt). Zudem führen für die ST einheitliche Kontingente für E, K und J zu Klarheit und Transparenz für Therapeutinnen und Therapeuten sowie Patientinnen und Patienten.
I.3. => Zustimmung	Keine Begründung, Korrektur bzw. Aktualisierung von Daten selbstredend Teil einer aktualisierten Veröffentlichung
I.4.a) => Zustimmung	Siehe I.1.
I.4.b) => Zustimmung	Erweiterung die logische Konsequenz aus der Anerkennung für K und J
I.4.c) - I.4.f) => Zustimmung	Regelungen werden so begrüßt, da sie eine realistische Chance bieten, ausreichend Gutachterinnen und Gutachter auch bestellen zu können. Ggf. sollte die Verlängerung der Übergangsregelung rechtzeitig geprüft werden.
II. => Zustimmung	Übliches Vorgehen wird eingehalten

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.

Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
<input checked="" type="checkbox"/> <u>Wir nehmen teil.</u>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

Stellungnahme

**Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen**

08.11.2023

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	3
Zu I. Ziffer 1. Behandlungsformen: Systemische Therapie (§ 18 Absatz 3).....	3
Zu I. Ziffer 2. Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15 (§ 30)	4
Zu I. Ziffer 4. Übergangsregelung für die Qualifikationskriterien der Gutachterinnen und Gutachter im Bereich Systemische Therapie (§ 40)	6

Vorbemerkung

Vor knapp 15 Jahren hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen festgestellt und das Psychotherapieverfahren als Vertiefungsverfahren für die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in sowie zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in empfohlen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt, dass im Nachgang zur Zulassung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren gemäß Psychotherapie-Richtlinie am 27. Mai 2021 die Antragstellung auf Bewertung der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen erfolgte und nach Abgabe des Abschlussberichtes des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 27. Januar 2023 der Gemeinsame Bundesausschuss sehr zügig eine sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt und eine sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext vorgenommen hat. Auf dieser Grundlage hat der Unterausschuss Psychotherapie und Psychiatrische Versorgung zeitnah einen Beschlussentwurf vorgelegt, mit dem die Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen in die vertragspsychotherapeutische Versorgung integriert werden kann. Den GKV-Versicherten wird damit in Kürze auch in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen die Systemische Therapie als eine wichtige Behandlungsoption bei psychischen Erkrankungen zur Verfügung stehen.

Im Folgenden nimmt die BPTK zu den konkreten Vorschlägen im Beschlussentwurf zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie Stellung.

Zu I. Ziffer 1. Behandlungsformen: Systemische Therapie (§ 18 Absatz 3)

Auf Basis der Ergebnisse des Abschlussberichts des IQWiG vom 27. Januar 2023 hat der Unterausschuss Methodenbewertung mit Beschluss vom 13. Juli 2023 den indikationsbezogenen Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen für die Anwendungsbereiche der Psychotherapie „Angststörungen und Zwangsstörungen“, „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Hyperkinetische Störungen)“, „Esstörungen“ und „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ gemäß Psychotherapie-Richtlinie als belegt festgestellt. Darüber hinaus wurde ein Nutzen der

Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen in Studien mit gemischten Störungen nachgewiesen. Erkenntnisse zur Unwirksamkeit und zum Schaden der Systemischen Therapie in den weiteren Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie, so die Feststellung des Unterausschusses Methodenbewertung, liegen nicht vor.

Die Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 20 Absatz 1 Nummer 3 der Psychotherapie-Richtlinie im Zuge der sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext hat ergeben, dass die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind und die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der Art und Breite der Nutznachweise in den Anwendungsbereichen als Psychotherapie im Sinne des § 20 Psychotherapie-Richtlinie anzuerkennen ist.

Die Feststellungen zum Nachweis des Nutzens der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen in den genannten Anwendungsbereichen der Psychotherapie sind aus Sicht der BPTK nachvollziehbar und in der Gesamtbewertung sachgerecht. Unstrittig ist auch, dass damit die Voraussetzungen gemäß § 20 Absatz 1 Nummer 3 der Psychotherapie-Richtlinie und somit das Schwellenkriterium für die Zulassung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen als Psychotherapieverfahren erfüllt ist. Entsprechend befürwortet die BPTK die in § 18 Absatz 3 vorgeschlagene Ergänzung, mit der geregelt wird, dass die Systemische Therapie nach der Psychotherapie-Richtlinie als Krankenbehandlung auch bei Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen kann.

Zu I. Ziffer 2. Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15 (§ 30)

Hinsichtlich des Behandlungsumfangs für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen orientiert sich der Vorschlag des Unterausschusses Psychotherapie und Psychiatrische Versorgung an den Behandlungskontingenten und den Bewilligungsschritten der Systemischen Therapie bei Erwachsenen. Dies ist aus Sicht der BPTK insoweit nachvollziehbar, da auch bei der Verhaltenstherapie die Behandlungskontingente und die Bewilligungsschritte bei Kindern und Jugendlichen analog zu denen bei Erwachsenen geregelt sind. Vor dem Hintergrund, dass die Behandlungskontingente für die Systemische Therapie im Vergleich zu den anderen Richtlinienverfahren deutlich geringer ausfallen, sollte jedoch in der Zukunft geprüft werden, ob damit auch der Behandlung von Patient*innen mit schweren Krankheitsverläufen, psychischen Komorbiditäten, erheblichen Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionen oder ausgeprägter Chronizität der Erkrankungen ausreichend Rechnung getragen werden kann.

Die Systemische Therapie zeichnet sich auch in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen dadurch aus, dass sie bei einer Vielzahl von Patient*innen mit relativ kurzen Behandlungsdauern bzw. Stundenumfängen hochwirksam durchgeführt werden kann. Der Nutzen der Systemischen Therapie ist dabei für eine Vielzahl von Patientengruppen in empirischen Studien gut belegt. Die meisten Studien zur Systemischen Therapie weisen dabei eine durchschnittliche Behandlungsdauer auf, die in der Systematik der Psychotherapie-Richtlinie der Kurzzeitpsychotherapie zuzuordnen ist. Hiervon gibt es jedoch auch einige Ausnahmen mit zum Teil deutlich längeren durchschnittlichen Behandlungsdauern. Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang die mitunter längeren Sitzungsdauern, die insbesondere auch für das Mehrpersonensetting regelhaft zu erwarten sind und bezogen auf die 50-minütigen Therapieeinheiten, die hierfür aggregiert werden, größere Behandlungskontingente erforderlich machen können.

Unabhängig von den in den klinischen Studien realisierten Behandlungsumfängen ist auch zu berücksichtigen, dass klinische Studien häufig primär darauf ausgerichtet sind, den durchschnittlichen Nutzen einer definierten Behandlung im Vergleich zu einer Kontrollbedingung bei bestimmten Patientengruppen nachzuweisen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Kosten und der im Vergleich zu anderen Forschungsbereichen überdurchschnittlich langen Gesamtdauer von Forschungsprojekten, die in klinischen Studien den Nutzen psychotherapeutischer Behandlungen untersuchen, werden die Behandlungsumfänge in den Studien in der Regel so konzipiert, dass die Dauer und Intensität der Behandlung geeignet ist, um auf Gruppenebene einen klinisch relevanten Nutzen gegenüber einer Kontrollgruppe nachzuweisen. Sie sind nicht darauf ausgerichtet, bei den behandelten Patient*innen auch den optimalen Behandlungserfolg zu erreichen. Hierbei werden zum Teil Standardisierungen der Behandlungsdauer vorgenommen, die dem tatsächlich bestehenden Behandlungsbedarf eines Teils der in der Studie behandelten Patient*innen ggf. nicht gerecht werden. Gerade weil ein wesentlicher Teil der Patient*innen bereits von einer Systemischen Therapie im Bereich der Kurzzeittherapie stark profitiert, werden die Behandlungsumfänge in klinischen Studien in den allermeisten Fällen auch in diesem Bereich definiert. Aus dem Befund, dass ein wesentlicher Teil von Patient*innen bereits von einer Kurzzeittherapie in erheblichem Maße profitiert, kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass ein solcher Behandlungsumfang bereits für alle Patient*innen einer untersuchten Patientenpopulation ausreichend wäre, geschweige denn, für alle unter realen Versorgungsbedingungen zu behandelnden Patient*innen.

Durchschnittliche Behandlungsumfänge unter den Standardisierungsbedingungen von klinischen Studien können für die Frage des maximal erforderlichen und in der GKV-Versorgung regelhaft zulässigen Behandlungsumfangs bzw. des auf Antrag bewilligungsfähigen Stundenkontingents keine Orientierung bieten. Auch für die bereits zugelassenen Richtlinienpsychotherapieverfahren wurden daher keine Behandlungskontingente festgelegt, die sich an den durchschnittlichen Umfängen in klinischen Studien orientieren. Die zulässigen Behandlungsumfänge wurden dagegen so ausgestaltet, dass sie auch für schwerer und komplex erkrankte Patient*innen psychotherapeutische Behandlungen ermöglichen, die zur Erreichung ausreichender und nachhaltiger Behandlungseffekte geeignet sind.

Vor diesem Hintergrund befürwortet die BPTK zum gegenwärtigen Zeitpunkt den vorliegenden Regelungsvorschlag, für die Systemische Therapie bei Kindern wie auch bei Jugendlichen jeweils einen Bewilligungsschritt bis 36 Stunden und eine Höchstgrenze bei 48 Stunden einschließlich der Gruppentherapie in Doppelstunden vorzusehen, regt jedoch an, nach erfolgter Integration der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen in die vertragspsychotherapeutische Versorgung zu prüfen, ob zur Sicherstellung einer ausreichenden Behandlung mit Systemischer Therapie insbesondere von schwer und komplex psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen eine Anhebung der Höchstgrenze geboten ist.

Zu I. Ziffer 4. Übergangsregelung für die Qualifikationskriterien der Gutachterinnen und Gutachter im Bereich Systemische Therapie (§ 40)

Die vorgeschlagenen Folgeänderungen in der Übergangsregelung für die Qualifikation der Gutachter*innen im Bereich der Systemischen Therapie sind aus Sicht der BPTK sachgerecht und werden befürwortet.



Deutsche Gesellschaft
für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
Geschäftsstelle • Reinhardtstraße 27 B • 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss „Psychotherapie und
psychiatrische Versorgung“

Per E-Mail: SystemischeTherapieKiJu@g-ba.de

Berlin, 08.11.2023

Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGV V

Hier: Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie-Richtlinie: Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Sehr geehrte Frau Stolle,
Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit, an o.g.
Stellungnahmeverfahren mitzuwirken.

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
(DGKJP) stimmt den Ausführungen des Gemeinsamen
Bundesausschusses und der Interpretation der IQWiG Studie voll
umfänglich zu.

Das entspricht den Inhalten und Schlussfolgerungen unserer
früheren Stellungnahme zum Thema. Die Systemische Therapie
sollte zur Behandlung auch von Kindern und Jugendlichen als
Verfahren zugelassen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Marcel Romanos
Präsident DGKJP

Präsident

Prof. Dr. med. Marcel Romanos
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Würzburg

Stellvertretender Präsident und Kongresspräsident

Prof. Dr. med. Michael Kölich
Direktor der Klinik für Psychiatrie, Neurologie,
Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes-
und Jugendalter
Universitätsmedizin Rostock

Stellvertretender Präsident und Schatzmeister

Prof. Dr. med. Tobias Renner
Direktor der Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Universitätsklinikum Tübingen

Schriftführerin

Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag
Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Universitätsklinikum Frankfurt

Beisitzerin

Prof. Dr. med. Renate Schepker
Beisitzerin, Schwerpunkt fachpolitische
Geschäftsführung
ZfP Südwürttemberg, Ravensburg
Renate.schepker@zfp-zentrum.de

Beisitzerin

Prof. Dr. Tanja Legenbauer
Beisitzerin, Leiterin Forschung und Testdiagnostik an
der Kinder- und Jugendpsychiatrie
LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität
Bochum

Beisitzerin

Prof. Dr. med. Luise Poustka
Beisitzerin, Direktorin der Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Georg-
August-Universität,
Universitätsmedizin Göttingen

Ehrenpräsidenten

Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt
Marburg

Prof. em. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin H. Schmidt
Mannheim

Kooptierte Mitglieder

Dr. med. Marianne Klein
Vorsitzende der BAG KJPP

Dr. med. Gundolf Berg
Vorsitzender des BKJPP

Geschäftsstelle

Dr. Mareike Alscher, Dipl.-Soz.
Laura Ceresna-Chaturvedi, M.Sc
Antje Rößler, Dipl. Betriebswirtin (BA)
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin
☎ 030 / 28 09 43 86, 📠 030 / 27 58 15 38
E-mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de
Internet: <http://www.dgkjp.de>



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Berlin, 8. November 2023

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Dezernat Wissenschaft, Forschung und Ethik
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel.: 030 / 400 456 - 467
E-Mail: dezernat6@baek.de

Hintergrund

Der Bundesärztekammer wurde mit Schreiben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 11. Oktober 2023 die Möglichkeit zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen eingeräumt.

Der Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V wurde durch ein Unparteiisches Mitglied des G-BA gestellt.

Der von Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer gemäß dem Psychotherapeutengesetz gemeinsam gebildete Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat in seinem Gutachten vom 14. Dezember 2008 die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen in den Anwendungsbereichen Affektive Störungen und Belastungsstörungen, Essstörungen und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und Tic-Störungen (für Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (beschränkt auf Drogen- und Substanzmittelmissbrauch) festgestellt (abrufbar unter https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/WBP/GutachtenSystemischeTherapie20081214-1.pdf). Die Systemische Therapie wurde vom WBP auf der Grundlage dieses Gutachtens für die vertiefte Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen. Die (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 der Bundesärztekammer sieht im Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bereits eine allgemeine Formulierung (bspw. „Behandlung mit wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und -methoden...“) vor, um alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren zu berücksichtigen. Wie bereits in der ersten Einschätzung der Bundesärztekammer zum Beratungsgegenstand des Bewertungsverfahrens des G-BA zur Überprüfung gemäß § 92 Absatz 6a Satz 1 i. V. m. § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V zur Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen vom 27. September 2021 ausgeführt, befürwortet die Bundesärztekammer vor diesem Hintergrund ausdrücklich die Durchführung des Bewertungsverfahrens der Systemischen Therapie für Kinder und Jugendliche.

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Einzelheiten des Beschlussentwurfs ist der nachfolgenden tabellarischen Darstellung gemäß Formblatt des G-BA zu entnehmen.

Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Bundesärztekammer	
08.11.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 30 S. 3 Nr. 7 Bewilligungsschritte für die Systemische Therapie bei Kindern <u>und</u> § 30 S. 3 Nr. 10 Bewilligungsschritte für die Systemische Therapie bei Jugendlichen</p>	<p>Für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen sind gemäß § 30 S. 3 Nr. 7 bzw. Nr. 10 PT-RL-E Bewilligungsschritte bis 36 Stunden und eine Höchstgrenze von 48 Stunden vorgesehen, jeweils einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden. Die im Vergleich zur Verhaltenstherapie deutlich kürzeren Bewilligungsschritte werden in den Tragenden Gründen mit der Therapiedauer in den vom IQWiG als Wirksamkeitsbelege herangezogenen Studien begründet. Die Behandlungsdauer in Psychotherapiestudien zur Feststellung des Nutzens unterliegt allerdings eher dem Studiendesign und wird nicht vorrangig mit Blick darauf gewählt, eine optimale Behandlungsdauer in der Versorgungsrealität festzustellen. Eine längerfristige Therapie kann beispielsweise in komplexen Fällen oder bei Vorhandensein psychischer Komorbiditäten erforderlich sein, in der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen insbesondere auch einschließlich einer ausreichenden Einbeziehung von Bezugspersonen im Mehrpersonensetting. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist eine Ausgestaltung der Bewilligungsschritte und der Höchstgrenze für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen entsprechend der Verhaltenstherapie zu erwägen.</p>
<p>§ 40 Nr. 4 Übergangsregelung für die Qualifikationskriterien der Gutachterinnen und Gutachter im Bereich Systemische Therapie</p>	<p>Die bis zum 31.12.2027 bestehende Übergangsregelung für die Qualifikation von Gutachterinnen und Gutachtern für Systemische Therapie bei Erwachsenen wird auf Kinder und Jugendliche ausgeweitet. Im Vergleich zur Systemischen Therapie bei Erwachsenen, die bereits im November 2019 in die PT-RL aufgenommen wurde, ist der Übergangszeitraum für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen deutlich kürzer. Die Bundesärztekammer bittet – vorbehaltlich der Einführung eines neues Qualitätssicherungsverfahrens in der ambulanten Psychotherapie – um Prüfung, ob der Übergangszeitraum ausreichend lang ist, um die Qualifikation einer ausreichenden Anzahl von Gutachterinnen und Gutachtern in Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen.</p>

Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

<p>Gemeinsame Stellungnahme von</p> <ul style="list-style-type: none"> - Systemische Gesellschaft, Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V. - DGSF, Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. 	
<p>08.11.2023</p>	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Methodenbewertung und Verfahren	<p>Wir begrüßen den gemeinsamen Beschlussentwurf von KBV und GKV-SV zur Änderung der PT-RL. Es ist bemerkenswert, dass ein konsentierter Entwurf in einem recht kurzen Zeitraum erarbeitet werden konnte. Dafür möchten wir unsere Anerkennung und unseren Respekt ausdrücken.</p>
Kontingente	<p>Die Kontingente zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen liegen sehr deutlich unter denen der anderen Verfahren. Wünschenswert ist hier ein Kontingent, das mehr Raum für die Behandlung besonders betroffener Kinder/Jugendlicher und ihrer Familien lässt. Die jüngste Datenauswertung (Böker & Hentschel, 2023) hat gezeigt, dass volle Stundenkontingente nicht regelhaft ausgeschöpft werden, es aber für eine erfolgreiche Behandlung zielführend ist, genügend Zeit zur Verfügung zu haben.</p> <p>Daher wird es sich in der Praxis zeigen müssen, ob diese geringen Kontingente ausreichend sein werden: sowohl was den Behandlungserfolg angeht als auch mit Blick auf die informierte Wahl eines Psychotherapieverfahrens nicht nur seitens der Therapeut/innen- sondern auch aus Patient/innensicht.</p>
EMDR bei Erwachsenen	<p>Bei der Aufnahme der Systemischen Therapie für Erwachsene in die Psychotherapierichtlinie wurde die Methode EMDR nicht explizit auch als innerhalb einer Systemischen Therapie anwendbar festgelegt. Wir regen an, dies nun nachzuholen, es handelt sich im Kern um eine Ergänzung in Form einer redaktionellen Änderung. Hierzu sind im Anhang der PT-RL die Worte „der Systemischen Therapie“ hinzuzufügen, der Satz heiße dann:</p> <p>„Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) kann bei Erwachsenen mit posttraumatischen Belastungsstörungen</p>

Gemeinsame Stellungnahme von

- **Systemische Gesellschaft**, Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V.

- **DGSF**, Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V.

08.11.2023

als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, *der Systemischen Therapie*, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie Anwendung finden.“

Begründung:

Beim Methodenbewertungsverfahren 2011-2014 wurde EMDR als Methode verfahrensübergreifend bewertet (<https://www.g-ba.de/beschluesse/2085/>). Es fand also **keine** verfahrensspezifische Bewertung i.S. Verhaltenstherapie + EMDR, Psychoanalyse + EMDR, etc., statt. Die Evidenz wurde unabhängig von den jeweiligen Psychotherapieverfahren für EMDR anerkannt und im Anschluss eingeschätzt, ob es Gründe gibt, die gegen die Anwendung von EMDR in einem bestimmten Richtlinienverfahren sprechen. Diese Gründe wurden für kein Verfahren (mit Ausnahme einer Psychoanalyse im Liegen) gefunden, auch nicht für die Systemische Therapie.

Jedoch wurde versäumt, die Systemische Therapie im Wortlaut bereits mitzudenken; der Antrag auf Bewertung wurde 2013 gestellt.

Systemische Therapie und EMDR greifen in wesentlichen Aspekten auf dieselben Wurzeln zurück: Francine Shapiro war am Mental Research Institute in Palo Alto, Kalifornien, zusammen mit u.a. Paul Watzlawick und John Weakland, „Urgesteine“ und prägendste Persönlichkeiten Systemischer Therapie und Forschung, auf deren theoretischen Gebäude sich eine Reihe der RCT-Studien stützen, die zur sozialrechtlichen Anerkennung der Systemischen Therapie führten. Auch im Mehrpersonensetting lassen sich die Zugänge von EMDR in Gruppen, für Paare, Familien und Gruppen gut nutzen z.B. mit EMDR G-TEP. (Lehnung, Shapiro, Schreiber et al., 2017).

Im Anhang dieser Stellungnahme finden sich weitere Literaturhinweise zur Einbettung von EMDR in eine Systemische Therapie, u.a. das von Shapiro und Kolleg/innen selbst herausgegebene „Handbook of EMDR and Family Therapy Processes“.

Gemeinsame Stellungnahme von

- **Systemische Gesellschaft**, Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V.

- **DGSF**, Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V.

08.11.2023

Eine erneute Evidenzprüfung der EMDR wäre daher als logische Alternative nicht sinnvoll und sicherlich nicht wirtschaftlich, da sie zu demselben Ergebnis führen würde wie 2014, als die verfahrensunabhängige Evidenz auf Antrag des GKV-SV und der Patientenvertretung überprüft und festgestellt wurde.

Im Zuge dieses Stellungnahmeverfahrens kann festgestellt werden, dass es seitens der systemischen Fachgesellschaften keinerlei Zweifel an der Möglichkeit zur Integration von EMDR in der Systemischen Therapie besteht.

Es ist unseres Erachtens nicht gerechtfertigt, dass EMDR lediglich in einem Richtlinienverfahren, der Systemischen Therapie, aktuell nicht zur Anwendung kommen sollte. Wir haben bereits Zuschriften von Mitgliedern erhalten, die berichten, dass Gutachter/innen die geplante EMDR bei Patient/innen mit posttraumatischer Belastungsstörung streichen, mit dem Hinweis, dass dies innerhalb einer Systemischen Therapie nicht zulässig sei. Die Frage ist: Wem nützt eine solche Regelung? Den Patient/innen wird eine evidenzbasierte Methode vorenthalten, die überdies mit keiner Abrechnungsziffer versehen ist, also keinerlei Mehrkosten verursacht und auch nicht mit einer Erhöhung der Kontingente verbunden ist.

Uns sind keine Gründe bekannt, die gegen die Anwendung von EMDR im Rahmen einer Systemischen Therapie sprechen.

Entsprechend wird in der *Psychotherapie-Vereinbarung* die fachliche Befähigung für Ärzt/innen in § 5 (8) bereits angegeben mit:

„Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode zur Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen als Einzeltherapie – durch Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 1 (tiefen-psychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 2 (analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 3 (Verhaltenstherapie) oder nach **Abs. 9 (Systemische Therapie)** (...).“

Gemeinsame Stellungnahme von

- **Systemische Gesellschaft**, Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V.

- **DGSF**, Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V.

08.11.2023

Dieselbe Regelung findet sich für psychologische Psychotherapeut/innen in § 6 (8):

„Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von EMDR als Methode zur Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen als Einzeltherapie – durch Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 1 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 2 (analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 3 (Verhaltenstherapie) *oder nach Abs. 8 (Systemische Therapie)* (...“

Uns ist bewusst, dass es im Stellungnahmeverfahren um Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche geht, möchten den Unterausschuss aber höflich bitten, zugunsten einer kurzfristigen Versorgungsverbesserung der erwachsenen Patient/innen hier die entsprechende Änderung vorzunehmen.

Literatur

Altmeyer, S. (2023). Der Guhl, das ganz Kleine und die tentakeligen Monster: Systemisches Protokoll einer EMDR-Intensivtherapie (2. Auflage) (Berichte aus der Psychologie). Düren: Shaker.

Böker, U. & Hentschel, G. (2023) Ambulante psychotherapeutische Versorgung: Hohe Krankheitslast – bedarfsgerechte Versorgung. Deutsches Ärzteblatt (PP), 3, S-103-106, online abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=230190> [01.11.2023]

Hanswille, R. & Kissenbeck, A. (2022). Systemische Traumatherapie (4. Auflage). Heidelberg: Carl Auer.

Hanswille, R. (2019). Systemische Traumatherapie. In: Seidler G.H., Freyberger H.J., Maercker A. Hrsg.: Handbuch der Psychotraumatologie (3. Auflage). Stuttgart: Klett Cotta, S.134-151 u. 603-613

Lempa, W. (2000). Familientherapie mit Traumapatienten. In: Lamprecht, F. et al.: Praxis der Traumatherapie: Was kann EMDR leisten. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart, 145 - 163

Maxfield, L., F.W. Kaslow u. F. Shapiro (2007). The Integration of EMDR and Family Systems Therapies. In: Shapiro, F., F.W. Kaslow u. L. Maxfield (Hrsg): Handbook of EMDR and Family Therapy Processes. Hoboken, N.J. (Wiley), S. 407-422.

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

- **Systemische Gesellschaft**, Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V.

- **DGSF**, Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V.

Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

Wortprotokoll



Gemeinsamer
Bundesausschuss

einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Durch- führung der Psychotherapie (Psychotherapie- Richtlinie): Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Vom 28. November 2023

Vorsitzende:	Frau Dr. Lelgemann
Beginn:	10:45 Uhr
Ende:	11:06 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie - Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) e. V.

Dr. Eva-Maria Greiner

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

Cornelia Metge

Timo Harfst

Systemische Gesellschaft, Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V. und Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF)

Prof. Dr. Enno Hermans

Sebastian Baumann

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)

Dr. med. Markus Haun

Beginn der Anhörung: 10:47 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Einen schönen guten Morgen! Ich begrüße Sie im Namen des Unterausschusses PPV in seiner Psychotherapie-Richtlinien-Konstitution für die mündliche Anhörung zur:

Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Mein Name ist Monika Lelgemann, ich bin die Vorsitzende dieses Unterausschusses. Herzlichen Dank für Ihre schriftlichen Stellungnahmen, die wir gelesen und gewürdigt haben. Vielen Dank auch dafür, dass Sie sich heute Morgen hier zugeschaltet haben.

Da wir Ihre Stellungnahmen bereits gelesen haben, ist es nicht erforderlich, alles noch einmal wiederzugeben, sondern ich würde Sie bitten, sich auf wesentliche Punkte zu konzentrieren.

Ansonsten: Wir erzeugen von dieser Anhörung eine Aufzeichnung und dann ein Wortprotokoll, das hinterher veröffentlicht wird. Ich gehe davon aus, dass Sie damit einverstanden sind.

Und noch eine technische Bemerkung: Wenn Sie etwas sagen wollen, dann bitte im Chat mit einem „X“ melden, dann haben wir Sie gleich auf der Rednerliste.

Ich begrüße für die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsverband Psychosoziale Berufe Frau Dr. Greiner. Dann für die Bundespsychotherapeutenkammer Frau Metzge und Herrn Harfst. Dann für die Systemische Gesellschaft, Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung sowie für die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie Herrn Prof. Hermans und Herrn Baumann. Und für die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie Herrn Dr. Haun. Dann beginnen wir auch gleich mit Ihnen, Herr Haun, Ihr Eingangsstatement, bitte.

Herr Dr. Haun (DGPM): Ich wollte zwei Punkte aus unserer Stellungnahme herausgreifen. Einleitend wäre zu sagen, dass die DGPM den Beschlussentwurf sehr begrüßt. Zu den zwei Aspekten: Der eine ist, dass wir aus kinder- und jugendpsychosomatischer Sicht sehr dafür plädieren, dass die Kontingente entsprechend den anderen Verfahren gewählt werden. Das ist aus unserer Sicht dringend erforderlich, insbesondere im Hinblick auf hartnäckige psychosomatische Störungen wie Essstörungen, insbesondere Anorexie, aber auch somatische Belastungsstörungen.

Zweitens: Wir plädieren sehr dafür, auch EMDR als Methode im Rahmen der systemischen Therapie zu ermöglichen. Wir hatten dazu differenzierte Befunde in der Stellungnahme zur Verfügung gestellt und halten das für ein nicht nur sicheres, sondern auch ein effektives Verfahren in diesem Kontext.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Dr. Haun, für die Darstellung. – Dann Herr Baumann oder Herr Prof. Hermans für die Systemische Gesellschaft respektive die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie.

Herr Baumann (DGSF): Sehr geehrte Frau Dr. Lelgemann! Sehr geehrte Vertreter der Bänke und der Patienten! Danke für die Möglichkeit zur heutigen Anhörung. Der IQWiG-Bericht wurde für die Allgemeinheit am 24. Februar veröffentlicht, bis heute sind es 9 Monate, in denen nicht nur die Methodenbewertung abgeschlossen wurde, sondern auch schon die Psychotherapie-Richtlinie, der Beschlussentwurf vorliegt. Bei 9 Monaten denkt man natürlich sofort an Babys und ich finde, das ist ein sehr schönes Baby geworden. Auch wenn ich dieses Bild nicht überstrapazieren möchte, hat es uns gefreut, dass es eine gemeinsame Beschlussvorlage gegeben hat.

Zu den Kontingenten hätten wir uns mehr gewünscht, wir werden es jetzt hier nicht mehr extra ansprechen, sondern würden schon zum letzten Punkt kommen. Beim Bundestag gibt's ja Omnibus-Gesetzverfahren, also könnte man sich fragen, warum nicht auch hier. Als EMDR 2014 reinkam, war, glaube ich, die Idee, es zu ermöglichen. Und im Moment hat es die Wirkung, dass es ausschließt, nämlich die systemische Therapie für Erwachsene, es ging ja nur um EMDR bei Erwachsenen. Deswegen glaube ich, dass es in niemandes Interesse ist, EMDR auszuschließen. Deswegen der Wunsch, das auch für EMDR zu ermöglichen. Dankeschön.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Herzlichen Dank, Herr Baumann. – Herr Prof. Hermans, haben Sie Ergänzungen?

Herr Prof. Hermans (DGSF): Erstmal nicht, vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Ich glaube, mit Omnibus tun wir uns noch schwer, aber ich will hier nicht vorgreifen. – Dann erteile ich der Bundespsychotherapeutenkammer das Wort, Frau Metge.

Frau Metge (BPtK): Ich möchte mich auch für die Möglichkeit bedanken, hier mündlich Stellung nehmen zu können. Wir begrüßen es ebenfalls sehr, dass es dem G-BA gelungen ist, in nur 9 Monaten die Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit abzuschließen und hiermit ein Angebot für Kinder und Jugendliche als weiteres Psychotherapieverfahren zu schaffen.

Zu den Behandlungskontingenten: Es ist ja ein einvernehmlicher Regelungsvorschlag, der jetzt vorliegt, aber die Kontingente fallen ja jetzt im Vergleich zu den anderen Richtlinienverfahren deutlich kürzer aus. Das ist sicher dem Werdegang geschuldet, wie dies entstanden ist. Aber aus unserer Sicht ist erwartbar, dass insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche diese Kontingente nicht ausreichen. Deswegen schlagen wir vor, dass man zu gegebener Zeit dies noch mal evaluiert und vielleicht anhand der Behandlungsmöglichkeiten die Behandlungskontingente überprüft und schaut, ob es ausreicht, damit bestimmte Patientengruppen adäquat zu versorgen. Ein Beispiel könnten Patienten sein, die nach der KSVPsych-Richtlinie für Kinder und Jugendliche versorgt werden. Das könnte man als Nenngröße nehmen. Vielen Dank

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Metge. – Dann Herr Harfst.

Herr Harfst (BPtK): Dann würde ich bloß auf die Omnibus noch eingehen, weil wir die gar nicht in unserer Stellungnahme drin hatten, natürlich auch aus dem Grund, weil EMDR bei Kindern und Jugendlichen noch nicht anerkannt ist. Da läuft ja demnächst im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie das Bewertungsverfahren. Nichtsdestotrotz ist der Link bezogen auf die Systemische Therapie bei Erwachsenen und die Nutzbarkeit der EMDR im Rahmen der Systemischen Therapie so ein Punkt und aus unserer Sicht ist es sachgerecht, dass auch hier das ermöglicht wird wie bei den anderen Richtlinien-Verfahren: dass EMDR dort auch angewandt werden kann. Natürlich passt das nicht unmittelbar zu diesem Beschlussentwurf,

aber eine gewisse Verbindung ist nicht zu leugnen. Wenn der Unterausschuss eine Gelegenheit findet, das noch nachzuziehen, dann würden wir uns darüber freuen.

Auch von meiner Seite herzlichen Dank für die ausgesprochen schnelle Bearbeitung dieses Beratungsverfahrens und das Vorlegen eines einvernehmlichen Beschlusssentwurfs, das ist, glaube ich, ein sehr gutes Zeichen für den G-BA, für die gemeinsame Selbstverwaltung und sehr erfreulich für die Patientenversorgung. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Harfst. – Jetzt für die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Frau Dr. Greiner.

Dr. Greiner (DGVT-BV): Von unserer Seite aus würden wir uns den Vorrednern anschließen und herzlichen Dank sagen für die Zügigkeit, die an den Tag gelegt wurde, im KJP-Bereich wissen wir das Zeit ein ganz zentraler Faktor ist.

Zum Vorschlag von Frau Metge: Ja, es ist nachvollziehbar, dass wir die Kontingente an dem orientiert haben, was bisher etabliert worden ist. Aus unserer Stellungnahme würde ich gern die Übergangsregelung für die Gutachter aufgreifen, das war uns noch wichtig, dass man sich die vielleicht vornehmen könnte, das rechtzeitig zu überprüfen, ob die verlängert werden muss in Kombination mit den Kontingenten, auch noch mal darauf zu gucken: Haben wir da wirklich erfasst, was die Kinder und Jugendlichen tatsächlich brauchen? – Das würde uns vielleicht offenstehen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für das Statement. – Gibt es Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses? Gibt es Ergänzungsbedarf seitens unserer Stellungnehmer? – Ja, GKV-SV.

GKV-SV: Vielen Dank für die differenzierten Rückmeldungen zu den verschiedenen Aspekten, die bei der Einführung der Systemischen Therapie von Relevanz sind, und dazu, wo von Ihnen noch Regelungsbedarf gesehen wird.

Aus unserer Sicht wäre es sinnvoll, etwas tiefer bei der Ermöglichung von EMDR für Erwachsene einzutauchen, auch in der Systemischen Therapie. Ich sage es Ihnen ganz offen: Wir haben da große Sympathien, das direkt mit aufzugreifen und damit EMDR dem Systemischen Therapeuten in der Erwachsenenbehandlung zu ermöglichen.

Es gibt auch einen Punkt, bei dem wir noch nicht so schlüssig sind, wie das zusammenpassen könnte, nämlich das Mehrpersonensetting. Das Mehrpersonensetting ist ein zentrales Element der Systemischen Therapie, kann jedoch nicht als Gruppentherapie verstanden werden. Da stellt sich die Frage, wie EMDR und das Mehrpersonensetting zusammengehen könnten. Die Frage richtet sich an die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie sowie die Systemische Gesellschaft bzw. die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie. Wir haben diese Ansprechpartner ausgewählt, weil das in Ihren schriftlichen Stellungnahmen aufgetaucht ist.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, GKV-SV. – Herr Baumann.

Herr Baumann (DGSF): Es gibt in der Literatur tatsächlich einige Hinweise darauf, dass EMDR auch im Mehrpersonensetting angewendet werden kann und angewendet wird. Man muss dazu sagen, Frau Shapiro, die Begründerin des EMDR, hat ja in Palo Alto ihren Ansatz entwickelt. Dort war sie mit so interessanten Leuten wie Herrn Watzlawick zusammen, die ja das Mehrpersonensetting auch für die Systemische Therapie geprägt haben. Von dem her würden wir nicht nur sagen, dass es möglich ist, sondern es sogar Vorteile hat. Denn wenn ich mitbekomme, dass mein Mann, meine Frau gerade eine Behandlung erfährt, die genau auf

eine traumatische Situation zurückgeht, ist es ja sehr wahrscheinlich, dass ich sie auch im weiteren Verlauf dabei unterstützen werde, sodass ich denke, dass es A anwendbar und B auch noch besser ist.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Okay. Dann die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin. Herr Haun.

Herr Dr. Haun (DGPM): Ich glaube, das ist eine ganz wichtige Frage. Wir hatten ja das zentrale Werk dazu von Frau Shapiro zitiert. Tatsächlich ist es so, dass noch in der ersten Auflage Vorbehalte bestanden zum damaligen Zeitpunkt, der schon weit zurückliegt, und sich dann in der sukzessiven Anwendung gezeigt hat, dass es ein sehr sicheres und effektives Verfahren ist, bei dem natürlich ein gewisser differenzialdiagnostischer Blick erforderlich ist, inwieweit der Partner unterstützend wirken kann.

Das Setting sieht so aus, dass in der Regel eine Person EMDR erhält und der Partner in eine Beobachterposition geht. Das wird auch differenziert beschrieben in den neueren Arbeiten der Linder-Gruppe. Die haben dazu eine umfangreiche Übersichtsarbeit veröffentlicht und noch mal spezifisch geguckt, ob es schädliche Wirkungen in der umfangreichen qualitativen Arbeit gibt, und konnten zeigen, dass es sicher anzuwenden ist. Insofern gibt es sehr gute Modelle, die auch breite Anwendung finden. Ich denke, das spricht für die Argumentation, die wir aufgemacht haben. Das von mir erwähnte Paper mit den qualitativen Ergebnissen hatten wir nicht referenziert, das können wir gern nachreichen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Ist die Frage ausreichend beantwortet, GKV-SV?

GKV-SV: Ja, vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Gibt es Ihrerseits noch Ergänzungsbedarf zu diesem Punkt? – Das ist nicht der Fall. Gibt es weitere Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses? – Es gibt keine weiteren Fragen. Haben Sie noch Anmerkungen für uns? – Dann müssen Sie mir noch eine kleine Abschlussbemerkung erlauben. Ich bin sehr froh, dass dieser Beschlussentwurf jetzt vorliegt, ich bedanke mich ganz besonders bei allen, die an der Arbeitsgruppe mitgewirkt haben. In der Tat ging das jetzt zügig. Ich muss Ihnen allerdings ehrlich sagen: Wir dachten, das wird ganz einfach, nachdem Sie uns geschildert haben, wie überwältigend und overwhelming die Evidenz für Kinder und Jugendliche der Systemischen Therapie ist. Sie müssen mir verzeihen, dass ich noch einmal anmerke: So überwältigend, wie Sie das angekündigt haben, war das nicht. Von daher können wir froh sein, dass dieser Beschlussentwurf jetzt in dieser Form nach so kurzer Zeit auf dem Tisch liegt. Das ist noch mal ein Special-Gruß an Herrn Baumann. Also wir sind ja damit konfrontiert worden, dass gerade bei Kindern und Jugendlichen es hier keinerlei Zweifel gäbe und es overwhelming Evidenz gäbe. Das war doch ernüchternd, als wir da reingeguckt haben. Diese Bemerkung müssen Sie mir jetzt einfach noch mal gestatten, weil wir doch ganz schön gerungen haben in der ersten Runde der klassischen Methodenbewertung. Also da ist noch Raum für gute Studien, würde ich sagen. – Gut, in diesem Sinne. Vielen Dank. Ich wünsche Ihnen allen einen schönen Tag!

Schluss der Anhörung: 11:06 Uhr

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Vom 18. Januar 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Januar 2024 beschlossen, die Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung vom 19. Februar 2009 (BAnz. S. 1399), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 20. November 2020 (BAnz AT 17.02.2021 B1) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:
 1. In § 18 Absatz 3 werden nach dem Wort „Erwachsenen“ ein Komma und die Wörter „Kindern und Jugendlichen“ eingefügt.
 2. § 30 Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 eingefügt:

„7. Systemische Therapie bei Kindern

 - Bewilligungsschritte: bis 36 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
 - Höchstgrenze: 48 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden“
 - b) Die bisherigen Nummern 7 bis 8 werden die Nummern 8 bis 9.
 - c) Folgende Nummer 10 wird angefügt:

„10. Systemische Therapie bei Jugendlichen

 - Bewilligungsschritte: bis 36 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
 - Höchstgrenze: 48 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden“
 3. In § 1 Absatz 2 und 3, § 34 Absatz 4, § 35 Satz 3 und § 36 Absatz 3 Nummer 2 werden jeweils die Wörter „zuletzt geändert am 27. Februar 2020 und in Kraft getreten am 1. Juli 2020“ durch die Wörter „zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021“ ersetzt.
 4. § 40 wird wie folgt geändert:
 - a) In dem Satzteil vor Nummer 1 werden nach dem Wort „Erwachsenen“ die Wörter „sowie von Kindern und Jugendlichen“ eingefügt.

- b) In Nummer 1 werden nach den Wörtern „Psychiatrie und Psychotherapie“ das Komma gestrichen und die Wörter „oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,“ eingefügt.
- c) In Nummer 2 wird die Angabe „§ 6“ durch die Angabe „§ 28“ ersetzt.
- d) In Nummer 3 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.
- e) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt:
„4. abweichend von Absatz 4: der Nachweis der Erfüllung der in § 36 Absatz 3 Nummer 6 genannten Kriterien auf dem Gebiet eines der in § 15 genannten Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen sowie“.
- f) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5.

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 G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 18. Januar 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der
Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie):

Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Vom 18. Januar 2024

Inhalt

Tragende Gründe	1
zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie):.....	1
Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen	1
1. Rechtsgrundlage.....	3
2. Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1 Beschreibung der Systemischen Therapie.....	3
2.2 Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren	4
2.3 Sektorenübergreifende und damit einheitlichen Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit.....	7
2.3.1 Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens.....	8
2.3.1.1 Ergebnisse des IQWiG-Abschlussberichtes	8
2.3.1.2 Bewertung durch den G-BA.....	11
2.3.1.3 Fazit zum sektorenübergreifenden Nutzen.....	14
2.3.2 Sektorenübergreifende Bewertung der medizinischen Notwendigkeit	14
2.3.2.1 Relevanz der medizinischen Problematik	15
2.3.2.2 Spontanverlauf der Erkrankung	16
2.3.2.3 Therapeutische Alternativen	17
2.3.2.4 Fazit zur medizinischen Notwendigkeit.....	17
2.4 Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext	18
2.4.1 Anwendung des Schwellenkriteriums	18
2.4.2 Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit im vertragsärztlichen Versorgungskontext	19
2.4.3 Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit im Versorgungskontext.....	19

2.5	Begründung der vorgenommenen Änderungen.....	19
3.	Würdigung der Stellungnahmen	22
4.	Bürokratiekostenermittlung	22
5.	Verfahrensablauf	22
6.	Fazit.....	24

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) überprüft u. a. gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue Methoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Methode vertragsärztlich zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden darf. Zu den vertragsärztlichen Leistungen gehören nach § 92 Absatz 6a i.V.m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V auch psychotherapeutische Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Weiterhin überprüft der G-BA im Rahmen seiner allgemeinen Beobachtungspflicht gemäß 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO), welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und geht begründeten Hinweisen nach, dass sie nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen.

Der G-BA regelt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 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

Der Antrag auf Bewertung der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen gemäß §§ 92 Absatz 6a i.V.m. 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V wurde am 27. Mai 2021 gestellt. Die sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen berücksichtigte die Ergebnisse des Abschlussberichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 27. Januar 2023, die Auswertung der beim G-BA anlässlich der Veröffentlichung des Beratungsthemas eingegangenen Stellungnahmen einschließlich der dort benannten Literatur sowie die Stellungnahmen der einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer. Auf dieser Grundlage wurde die sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext vorgenommen.

2.1 Beschreibung der Systemischen Therapie

Systemische Therapie ist nach dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) vom 14.12.2008 ein psychotherapeutisches Verfahren, welches psychische Symptome in einem interpersonellen Kontext betrachtet. Die Systemische Therapie sieht wechselseitige

intrapsychische (kognitiv-emotive) und biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen an. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen. Zwischen Verhalten und Erleben des sogenannten Indexpatienten und seinem sozialen Umfeld bestehen reziproke Wechselbeziehungen. Das Symptom des Indexpatienten wird als unangemessene Problemlösung psychosozialer Probleme gesehen. Der Behandlungsfokus der Systemischen Therapie liegt demnach in der Veränderung von Interaktionen zwischen Familienmitgliedern bzw. Mitgliedern des jeweiligen (familiären) Subsystems.

Als spezifisch systemorientierte diagnostische Verfahren werden im Gutachten des WBP psychometrisch evaluierte und anerkannte diagnostische Verfahren zur symptomorientierten Diagnostik, zur Diagnose familiärer und partnerschaftlicher Interaktionen (standardisierte Beobachtungsverfahren) und zur Fragebogendiagnostik der Einschätzung von Familie als Ganzem (z.B. Familien-Identifikationstest FIT), zur Partnerschaft (z. B. Partnerschafts-Fragebogen PFB), zur Eltern-Kind-Beziehung, zu Erziehungsstilen und zu Geschwisterbeziehungen genannt.

Eine Besonderheit der Systemischen Therapie ist nach dem Gutachten des WBP der Einsatz symbolisch-metaphorischer Verfahren (u. a. Genogramm und Familienskulptur). Weiterhin werden im Rahmen der Forschung Verfahren zur Therapieevaluation und Qualitätssicherung sowie Ratings zum Therapeutenverhalten und zur Manualtreue beschrieben.

2.2 Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren

Die Bewertung des Nutzens neuer Verfahren der Psychotherapie erfolgt anhand der Vorgaben des § 135 Absatz 1 SGB V und 2. Kapitel VerfO. Darüber hinaus gelten für die Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren für die vertragsärztliche Versorgung besondere Regelungen.

Nach § 20 Absatz 1 Nummer 1 Psychotherapie-Richtlinie¹ (PT-RL) ist für die Aufnahme eines Psychotherapieverfahrens in die PT-RL zunächst die wissenschaftliche Anerkennung für eine vertiefte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin/zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch den WBP gemäß § 11 PsychThG erforderlich.

Darüber hinaus ist gemäß § 20 Absatz 1 Nummer 3 i.V.m. § 20 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis 5 PT-RL der Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und

¹ Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie: Psychotherapie-Richtlinie [online]. [Zugriff: 27.09.2023]. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf.

Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der VerfO² mindestens in besonders versorgungsrelevanten Anwendungsbereichen der PT-RL zu erbringen (sog. „Schwellenkriterium“^{3,4}).

In den Tragenden Gründen vom 20.12.2007 sind die Rechtsgrundlagen und die Eckpunkte für die damalige Entscheidung des G-BA zur Einführung des Schwellenkriteriums dargelegt.⁵ So wurde festgehalten, dass *„die Rechtsgrundlagen in § 92 Absatz 6a Satz 1 i.V.m. § 135 Absatz 1 SGB V die Beurteilung der Geeignetheit eines psychotherapeutischen Behandlungsverfahrens auf der Grundlage einer indikationsbezogenen Bewertung gebieten“*. Andererseits sehe *„das sozialrechtliche Leistungserbringungsrecht die Möglichkeit einer indikationsbezogenen Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren und von hierfür qualifizierten Leistungserbringern nicht vor“*. Denn vertragsärztlich zugelassene psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind sozialrechtlich berechtigt, *„die gesetzlich Krankenversicherten grundsätzlich ohne Beschränkung in Bezug auf alle in den Psychotherapie-Richtlinien definierten Anwendungsgebiete zu behandeln. Dem entspricht die Struktur der ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung, die keine Entscheidungs- oder Zuweisungsinstanz von Patienten zu Therapeuten je nach Indikation vorhält.“*⁶

Aus diesen Gründen wurde in § 20 Absatz 1 Nummer 3 der PT-RL festgelegt, *„dass für Verfahren der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“ „ein Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA mindestens für die Anwendungsbereiche § 27 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 9 (nur Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens) zu erbringen“* ist. *„Soweit der Nachweis lediglich für zwei dieser Anwendungsbereiche erfolgt, ist zusätzlich ein Nachweis für mindestens zwei der Anwendungsbereiche § 27 Absatz 1 Nummer 3 bis 9 (mit Ausnahme Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens), Absatz 2 Nummer 1 bis 4 zu erbringen. Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.“* Dies gewährleiste, *„dass nur solche Verfahren zur Versorgung der Versicherten zugelassen werden, die das Versorgungsgeschehen in den relevanten Bereichen abzudecken vermögen. Das mit der Regelung verfolgte Ziel, nur solche Verfahren zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zuzulassen, die aufgrund der wissenschaftlichen Beleglage die Gewähr für eine umfassende psychotherapeutische Versorgung bieten, entspricht somit dem Leitbild psychotherapeutischer Leistungserbringung im Sinne des SGB V.“*⁷

2 Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfahrensordnung [online]. [Zugriff: 27.09.2023]. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3198/VerfO_2023-04-20_iK_2023-07-22.pdf.

3 vgl. Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie- Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums vom 20. Dezember 2007 [online]. Berlin (GER): G-BA, 2007. [Zugriff: 27.09.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-576/2007-12-20-Psycho-Schwellenkriterium_BAnz.pdf.

4 Tragende Gründe zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums vom 20. Dezember 2007 [online]. Berlin (GER): G-BA, 2007. [Zugriff: 27.09.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-492/2007-12-20-Psycho-Schwellenkriterium_TrG.pdf.

5 ebd.

6 ebd. (Seite 7).

7 ebd. (Seite 7)

In diesem Sinne ist eine „indikationsbezogene Bewertung nach § 135 Absatz 1 SGB V“ somit nur „eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung, um die Geeignetheit von psychotherapeutischen Verfahren für die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten beurteilen zu können.“⁸

Die Regelung in § 20 Absatz 1 Nummer 3 PT-RL zur Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren und -methoden stellt insofern eine Verbindung von indikationsbezogener, evidenzbasierter Methodenbewertung einerseits und verfahrensbezogener, indikationsübergreifender Zulassung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten andererseits dar.

Nach einem Urteil des BSG ist die „Entscheidung des G-BA für ein indikationsbezogenes Schwellenkriterium als Voraussetzung für eine positive Richtlinienempfehlung nach § 92 Absatz 6a SGB V ... sachgerecht.“⁹

Ein wichtiger Grundsatz bei der Regelung zum Schwellenkriterium war, dass ein „zur Krankenbehandlung geeignetes Verfahren ... eine so große Bandbreite an Indikationen abdecken“ sollte, dass „eine umfassende Versorgung der Versicherten gewährleistet bleibt“¹⁰.

Demnach sind für die Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens für Kinder- und Jugendliche durch den G-BA gemäß § 20 Absatz 1 Nummer 3 PT-RL erforderlich:

Entweder

A)

Mindestens der Nutznachweis für die beiden Anwendungsgebiete

- affektive Störungen (depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie) und
- Angst- und Zwangsstörungen

und

zusätzlich der Nutznachweis für

- Hyperkinetische Störungen oder
 - Störungen des Sozialverhaltens
- aus dem Anwendungsbereich Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

oder

B)

Mindestens der Nutznachweis bei

- Affektiven Störungen und Angst- und Zwangsstörungen

oder

8 ebd. (Seite 6)

9 BSG: Urteil vom 28. Oktober 2009, B 6 KA 11/09 R, Rn. 46, zitiert nach juris

10 Tragende Gründe zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums vom 20. Dezember 2007 [online]. Berlin (GER): G-BA, 2007. [Zugriff: 27.09.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-492/2007-12-20-Psycho-Schwellenkriterium_TrG.pdf (Seite 12).

- Affektive Störungen und Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens
oder
- Angst- und Zwangsstörungen und Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens

und

zusätzlich der Nutznachweis bei mindestens zwei der Anwendungsbereiche nach § 27 Absatz 1 Nummer 3 – 9 PT-RL

- Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen);
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen;
- Essstörungen;
- Nichtorganische Schlafstörungen;
- Sexuelle Funktionsstörungen;
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen;
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (mit Ausnahme Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens).

Im Einzelfall kann anstelle eines Nutznachweises in einem der zuletzt genannten Anwendungsbereiche - je nach Studienlage - ein Nutznachweis durch Studien zu „gemischten psychischen Störungen“ anerkannt werden.

Gemäß den Tragenden Gründen zum Schwellenkriterium ist bei einem Nutznachweis bei Affektiven Störungen, Angst- und Zwangsstörungen sowie Hyperkinetischen Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens *„davon auszugehen, dass sowohl über zwei Drittel der bevölkerungsepidemiologisch überhaupt auftretenden psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter als auch über zwei Drittel der in der Versorgung von psychisch Kranken psychotherapeutisch zu behandelnden Krankheitskomplexe bei Kindern und Jugendlichen abgedeckt werden.“*¹¹

Die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen wurde durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie am 14. Dezember 2008 festgestellt.¹² Die Voraussetzung des § 20 Absatz 1 Satz 1 PT-RL wird somit erfüllt.

2.3 Sektorenübergreifende und damit einheitliche Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit

Gemäß 2. Kapitel § 7 Absatz 1 Buchstabe a VerfO ist zunächst eine sektorenübergreifende und damit einheitliche Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit

¹¹ ebd., S. 13

¹² Wissenschaftlicher Beirat. Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie [online]. [Zugriff: 26.09.2023] https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/WBP/GutachtenSystemischeTherapie20081214-1.pdf

durchzuführen. Daran schließt sich eine sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext an.

2.3.1 Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens

Die Bewertung des Nutzens der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren erfolgte insbesondere auf der Grundlage des Abschlussberichts des IQWiG vom 27. Januar 2023¹³.

2.3.1.1 Ergebnisse des IQWiG-Abschlussberichtes

Der IQWiG-Abschlussbericht stellt die Recherche und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur „Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen“ dar. Im Bericht werden die Fragen nach dem Nutzen und dem Schaden der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Störung hinsichtlich der patientenrelevanten Endpunkte Mortalität, Morbidität, Lebensqualität und Funktionsniveau untersucht. Als Vergleichsinterventionen wurden berücksichtigt:

Psychotherapie i. S. der PT-RL, Psychotherapie, die keiner Richtlinienpsychotherapie entspricht, medikamentöse Behandlung mit für die jeweilige Indikation in Deutschland zugelassenen Arzneimitteln, sonstige Behandlung (z.B. Beratungsangebot) sowie Placebo oder keine Behandlung.

Im IQWiG-Bericht wurden ausschließlich randomisiert kontrollierte Studien („randomised controlled trials“, RCTs) berücksichtigt. In den Studien musste eine valide Diagnosestellung einer in der ICD-10 oder im DSM-5 oder einer Vorgängerversion klassifizierten psychischen Störung dargestellt sein. Insgesamt beruhen die Ergebnisse auf der Auswertung von 42 Studien mit verwertbaren Daten.

Die Studien wurden den jeweiligen Anwendungsbereichen gem. § 27 PT-RL zugeordnet. Studien mit verwertbaren Daten lagen für sieben Anwendungsbereiche der PT-RL vor: Affektive Störungen, Angststörungen und Zwangsstörungen, Essstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen.

Folgenden Anwendungsbereichen der PT-RL ließ sich keine Studie zuordnen: Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, Nichtorganische Schlafstörungen, Sexuelle Funktionsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen, Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe sowie Schizophrene und affektive psychotische Störungen.

13 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).; Abschlussbericht; Auftrag N21-03 [online]. Köln (GER): IQWiG; 27.01.2023. [Zugriff: 27.09.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1507). URL: [N21-03 - Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen - Abschlussbericht - Version 1.0 \(iqwig.de\)](https://www.iqwig.de/de/abschlussbericht-n21-03-systemische-therapie-bei-kindern-und-jugendlichen-version-1.0)

Zusätzlich wurde im IQWiG-Abschlussbericht eine Studie den „gemischten Störungen“ zugeordnet, welche keinen eigenen Anwendungsbereich gem. § 27 der PT-RL darstellen. In § 20 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis Satz 5 sowie Absatz 3 Satz 2 der PT-RL ist geregelt, dass anstelle eines Nutznachweises in einem der Anwendungsbereiche der PT-RL je nach Studienlage im Einzelfall ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten psychischen Störungen anerkannt werden kann.

Im IQWiG-Abschlussbericht zur Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen wurden folgende Nutzaussagen zu den Anwendungsbereichen gem. der PT-RL berichtet:

Affektive Störungen

Im Vergleich zu einer Richtlinien-Psychotherapie wird bezogen auf die Endpunkte Major Depression und dysthyme Störung ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der Systemischen Therapie berichtet (Basis: 2 RCTs).

Im Vergleich zu Placebo bzw. keiner Behandlung wird bezogen auf den Endpunkt depressive Symptomatik ein Anhaltspunkt für einen Nutzen berichtet (Basis: 2 RCTs, N=32, N=20).

Angststörungen und Zwangsstörungen

Im Vergleich zu einer Richtlinien-Psychotherapie wird bezogen auf die Endpunkte Symptome der Zwangsstörung, globale Beurteilung Veränderung von Symptomatik/Belastung/Funktionsniveau sowie allgemeines und soziales Funktionsniveau ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Systemischen Therapie als add-on zu einer Richtlinienpsychotherapie berichtet (in den Vergleich ging überwiegend die Studie von Peris 2013 ein: 12 Sitzungen KVT + 6 Sitzungen Familientherapie).

Im Vergleich zu Placebo bzw. keiner Behandlung wird bezogen auf den Endpunkt Symptomatik der sozialen Phobie ein Anhaltspunkt für einen Nutzen berichtet (Basis: 1 RCT, N=24).

Essstörungen

Für diesen Bereich wird bezogen auf die Endpunkte Essanfälle und kompensatorische Maßnahmen, Essstörung, Körpergewicht, Symptomatik der Anorexia nervosa, Symptomatik der Bulimia nervosa sowie Hospitalisierung kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen oder Schaden der Systemischen Therapie gegenüber einem PT-RL-Verfahren berichtet (Basis: 3 RCTs). Ein vergleichbarer Nutzen der Systemischen Therapie gegenüber einem PT-RL-Verfahren blieb in der Gesamtschau aller Ergebnisse unklar.

Im Vergleich zu einer Psychotherapie (kein PT-RL-Verfahren) wird bezogen auf die Endpunkte Essanfälle und kompensatorische Maßnahmen, Körpergewicht, Körpergewicht/Symptomatik der Anorexia nervosa, Menstruation, Symptomatik der Anorexia nervosa sowie Hospitalisierung ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie berichtet (Basis: 5 RCTs).

Im Vergleich zu einer sonstigen Behandlung wird bezogen auf den Endpunkt Amenorrhö und Körpergewicht/Symptomatik der Anorexia Nervosa ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie als add-on zu einer sonstigen Behandlung berichtet (Basis: 1 RCT).

Hyperkinetische Störungen (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)

Im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren wird bezogen auf die Endpunkte exekutive Funktionen, externalisierendes Verhalten, allgemeines und soziales Funktionsniveau und Abbruch wegen unerwünschter Ereignisse kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen der Systemischen Therapie (Basis: 1 RCT) berichtet. Ein vergleichbarer Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie blieb unklar.

Im Vergleich zu einer medikamentösen Behandlung wird bezogen auf die Endpunkte Symptome mit Bezug zur ADHS (der Operationalisierung Lernprobleme wurde in diesem Vergleich die größte inhaltliche Bedeutung zugewiesen) und Sozialverhaltensprobleme ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Systemischen Therapie als add-on zu einer medikamentösen Behandlung berichtet (Basis: 1 RCT, aus dem Chinesischen übersetzt, teilweise nicht eindeutig übersetzt).

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren wird bezogen auf die Endpunkte Substanzkonsum (Cannabis), Cannabiskonsumstörung und Symptome einer Cannabiskonsumstörung ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Systemischen Therapie berichtet (Basis: 2 RCT, davon 1 RCT mit 5 Studienzentren, N= 450).

Im Vergleich zu einer sonstigen Behandlung wird bezogen auf die Endpunkte Substanzkonsum (Laboranalysen) und Substanzkonsum (Cannabis) ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie berichtet (Basis: 2 RCTs).

Gemischte Störungen

Darüber hinaus wird im IQWiG-Bericht mit Blick auf eine Studie, die keinem der Anwendungsbereiche der PT-Richtlinie zugeordnet werden kann, für die gemischten Störungen bezogen auf den Endpunkt Verhaltensprobleme ein vergleichbarer Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie abgeleitet (Basis: 1 RCT). In dieser Studie (Szapocznik, 1989) wurden lt. IQWiG-Bericht anteilig folgende psychische Störungen untersucht: oppositionelle Störung: 32 %; Angststörung: 30 %; Verhaltensstörung: 16 %; Anpassungsstörung: 12 %; andere Störungen: 10%.

Weitere Anwendungsbereiche

Für die weiteren Anwendungsbereiche der PT-RL konnten im Abschlussbericht entweder keine Anhaltspunkte für einen Nutzen der Systemischen Therapie ermittelt werden oder es lagen keine verwertbaren Daten für die entsprechenden Vergleiche vor.

Weder ein (höherer) Nutzen noch ein vergleichbarer Nutzen der Systemischen Therapie wurde in den Anwendungsbereichen Störungen des Sozialverhaltens und Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen festgestellt. In beiden Anwendungsbereichen ließ sich lt. IQWiG-Bericht kein Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative erkennen.

Mit Ausnahme von drei Studien wurden in den eingeschlossenen Studien unerwünschte Ereignisse nicht erfasst. In den Anwendungsbereichen, in denen Anhaltspunkte bzw. Hinweise auf einen Nutzen der Systemischen Therapie festgestellt wurden, erlaubten die vorhandenen Daten zur Kernsymptomatik der jeweiligen Störung und zum allgemeinen und sozialen Funktionsniveau zumindest in begrenztem Umfang Aussagen über das Schadenspotenzial der Systemischen Therapie. Insgesamt deuten die vorliegenden Studiendaten nicht auf ein erhöhtes Schadenspotenzial der Systemischen Therapie hin.

Im Abschlussbericht wird darauf hingewiesen, dass die Nutzenbewertung teilweise auf Ergebnissen von nur einer Studie basierten und dass eine metaanalytische Zusammenfassung oftmals aufgrund der geringen Studienanzahl nicht möglich gewesen sei. Insgesamt sei das Verzerrungspotential der meisten Studien hoch gewesen. Zudem sei innerhalb eines Anwendungsbereichs nicht geprüft worden, ob die Evidenz für die Störungen mit vorliegender Evidenz auf die Störungen ohne vorliegende Evidenz übertragen werden kann. Hierfür seien klinische und ggfs. epidemiologische Faktoren zu berücksichtigen.

2.3.1.2 Bewertung durch den G-BA

Die Bewertung durch den G-BA basiert auf den Ergebnissen des IQWiG-Berichts N21-03 vom 27. Januar 2023¹⁴.

Affektive Störungen

Für diesen Anwendungsbereich kann aus Sicht des G-BA kein Nutzen der Systemischen Therapie abgeleitet werden, da im Vergleich zu einer Richtlinienpsychotherapie ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der Systemischen Therapie bezogen auf die Endpunkte Major Depression und dysthyme Störung auf Basis von 2 RCTs vorliegt. Dieser Befund wird nicht aufgewogen durch den Anhaltspunkt für einen Nutzen im Vergleich zu Placebo bzw. keiner Behandlung aus 2 RCTs (N=32, N=20).

Angststörungen und Zwangsstörungen

Im Vergleich zu einer Richtlinien-Psychotherapie wurde im IQWiG-Bericht ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Systemischen Therapie festgestellt. Die Aussagekraft dieses Ergebnisses ist jedoch dadurch eingeschränkt, dass in der ergebnisrelevanten Studie von Peris 2013 die Systemische Therapie als Add-on mit 6 Sitzungen Familientherapie zusätzlich zu 12 Sitzungen KVT (kognitiver Verhaltenstherapie) zur Anwendung kam. Die Studie von Peris 2013/2017 untersuchte eine spezielle Intervention, nämlich eine Kombination aus kognitiver

¹⁴ ebenda.

Verhaltenstherapie (Exposition und Reaktionsverhinderung) und Systemischer Therapie bei Kindern mit Zwangsstörung und problematischer Familiendynamik. Alle Kinder erhielten 12 KVT Sitzungen. Im Interventionsarm erhielten die Kinder mit ihren Familien 6 wöchentliche Sitzungen Systemische Therapie, während die Familien in der Vergleichsbedingung 30-minütige Treffen in Form einer Psychoedukation nach jeder Einzelsitzung mit dem Kind erhielten. Die Systemische Therapie im Interventionsarm wurde vom IQWiG als systemisch-integrativer Ansatz (mit verhaltenstherapeutischen Elementen) eingestuft. Insgesamt sieht der G-BA diese Studienergebnisse als übertragbar auf Behandlungssituationen an, in denen die Psychotherapie durchgehend als Systemische Therapie durchgeführt wird. Der Grund dafür ist, dass die Systemische Therapie den Schwerpunkt der Prüflintervention bildete und die Intervention auf Basis eines systemischen Störungsmodells mit dem Ziel der Veränderung von Familiendynamiken durchgeführt wurde. Dies war nicht nur durch die zusätzlichen 6 Sitzungen Familientherapie, sondern auch durch andere therapeutische Elemente der Gesamtintervention gegeben (z. B. durch Familienübungen zur Affektregulation).

Das außerdem berichtete Ergebnis aus dem Vergleich zu Placebo bzw. keiner Behandlung, für das bezogen auf den Endpunkt Symptomatik der sozialen Phobie ein Anhaltspunkt für einen Nutzen berichtet wird, ist eingeschränkt auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar, da es sich hier um eine kleine RCT (N=24) ausschließlich mit männlichen, iranischen Jugendlichen handelt. Die Ergebnisse weisen jedoch in dieselbe Richtung wie die Ergebnisse aus dem Vergleich zur Richtlinien-Psychotherapie.

Zusammengenommen kommt der G-BA insgesamt zu dem Ergebnis, dass für diesen Anwendungsbereich ein Nutzen der Systemischen Therapie vorliegt.

Essstörungen

Der G-BA sieht insgesamt einen Nutzen der Systemischen Therapie in diesem Anwendungsbereich der PT-RL, der sich vor allem aus einem Anhaltspunkt im Vergleich zu einer Psychotherapie, die kein PT-RL-Verfahren darstellt, auf Basis von fünf Studien herleitet. Die dort gefundenen positiven Effekte der Systemischen Therapie im Vergleich zu Interventionen, die verschiedene psychotherapeutische Elemente enthielten, sieht der G-BA als hinreichend für eine Anerkennung des Nutzens im Anwendungsbereich Essstörungen an, auch wenn im Vergleich zur Richtlinientherapie der Nutzen der Systemischen Therapie unklar blieb. Zusätzlich wird die Nutzensaussage noch unterstützt durch einen Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie als Add-on zu einer sonstigen Behandlung auf Basis einer Studie.

Hyperkinetische Störungen (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)

Der G-BA sieht den Nutzen der Systemischen Therapie für den Anwendungsbereich Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend als hinreichend an. Er bezieht sich dabei auf den Vergleich zu einer medikamentösen Behandlung, für den

bezogen auf die Endpunkte Symptome mit Bezug zur ADHS (der Operationalisierung Lernprobleme wurde in diesem Vergleich die größte inhaltliche Bedeutung zugewiesen) und Sozialverhaltensprobleme ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Systemischen Therapie als Add-on zu einer medikamentösen Behandlung berichtet wurde. Für die Diskussion der Add-on-Situation wird davon ausgegangen, dass eine medikamentöse Behandlung, wie sie in der Studie sowohl im Interventions- als auch im Kontrollarm erfolgt ist, die Behandlungsstrategie für große Teile der Betroffenen widerspiegelt und somit einen validen Vergleich darstellt (Barmer Arztreport 2013¹⁵). Da es sich bei der Systemischen Therapie um ein von der medikamentösen Therapie völlig verschiedenes Wirkprinzip handelt, liegen keine zwingenden Gründe für die Annahme vor, dass sie ohne eine medikamentöse Therapie unwirksam ist. Somit kann von einem Nutzen der Systemischen Therapie ausgegangen werden. Dieses Ergebnis ist für den G-BA ausschlaggebend, auch wenn für den Vergleich mit der Richtlinientherapie KVT weder ein geringerer, noch ein höherer Nutzen der Systemischen Therapie nachgewiesen werden konnte und ein vergleichbarer Nutzen unklar blieb.

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Im IQWiG-Bericht wurde ein höherer Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren auf Basis von 2 RCT, davon 1 RCT mit 5 Studienzentren, N= 450, und ein Anhaltspunkt für einen Nutzen im Vergleich zu einer sonstigen Behandlung festgestellt. Daher sieht der G-BA den Nutzen für diesen Anwendungsbereich als hinreichend gegeben an.

Gemischte Störungen

Zusätzlich zu den o.g. Nutzensaussagen zu den Anwendungsbereichen der PT-RL liegt für die gemischten Störungen ein vergleichbarer Nutzen der Systemischen Therapie gegenüber einem PT-RL-Verfahren, basierend auf der Studie von Szapocznik 1989, vor, welcher die Ergebnisse zum Nutzen der Systemischen Therapie in den o.g. Anwendungsbereichen der PT-RL unterstützt. Im Hinblick auf diesen festgestellten vergleichbaren Nutzen gegenüber Richtlinienpsychotherapie bedarf es – wie eingangs bereits dargelegt - nach § 20 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 der PT-RL einer umfassenden Abwägung im Einzelfall, inwieweit ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten Störungen in seiner Bedeutung einem Nutznachweis in einem der Anwendungsbereiche nach § 20 Absatz 1 Nummer 2 Satz 1 Buchstabe b gleichkommt.

15 Grobe TG, Bitzer EM, Schwartz FW. BARMER GEK Arztreport 2013: Auswertungen zu Daten bis 2011; Schwerpunkt Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen ADHS [online]. Berlin (GER): BARMER; 2013. [Zugriff: 27.09.2023]. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 18). URL: <https://www.barmer.de/resource/blob/1026910/b9048801692f51c00ca13857d8d8a5a/barmer-gek-arztreport-2013-data.pdf>.

Weitere Anwendungsbereiche

Für die weiteren Anwendungsbereiche der PT-RL konnte der G-BA aufgrund der im IQWiG-Abschlussbericht berichteten Evidenzlage keine Nutzenfeststellung für die Systemische Therapie treffen.

Es liegen keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit und zum Schaden der Systemischen Therapie vor. Auch der im Vergleich zu einer Richtlinien-Psychotherapie bei den Affektive Störungen geringere Nutzen der Systemischen Therapie ist nicht als Hinweis auf eine Unwirksamkeit oder einen Schaden durch die Systemischen Therapie zu werten.

Auch die Feststellungen des IQWiG, dass im Rahmen der Berichterstellung in den zwei o.g. Anwendungsbereichen kein Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative erkennbar war, ist nicht mit einer Unwirksamkeit oder einem Schaden gleichzusetzen.

Insgesamt ist bei der Ergebnislage zu berücksichtigen, dass Studien in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen nur mit Einschränkungen und deutlich schwieriger als bei den Erwachsenen durchzuführen sind.

2.3.1.3 Fazit zum sektorenübergreifenden Nutzen

In der zusammenfassenden Bewertung der dargelegten Aspekte kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass ein indikationsbezogener Nutzen der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen in folgenden Anwendungsbereichen vorliegt:

- Angst- und Zwangsstörung,
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Hyperkinetische Störungen),
- Essstörungen sowie
- Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Es liegen keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit oder zum Schaden der Systemischen Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen der PT-RL vor.

Im Hinblick auf den festgestellten vergleichbaren Nutzen der Systemischen Therapie gegenüber einer Richtlinien-Psychotherapie bei den gemischten Störungen bedarf es nach § 20 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 der PT-RL einer umfassenden Abwägung im Einzelfall, inwieweit ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten Störungen in seiner Bedeutung einem Nutznachweis in einem der Anwendungsbereiche nach § 20 Absatz 1 Nummer 2 Satz 1 Buchstabe b PT-RL gleichkommt.

2.3.2 Sektorenübergreifende Bewertung der medizinischen Notwendigkeit

Die sektorenübergreifende Bewertung der medizinischen Notwendigkeit erfolgt unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, Verlauf und Behandelbarkeit

durch bereits in der GKV-Versorgung etablierte diagnostische und therapeutische Alternativen.

2.3.2.1 Relevanz der medizinischen Problematik

Die repräsentative Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert-Koch-Institutes zeigte, dass in den Jahren 2003 bis 2006 jedes fünfte Kind in Deutschland (d.h. 20,0 %) psychisch auffällig war¹⁶. Auch bei der KiGGS Welle 2 ergab sich auf Basis von Auswertungsdaten der Jahre 2014 – 2017 eine Prävalenz von knapp 17 % für psychische Auffälligkeiten für 3 bis 17-jährige Kinder und Jugendliche¹⁷. Jungen waren mit 19,1 % häufiger betroffen als Mädchen mit 14,5 %.

Aus einer Publikation des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung aus dem Jahre 2018¹⁸ ergeben sich für das Jahr 2017 folgende Diagnoseprävalenzen zu psychischen Störungen in der Altersgruppe 0 - 17 Jahre:

Störungsbilder aus den Entwicklungsstörungen (F8) sind mit knapp 17 % die am häufigsten gestellten Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen, gefolgt von Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9) mit 11,24 % als zweithäufigster und Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) mit knapp 6 % als dritthäufigster Diagnose in der Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen (0-17 Jahre).

Bei den Verhaltens- und emotionalen Störungen stehen anteilmäßig vor allem die Hyperkinetischen Störungen (F90) mit 4 %, und andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98) mit 4,28 % sowie die Emotionalen Störungen des Kindesalters (F93) mit 2,86 % im Vordergrund. Bei den Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) sind dies vor allem Anpassungsstörungen (F43 ohne PTBS) mit 2,68 % und die Somatoformen Störungen (F45) mit 2,18 %.

Je nach Altersgruppe und Geschlecht ergeben sich teilweise andere Verteilungen der verschiedenen Diagnosen. So machen z.B. Affektive Störungen (F3) mit ca. 1,1 bzw. 1,2 % Diagnoseprävalenz einen verhältnismäßig geringen Anteil in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen (0-17 Jahre) aus. Hierbei ist zu beachten, dass depressive Störungen bei Kindern selten, bei Jugendlichen dann deutlich häufiger diagnostiziert werden. Jungen waren z.B. in allen Altersgruppen häufiger von Entwicklungsstörungen und anderen Verhaltens- und emotionalen Störungen betroffen als Mädchen.

16 **Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H.** Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *J Health Monit* 2018; 3: 37-45.

17 Die Erhebung der psychischen Auffälligkeiten erfolgte anhand Elternangaben des Stärken- und Schwächen Fragebogens (SDQ).

18 **Steffen A, Akmatov MK, Holstiege J, Bätzing J.** Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017, 2. Version [online]. Berlin (GER): Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi); 2018. [Zugriff: 27.09.2023]. (Versorgungsatlas-Bericht, Nr 18/07). URL: <https://doi.org/10.20364/VA-18.07>.

Eine ähnliche Verteilung der Diagnoseprävalenzen in der ambulanten Versorgung zeigen auch weitere Publikationen, die auf vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von Krankenkassen¹⁹ basieren.

Nach Wittchen et al. (2003) ist eine Gleichsetzung von „diagnostischer Prävalenz“ mit „Behandlungsbedarf“ problematisch: Zwar setze die Vergabe einer ICD-10-Diagnose zusätzlich zu den definierten Symptomkriterien, sowie den Dauer-, Schwere- und Frequenzmerkmalen ein klinisch bedeutsames Leiden, symptombedingte Einschränkungen und/oder aktives professionelles Hilfesuchverhalten voraus. Der individuelle Behandlungsbedarf hänge aber auch von der jeweiligen Motivation, von psychosozialen Rahmenbedingungen, der Verfügbarkeit von „first line treatments“ und Wirtschaftlichkeitskriterien, etc. ab. Trotzdem könne wissenschaftlich begründet bei jeder der Diagnosen von einem „zumindest“ niederschweligen Interventionsbedarf in bestimmten Phasen der Erkrankung ausgegangen werden²⁰.

§ 27 der PT-RL führt die möglichen Indikationen für eine Psychotherapie auf. Für die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Systemischer Therapie sind in Entsprechung zu den Ausführungen von Wittchen et al. (2003)²⁰ die Schwere der Erkrankung, das Ausmaß der Beeinträchtigung aufgrund der vorliegenden psychischen Störung, die subjektive Behandlungsbedürftigkeit der Kinder und Jugendlichen, die individuellen Voraussetzungen zu einer psychotherapeutischen Behandlung sowie ihre Lebensumstände und ihr soziales Umfeld und die Akzeptanz und Inanspruchnahme der zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen bei der Entscheidung zu berücksichtigen.

2.3.2.2 Spontanverlauf der Erkrankung

Der Verlauf einer psychischen Störung ist von der Art der jeweiligen Erkrankung sowie individuellen Faktoren im Sinne eines bio-psycho-sozialen Störungsmodells abhängig. Spontanremissionen können im Prinzip bei allen psychischen Störungen auftreten, variieren aber sehr stark und hängen im Einzelfall von spezifischen Faktoren ab (z.B. Art, Dauer und Schwere der Erkrankung, Erkrankungsalter, Geschlecht, Lebensumstände, soziale Unterstützung).

19 **Fegert JM, Kölch M, Krüger U.** Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland: Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse, Abschlussbericht [online]. Berlin (GER): Bundesministerium für Gesundheit; 2017. [Zugriff: 27.09.2023]. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche.pdf.

Greiner W, Batram M, Witte J. Kinder- und Jugendreport 2019. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern [online]. Hamburg (GER): DAK-Gesundheit; 2019. [Zugriff: 27.09.2023]. (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 31). URL: <https://www.dak.de/dak/download/dak-kinder-und-jugendreport-2019-2168336.pdf>.

Witte J, Zeitler A, Batram M, Diekmannshemke J, Hasemann L. Kinder- und Jugendreport 2022. Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie, Rapid Report [online]. Hamburg (GER): DAK-Gesundheit; 2022. [Zugriff: 27.09.2023]. URL: <https://www.dak.de/dak/download/dak-kjr22-vand-report-pdf-2572514>.

20 **Wittchen HU, Jacobi F, Hoyer J.** Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. In: Psychosoziale Versorgung in der Medizin: zugleich 2. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Hamburg: Pabst Science Publishers; 2003.

2.3.2.3 Therapeutische Alternativen

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen erfolgt aktuell durch für die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -Psychotherapeuten in den hierfür zugelassenen PT-RL-Verfahren.

An ambulanten Behandlungsalternativen stehen zudem auch kinder- und jugendpsychiatrische (bzw. -psychosomatische) Institutsambulanzen an Krankenhäusern oder an Hochschul- und Ausbildungsambulanzen zur Verfügung. Hier gibt es auch Spezialambulanzen für bestimmte Störungsbilder (z.B. ADHS bei Kindern und Jugendlichen, Autismus-Spektrum-Störungen, Soziale Angststörungen).

Wenn eine ambulante (psychotherapeutische) Behandlung der psychischen Störung nicht ausreicht oder zu keiner Verbesserung führt, können (teil-) stationäre Behandlungen notwendig werden.

Darüber hinaus kommen auch als Alternative die qualifizierte interdisziplinäre sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen gem. der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung und die Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen in Frage.

2.3.2.4 Fazit zur medizinischen Notwendigkeit

Unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, des Verlaufs und der Behandelbarkeit der in die Bewertung einbezogenen psychischen Störungen sieht der G-BA die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen als Psychotherapieverfahren als gegeben an.

2.3.3. Ergebnis der sektorenübergreifenden und damit einheitlichen Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit

Mit Beschluss des Unterausschusses Methodenbewertung (UA MB) vom 13. Juli 2023 wurde der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen für folgende Anwendungsbereiche der PT-RL als belegt angesehen:

- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Hyperkinetische Störungen)
- Essstörungen
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Außerdem wurde ein Nutzen in Studien für gemischte Störungen nachgewiesen.

Der UA MB hat zusätzlich festgestellt, dass keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit und zum Schaden der Systemischen Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen der PT-RL vorliegen.

Dieses Ergebnis wurde dem Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung (UA PPV) für die Durchführung der Beratungen zur sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext sowie zur Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 20 PT-RL und zur Anpassung der PT-RL übermittelt.

2.4 Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext

2.4.1 Anwendung des Schwellenkriteriums

Der UA MB hat den indikationsbezogenen Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen für folgende Anwendungsbereiche der PT-RL anerkannt:

- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Hyperkinetische Störungen)
- Essstörungen
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Zudem liegen keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit oder zum Schaden der Systemischen Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen der PT-RL vor.

Auf der Grundlage des Ergebnisses der sektorenübergreifenden und damit einheitlichen Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen (siehe 2.3) werden die Voraussetzungen gemäß § 20 Absatz 1 Nummer 3 PT-RL (sog. „Schwellenkriterium“, siehe dazu die Ausführungen unter 2.2) als erfüllt angesehen. Insgesamt ist daher die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen als Psychotherapieverfahren i. S. des § 20 PT-RL anzuerkennen.

2.4.2 Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit im vertragsärztlichen Versorgungskontext

Für eine gesundheitsökonomische Betrachtung der Systemischen Therapie ist es prinzipiell notwendig, in einem erforderlichen Umfang einerseits die Kosten für die Versorgung mit und ohne diese Methode sowie andererseits die Auswirkungen ihres Einsatzes zu quantifizieren, um schließlich die beiden Größen miteinander ins Verhältnis zu setzen. Für die konkrete Operationalisierung solcher Vergleiche sind verschiedene Verfahren der gesundheitsökonomischen Evaluation entwickelt worden. Da dem G-BA die erforderlichen Daten für eine umfassende Prüfung der Wirtschaftlichkeit im deutschen Versorgungskontext derzeit nicht zur Verfügung stehen, konnte keine abschließende Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie vorgenommen werden. Hinweise auf Unwirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie liegen dem G-BA auch nach orientierender Auswertung der vom IQWiG übermittelten Studien nicht vor.

2.4.3 Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit im Versorgungskontext

Die Systemische Therapie ist ambulant durchführbar. Die unter 2.3.2 dargestellten Betrachtungen treffen für den vertragsärztlichen Sektor zu. Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht aus den unter 2.3.2 genannten Gründen die Notwendigkeit der Anwendung der Systemischen Therapie in der vertragsärztlichen Versorgung als gegeben an.

2.5 Begründung der vorgenommenen Änderungen

Zu § 18

In § 18 PT-RL wird die Systemische Therapie als Behandlungsform der PT-RL definiert und nunmehr festgelegt, dass Systemische Therapie als Krankenbehandlung gemäß PT-RL auch bei Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen kann.

Zu § 30

Die neu eingefügten Nummern 7 und 10 regeln die Bewilligungsschritte für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen in der Langzeittherapie. Es wird festgelegt, dass für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen im ersten Bewilligungsschritt bis zu 36 Stunden beantragt werden können; einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden. Als Höchstgrenze sind 48 Stunden festgelegt.

Die Systemische Therapie nimmt für sich in Anspruch, mit vergleichsweise geringen Kontingenten Therapieeffekte zu erzielen. Das alleinige Rekurrenieren auf die Behandlungsdauer in den nutzenbegründenden Studien zur Festlegung der Kontingente erscheint nicht zielführend. In Studien wird die Behandlungsdauer in der Regel a priori unter pragmatischen Gesichtspunkten bezüglich der Feststellung eines Behandlungseffekts festgelegt; eine systematische Untersuchung der optimalen Behandlungsdauer erfolgt gerade nicht. So ist auch zu berücksichtigen, dass in der realen Versorgung häufiger psychische Komorbiditäten oder chronische Erkrankungen vorliegen, die einen Einfluss auf die Therapiedauer haben können – in klinischen Studien werden solche komplexe Fälle häufig nicht eingeschlossen oder nur spezifische Indikationen untersucht. Die PT-RL sieht in § 28 Absatz 2 vor, dass die Kontingente einen Behandlungsumfang darstellen sollen, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Zudem wird Psychotherapie in § 14 Absatz 1 PT-RL als eine besonders nachhaltige Behandlung beschrieben, die aufgrund ihrer Konzepte und Techniken grundsätzlich eine Rezidivprophylaxe als integralen Bestandteil der Abschlussphase einer solchen Therapie beinhaltet. Die hier festgelegten Kontingente tragen diesen Vorgaben Rechnung und erlauben ein therapeutisches Vorgehen in der Langzeittherapie, das dem individuellen Behandlungsbedarf angepasst werden kann, ohne neue Hürden aufzubauen. Die in § 30 PT-RL festgelegten Grenzen müssen daher auch die Möglichkeit von Kombinationsbehandlungen oder von einem Wechsel der Anwendungsform während des Behandlungsverlaufs berücksichtigen.

Speziell im Mehrpersonensetting der Systemischen Therapie finden therapeutische Sitzungen häufig unter Nutzung mehrerer Therapieeinheiten statt. Da sich das Kontingent auf Therapieeinheiten bezieht und für eine Doppelstunde im Mehrpersonensetting mit einer Patientin/einem Patienten entsprechend zwei Therapieeinheiten benötigt werden, würde ein Kontingent von 48 Therapieeinheiten 24 doppelstündigen Sitzungen im Mehrpersonensetting mit einer Patientin/einem Patienten entsprechen; das Kontingent wird daher für die – für die therapeutische Wirksamkeit notwendige – Zeit zur Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung und die ausreichende Einbeziehung von Bezugspersonen auch im Mehrpersonensetting als realistisch angesehen. Das Kontingent erlaubt darüber hinaus Therapieanträge mit wenig bürokratischem Aufwand, wie bereits in der PT-RL-Reform 2017 für die drei bestehenden Verfahren geregelt wurde und wie es dem gesetzlichen Auftrag entspricht. Das Kontingent berücksichtigt daher einerseits die spezifischen Besonderheiten der Systemischen Therapie, insbesondere vor dem Hintergrund des Einbezugs des sozialen Umfelds, und andererseits die therapeutischen Erfahrungen und stellt einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann.

Unabhängig von der Höhe der Kontingente müssen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß § 1 Absatz 3 Psychotherapie-Vereinbarung die Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlung beachten – auch in Bezug auf die Dauer bzw. den Umfang der Behandlung. Hierbei sollte zudem beachtet werden, dass im Rahmen der Methodenbewertung zwei Studien zu dem Ergebnis gekommen sind, dass

bei affektiven Störungen bereits bestehende Richtlinien-Psychotherapieverfahren der Systemischen Therapie überlegen sein können. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten prüfen regelhaft die Indikation für eine Systemische Therapie im Rahmen der Sprechstunde gemäß § 11 Absatz 10 PT-RL.

Die Einleitung einer Langzeittherapie bzw. die Umwandlung einer Kurzzeit- in eine Langzeittherapie wird von der Krankenkasse einer Gutachterin oder einem Gutachter vorgelegt und die beantragten Stunden werden im Einzelfall von der Krankenkasse bewilligt, womit dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung getragen ist. Die für die Behandlung gewählte Stundenanzahl in der Langzeittherapie, die auch unterhalb der in der PT-RL festgelegten Grenzen beantragt werden kann, ist daher ohnehin in Zusammenhang mit dem individuellen Behandlungsplan zu begründen und wird bei Erst- und Umwandlungsanträgen gutachterlich beurteilt, bevor die Krankenkasse eine Entscheidung zu ihrer Leistungspflicht gegenüber der Patientin oder dem Patienten äußert. Die Krankenkasse kann grundsätzlich jeden Antrag einer Gutachterin oder einem Gutachter zur Prüfung vorlegen, wenn sie dies für erforderlich hält.

Zu § 40 (Übergangsregelung)

In § 40 werden die Übergangsregelungen auf Gutachterinnen und Gutachter in Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen ausgeweitet. Für diese gelten grundsätzlich die gleichen Anforderungen wie für die Gutachterinnen und Gutachter der anderen Richtlinienverfahren. Da die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen bisher nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden konnte und nur wenige, staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute in Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen existieren, ist jedoch zu berücksichtigen, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme des neuen Verfahrens in die PT-RL nicht alle Bedingungen gleichermaßen von potenziellen Gutachterinnen und Gutachtern für Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen erfüllt werden können. Es ist daher erforderlich, Übergangsregelungen für die Anforderungen in § 36 Absatz 3 Nr. 3, Nr. 4, Nr. 5 und Nr. 6 zu schaffen. Diese sind bis zum 31. Dezember 2027 befristet. Der Gemeinsame Bundesausschuss geht davon aus, dass zu diesem Zeitpunkt die strukturellen Gegebenheiten eine Erfüllung aller Bedingungen des § 36 der PT-RL auch potenziellen Gutachterinnen und Gutachtern für die Systemische Therapie möglich machen. In Absatz 1 wurde die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie aufgenommen.

Redaktionelle Anpassungen

Die Verweise in der Psychotherapie-Richtlinie auf die Psychotherapie-Vereinbarung werden aufgrund der geänderten Fassung der Psychotherapie-Vereinbarung vom 15. September 2021, in Kraft getreten am 1. Oktober 2021, angepasst.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Hieraus haben sich keine Änderungen am Beschlussentwurf ergeben. Das Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel C der Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet.

4. Bürokratiekostenermittlung

Mit dem vorliegenden Beschluss wird die Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche als anerkanntes Psychotherapieverfahren in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen. Damit ändern sich die bereits vorhandenen Informationspflichten für Leistungserbringer. Es ist davon auszugehen, dass obwohl von einer Umverteilung der psychotherapeutisch zu versorgenden Patientinnen und Patienten ausgegangen werden kann, ein geringfügiger Mehraufwand entsteht. Hieraus resultierende Bürokratiekosten sind aufgrund der nicht abschätzbaren Patientenzahl aktuell nicht quantifizierbar.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
27.05.2021		Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V durch ein Unparteiisches Mitglied des G-BA
12.08.2021	UA MB	Ankündigung des Bewertungsverfahrens gemäß 2. Kapitel § 6 Absatz 1 VerfO (vorbehaltlich Plenum)
19.08.2021	G-BA	Annahme des Antrags und Einleitung des Bewertungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 Absatz 1 der VerfO Beauftragung des Unterausschusses Methodenbewertung mit der Durchführung der Nutzenbewertung Beauftragung des IQWiG mit der Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens „Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen“
26.08.2021		Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger
27.01.2023	IQWiG	Übermittlung des Abschlussberichtes an die Geschäftsstelle des G-BA

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
13.07.2023	UA MB	Übermittlung des Ergebnisses der sektorenübergreifenden und damit einheitlichen Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit des UA MB an den UA PPV
25.07.2023	UA PPV	Aufnahme der Beratungen zur sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext
10.10.2023	UA PPV	Schriftliche Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
28.11.2023	UA PPV	Mündliche Anhörung
05.12.2023	AG	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
28.11.2023	UA PPV	Würdigung der mündlichen Stellungnahmen und abschließende Beratung zur Vorbereitung der Beschlussfassung durch das Plenum
18.01.2024	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der PT-RL: Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen
20.03.2024		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
11.04.2024		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
12.04.2024		Inkrafttreten

6. Fazit

In der zusammenfassenden Bewertung kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren für folgende Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie als belegt anzusehen sind:

- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Hyperkinetische Störungen)
- Essstörungen
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Es liegen keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit oder zum Schaden der Systemischen Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie vor.

Auf der Grundlage des Ergebnisses der sektorenübergreifenden und damit einheitlichen Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen werden die Voraussetzungen gemäß § 20 Absatz 1 Nummer 3 PT-RL (sog. „Schwellenkriterium“) als erfüllt angesehen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie zur Aufnahme der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen.

Berlin, den 18. Januar 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Glinkastraße 35
10117 Berlin

Postanschrift:
11055 Berlin

Tel. +49 30 18 441-4514

bearbeitet von:
Dr. Josephine Tautz

Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungs-
programme (DMP), Allgemeine
medizinische Fragen in der GKV"

213@bmg.bund.de

www.bundesgesundheitsministerium.de

Ausschließlich per Fax: 030 - 275838105

**Betreff: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V
vom 18. Januar 2024**

**Bezug: Änderung der Richtlinie über die Durchführung der
Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei
Kindern und Jugendlichen**

Geschäftszeichen: 213 – 21432 – 07

Berlin, 20. März 2024

Seite 1 von 1

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 18. Januar
2024 über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der
Psychotherapie wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

Hinweis zu unseren Datenschutzinformationen:

Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten sind in der Datenschutzerklärung des BMG zu finden: www.bundesgesundheitsministerium.de „Stichwort:
Datenschutz“ ([Bundesgesundheitsministerium Datenschutz](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)). Sollten Sie keinen Internetzugang haben, kann die Information auf dem Postweg zugesandt werden.