

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 Anwendungsbereich 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 psychvotherapy* (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, Tossmann 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, Pinquart 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.