

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 einheitlichen 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 Prüfindervention 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