

Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen

DOKUMENTATION DER ANHÖRUNG ZUM VORBERICHT

Projekt: N21-03

Version: 1.0

Stand: 27.01.2023

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags

19.08.2021

Interne Auftragsnummer

N21-03

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Im Mediapark 8
50670 Köln

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

E-Mail: berichte@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis.....	iii
1 Dokumentation der Anhörung	1
2 Dokumentation der wissenschaftlichen Erörterung – Teilnehmerliste, Tagesordnung und Protokoll	2
2.1 Teilnehmerliste der wissenschaftlichen Erörterung	2
2.2 Liste der Stellungnahmen, zu denen keine Vertreterin bzw. kein Vertreter an der wissenschaftlichen Erörterung teilgenommen hat.....	2
2.3 Tagesordnung der wissenschaftlichen Erörterung	2
2.4 Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung	3
2.4.1 Begrüßung und Einleitung	3
2.4.2 Tagesordnungspunkt 1: Einschlusskriterium Population: Überschreitung von Cut-Offs auf Symptomskalen ausreichend für Studieneinschluss?.....	4
2.4.3 Tagesordnungspunkt 2: Einschlusskriterium Prüfintervention: Sind die Ansätze SBFT, BFST, RAP-P und PFIT überwiegend systemisch?	14
2.4.4 Tagesordnungspunkt 3: Verschiedenes	37
2.4.5 Während der Erörterung via Chat übermittelte Inhalte und Literaturangaben ..	40
Anhang A Dokumentation der Stellungnahmen	41

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BFST	Behavioral Family Systems Therapy
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
CES-D	Center for Epidemiological Studies-Depression Scale
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. Auflage)
E	Einschlusskriterium
FFT	Functional Family Therapy
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases (10. Auflage)
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
OCD	Obsessive-Compulsive Disorder
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PFIT	Positive Family Interaction Therapy
RAP-A	Resourceful Adolescent Program for Adolescents
RAP-P	Resourceful Adolescent Program for Parents
SBFT	Systemic-Behavioral Family Therapy
SKID	Structured Clinical Interview for DSM

1 Dokumentation der Anhörung

Am 19.08.2022 wurde der Vorbericht in der Version 1.0 vom 12.08.2022 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 16.09.2022 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurden 3 Stellungnahmen form- und fristgerecht abgegeben. Diese Stellungnahmen sind im Anhang A abgebildet.

Unklare Aspekte in den schriftlichen Stellungnahmen wurden in einer wissenschaftlichen Erörterung am 04.10.2022 im IQWiG diskutiert. Das Wortprotokoll der wissenschaftlichen Erörterung befindet sich in Kapitel 2.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des Vorberichts überprüft. Eine Würdigung der in der Anhörung vorgebrachten wesentlichen Aspekte befindet sich im Kapitel „Kommentare“ des Abschlussberichts. Im Abschlussbericht sind darüber hinaus Änderungen, die sich durch die Anhörung ergeben haben, zusammenfassend dargestellt. Der Abschlussbericht ist auf der Website des IQWiG unter www.iqwig.de veröffentlicht.

2 Dokumentation der wissenschaftlichen Erörterung – Teilnehmerliste, Tagesordnung und Protokoll

2.1 Teilnehmerliste der wissenschaftlichen Erörterung

Name	Organisation / Institution / Firma / privat
Filla, Christoph	Protokollant
Haun, Markus W.	Systemische Gesellschaft Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e. V. (SG) und Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) e. V.
Lange, Stefan	IQWiG (Moderation)
Markes, Martina	IQWiG
Messow, Claudia-Martina	IQWiG
Oelkers-Ax, Rieke	Familientherapeutisches Zentrum (FaTZ) Neckargemünd gGmbH
Retzlaff, Rüdiger	Systemische Gesellschaft Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e. V. (SG) und Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) e. V.
Seidel, David Henry	IQWiG
von Pluto Prondzinski, Markus	IQWiG
IQWiG: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	

2.2 Liste der Stellungnahmen, zu denen keine Vertreterin bzw. kein Vertreter an der wissenschaftlichen Erörterung teilgenommen hat

In der folgenden Tabelle werden Stellungnahmen genannt, zu denen trotz Einladung kein Stellungnehmender oder Vertreter zur wissenschaftlichen Erörterung erschienen ist.

Organisation / Institution / Firma / Privatperson
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e. V. (DPTV)

2.3 Tagesordnung der wissenschaftlichen Erörterung

	Begrüßung und Einleitung
TOP 1	Einschlusskriterium Population: Überschreitung von Cut-Offs auf Symptomskalen ausreichend für Studieneinschluss?
TOP 2	Einschlusskriterium Prüfintervention: Sind die Ansätze SBFT, BFST, RAP-P und PFIT überwiegend systemisch?
TOP 3	Verschiedenes
BFST: Behavioral Family Systems Therapy; RAP-P: Resourceful Adolescent Parent Program; PFIT: Positive Family Interaction Therapy; SBFT: Systemic-Behavioral Family Therapy	

2.4 Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung

Datum: 04.10.2022, 13:00 bis 14:48 Uhr

Ort: Online-Veranstaltung (via WebEx)

Moderation: Stefan Lange

2.4.1 Begrüßung und Einleitung

Moderator Stefan Lange: Einen schönen guten Tag! Mein Name ist Stefan Lange. Ich bin stellvertretender Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, kurz IQWiG, und begrüße Sie ganz herzlich zu der Erörterung zum Vorbericht N21-03 „Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen“.

Ich weiß es nicht, aber ich glaube, Herr Retzlaff, Sie waren schon mal bei einer Erörterung dabei.

Rüdiger Retzlaff: Das ist richtig.

Moderator Stefan Lange: Das ist richtig. Sie kennen also die Gepflogenheiten. Wir sind jetzt mit zwei Vertretern der Systemischen Gesellschaft hier. Wir hatten zwar noch Stellungnahmen von zwei anderen Fachgesellschaften, aber die konnten oder wollten nicht teilnehmen, sodass wir jetzt mit Ihnen alleine hier sind, was aber auch nicht so ein Riesenproblem ist, da Sie sozusagen die meisten für uns noch nicht ganz klaren Punkte angesprochen haben.

Vielleicht ganz kurz zu Beginn: Wir sind hier vertreten mit der Projektgruppe. Das sind Frau Markes, Frau Messow, Herr Seidel, Herr von Pluto Prondzinski und unsere externe Sachverständige Frau Oelkers-Ax.

Kurz zu den Regularien. Dieses Gespräch bzw. diese Erörterung wird protokolliert und aufgezeichnet. Das ist im Grunde genommen fast der wichtigste Punkt zu Beginn. Sie sind darüber informiert worden, dass das hier aufgezeichnet und mitprotokolliert wird, um daraus ein Wortprotokoll zu erstellen, das dann im Internet veröffentlicht wird. Sollten Sie Ihre Meinung diesbezüglich zwischenzeitlich geändert haben, müssten Sie mir das erstens sagen, und zweitens könnten Sie dann nicht mehr teilnehmen. Das sind unsere Gepflogenheiten, aber ich vermute, dass sich das nicht geändert hat. (Die Stellungnehmenden signalisieren weiterhin Zustimmung)

Ich würde vorschlagen, dass Sie, wenn Sie eine Wortmeldung haben, einfach dieses Handhebezeichen nutzen, das es geben müsste. – Genau. Dann werde ich Ihnen gerne das Wort erteilen.

Vielleicht noch zum Ablauf: Wir machen diese Erörterung, um für uns unklare Punkte aus Ihren Stellungnahmen erläutert zu bekommen. Das heißt, dass sich die Tagesordnung, die Ihnen zugeschickt worden ist, nicht auf die Aspekte erschöpft, wo wir glauben, dass sie in Ihrer Stellungnahme enthalten sind, sondern das sind Aspekte, wo wir noch Rückfragen haben. Alle anderen haben wir natürlich auch gelesen und werden die natürlich auch entsprechend berücksichtigen bzw. würdigen im Abschlussbericht. Da brauchen Sie sich keine Sorgen zu machen. Nur sind sie uns nicht unklar.

Falls Sie über die Tagesordnung hinaus noch irgendetwas loswerden wollen, was Sie jetzt in der Tagesordnung vermissen, dann haben wir noch den Punkt „Verschiedenes“. Da können Sie uns gerne noch das eine oder andere mit auf den Weg geben.

Last, but not least vielleicht noch zum Inhalt der Erörterung. Wir wollen uns hier nicht über grundsätzliche gesundheitspolitische Fragen unterhalten – das ist hier nicht der richtige Platz –, auch nicht über Rolle und Aufgabe des IQWiG oder des Gemeinsamen Bundesausschusses oder über das Zusammenspiel zwischen IQWiG und G-BA, sondern wirklich nur über die Inhalte unserer Bewertung.

Dann würde ich jetzt mal die Frage an Sie richten, Herr Retzlaff, Herr Haun, ob es Fragen oder Anmerkungen Ihrerseits gibt.

Rüdiger Retzlaff: Unserseits gibt es keine Fragen.

Moderator Stefan Lange: Gut. – Dann starten wir. Herr von Pluto Prondzinski, Herr Seidel, wer fängt an?

Markus von Pluto Prondzinski: Ich übernehme den Part, die Fragen zu stellen, und in die Diskussion steigen dann sicherlich auch alle anderen Projektgruppenmitglieder ein.

Dann würde ich gerne einführen in

2.4.2 Tagesordnungspunkt 1: Einschlusskriterium Population: Überschreitung von Cut-Offs auf Symptomskalen ausreichend für Studieneinschluss?¹

Hier geht es um das Einschlusskriterium Population. Und zwar beziehen Sie sich in Ihrer Stellungnahme auf eine Formulierung aus der Auftragskonkretisierung, die eine Spezifizierung des Populationskriteriums darstellt. Dort steht nämlich geschrieben:

¹ Während der als Videokonferenz durchgeführten wissenschaftlichen Erörterung wurden über die Chatfunktion des Videokonferenztools Inhalte zur Verfügung gestellt. Diese Inhalte sind in Abschnitt 2.4.5) in der Reihenfolge ihrer Erwähnung wiedergegeben. Im Laufe der Diskussion zu Tagesordnungspunkt 1 wurden die folgenden Literaturangaben eingestellt:

Sofern keine Diagnose aus einem der beiden Klassifikationssystemen vorliegt – gemeint sind also ICD-10 und DSM-5 –, muss die Krankheitswertigkeit der untersuchten psychischen Symptomatik durch ein allgemein anerkanntes, standardisiertes psychodiagnostisches Testverfahren, das die Testgütekriterien erfüllt, nachgewiesen sein.

Das war also das Zitat aus der Auftragskonkretisierung. Mit Blick auf diese Formulierung fordern Sie den Einschluss mehrerer Studien, für die wir das Einschlusskriterium zur Population als nicht erfüllt angesehen haben. Wir haben diese Studien also aus der Bewertung ausgeschlossen.

Es handelt sich um Studien, in denen die Studienpopulation für den Einschluss in die Studie eine bestimmte Ausprägung auf Symptomskalen aufweisen musste, ohne dass das Bestehen einer psychischen Störung erforderlich war. Das ist ganz wichtig. Dadurch zeichnen sich diese Studien, auf die Sie uns da hinwiesen, nach unserem Eindruck aus. Ein Beispiel für eine solche Studie ist die Studie Kramer 2014, in der die Studienteilnehmer, auf der Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, also kurz CES-D – das ist eine Skala zur Erfassung depressiver Symptomatik –, einen Wert von mindestens 22 erreichen mussten, um eingeschlossen zu werden. Diagnosen einer psychischen Störung, zum Beispiel Depressionsdiagnosen, waren nicht Teil der Einschlusskriterien und wurden auch nicht im Ergebnisteil berichtet.

In der Stellungnahme fügen Sie jetzt hinzu, dass die Validität und die Reliabilität von Diagnosen, die anhand psychometrischer Messverfahren gestellt werden, für zahlreiche Störungen regelhaft der Güte der kategorialen Diagnosestellung ausschließlich auf Basis von ICD oder DSM überlegen seien.

Unserer Frage, die gleich kommt, möchten wir noch eine Bemerkung voranstellen, nämlich – und das ist ganz wichtig –: Im Rahmen der Nutzenbewertung musste sicher sein – das war auftragsgemäß so, und das haben wir auch in der Berichtsmethodik so dargelegt –, dass es sich bei der Studienpopulation um Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Störung handelte. Was wir also zu Beginn klarmachen wollen, ist, dass diese Formulierung aus der Auftragskonkretisierung einfach nur auf eine Operationalisierung dieses Merkmals „Diagnose einer psychischen Störung“ verweist.

1) Fried, E. I., Coomans, F., & Lorenzo-Luaces, L. (2020). The 341 737 ways of qualifying for the melancholic specifier. *The Lancet. Psychiatry*, 7(6), 479–480. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30169-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30169-3).

2) Fried EI, Nesse RM. Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *J Affect Disord*. 2015 Feb 1;172:96-102. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.010. Epub 2014 Oct 14. PMID: 25451401; PMCID: PMC4397113.

Und jetzt kommt auch unsere Frage: Möchten Sie uns darauf hinweisen, dass in diesen Studien die Überschreitung eines bestimmten Wertes auf einer der Symptomskalen ein sicheres Indiz für das Vorliegen einer psychischen Störung ist? Wenn ja, wie würden Sie das begründen?

Moderator Stefan Lange: So, the floor is open. Das waren jetzt wahrscheinlich ein bisschen viele Informationen. Herr Retzlaff, Herr Haun, könnten Sie uns dazu noch was klarstellen?

Markus Haun: Ich kann das gerne machen.

Moderator Stefan Lange: Bitte.

Markus Haun: Ich habe noch mal versucht, das zu recherchieren. Mir ist keine Studie bekannt, die jetzt SKID und CES-D für diese Populationen hinsichtlich der Testgüte vergleicht. Ich denke, worum es uns noch mal ging, war, letztlich darauf hinzuweisen, dass bei diesen Schätzungen, die Vanheule durchgeführt hat, für 4 % der Diagnosen, die in dem DSM hinterlegt sind, überhaupt nur sozusagen eine sinnvolle Schätzung zur Reliabilität besteht aufgrund von empirischen Daten. Insofern argumentieren wir hier aus meiner Sicht damit, dass wir sagen, es gibt zwar keinen Hinweis darauf, dass es ebenbürtig ist, aber es ist auch nicht auszuschließen. Letzten Endes ist es nicht empirisch überprüft worden, aber wir haben sozusagen einen Wert, der eindeutig für eine klinische Belastung spricht, und uns ist nicht ganz klar, wie das im Zuge der Auftragskonkretisierung sozusagen kategorisch exkludiert wird.

Ich denke schon, es wäre wünschenswert, jetzt eine Studie zu haben, die das direkt vergleicht. Die ist mir nicht bekannt. Aber uns war es wichtig, das zumindest als Hinweis noch mal einzubringen.

Moderator Stefan Lange: Okay. – Herr Retzlaff, wollten Sie noch was? – Bitte.

Rüdiger Retzlaff: Vielleicht darf ich ergänzen. Wir haben einen Screenshot von Robbins aus den USA beigefügt, der noch mal erläutert hat, dass vor etlichen Jahren seine Arbeitsgruppe mit damals sehr üblichen Skalen gearbeitet hat, aber eben nicht mit DSM-Diagnosen, aber dass die dem entsprechen würden. Ich glaube, in der klinischen Praxis ist es eigentlich ohnehin üblich, dass man schaut, dass sich Symptome entsprechend den Skalen reduzieren durch eine Therapie – – (Tonprobleme bei der Videoübertragung)

Moderator Stefan Lange: Jetzt hören wir Sie nicht mehr.

Rüdiger Retzlaff: Von daher glaube ich ... (Tonprobleme bei der Videoübertragung) ein valides Kriterium ist, wenn die Symptome dann an bestimmten Ausprägungen vorliegen.

Moderator Stefan Lange: Zwischenzeitlich waren Sie nicht zu hören. Aber vielleicht haben wir doch das Wesentliche gehört.

Herr Haun, Sie haben sich noch mal gemeldet?

Markus Haun: Ja, ich will ... (akustisch unverständlich) auch ein inhaltliches Argument bringen. Das sind unpublizierte Daten. Wir machen hier in der Klinik regelhaft beides, dass wir zum einen das SKID durchführen und zum anderen sozusagen nicht CES-D, aber PHQ-9 einsetzen, und wir haben einfach einen sehr großen Anteil der Patienten, die klinisch hochbelastet sind und auf diesen Skalen nicht unbedingt die Cut-Offs erreichen. Es lässt sich oft auch gut kontextualisieren, weil die beispielsweise ein sehr hohes Leistungsverständnis haben, weil sie möglicherweise noch gar keine eigene Einsicht haben und auch gar kein Vokabular haben, um sich sozusagen psychisch selbst zu beschreiben. Das ist eine große Gruppe, und wir stellen das immer wieder klar, dass sich das nicht unbedingt in Skalen niederschlagen muss oder nicht so ausgeprägt, dass man sehr hohe Belastungen misst. Das wäre ein Argument dafür, dass man einerseits auf den Skalen möglicherweise auch erhöhte Werte misst, die andererseits nicht die Cut-Offs für schwere Ausprägungen reißen, insbesondere dann nicht, wenn man sich das gemittelt über Gruppen anguckt.

Moderator Stefan Lange: Jetzt frage ich mal unsere Projektgruppe. Herr von Pluto Prondzinski, bitte.

Markus von Pluto Prondzinski: Sie haben jetzt mehrfach auch die Belastung angesprochen, die nachgewiesen ist, wenn man es mit einem solchen Kriterium zu tun hat. Die Überschreitung eines Cut-Offs auf einer Symptomskala steht ja gerade zur Diskussion.

Um noch mal diese Frage ganz konkret zu stellen: Das hatte ich ja eingangs gesagt: Ganz zentral für uns, also für die Berücksichtigung von Studien in der Nutzenbewertung, ist, dass ziemlich sicher sein muss, dass die Patienten und Patientinnen in dieser Studie eine psychische Störung haben. Lautet Ihr Argument jetzt, dass das mit einem solchen Kriterium gegeben ist, dass man also eigentlich sicher davon ausgehen kann, dass diese Störung da ist? Oder würden Sie sagen, es spricht zwar einiges dafür – das ist aber nicht unbedingt sicher –, aber die Belastung ist dadurch nachgewiesen, und zwar in einer solchen Ausprägung, dass zum Beispiel eine Therapie durchgeführt werden sollte?

Das sind unseres Erachtens nämlich zwei unterschiedliche Punkte.

Moderator Stefan Lange: Herr Haun, Sie wollen etwas dazu sagen.

Markus Haun: Ja, mein Argument wäre tatsächlich für das Erstere, dass wir also von einer überschweligen Belastung im Sinne einer klinischen Diagnose ausgehen, wofür aus meiner Sicht das angeführte Argument aus der eigenen klinischen Praxis sprechen würde, aber auch, wenn man sich anguckt, wie dann im Verlauf die Effekte waren bei der Intervention. Ich denke, wenn man in dem Ausmaß Verbesserungen misst, dann kann man davon ausgehen, dass die Belastung entsprechend hoch war.

Also, um das noch mal klarzustellen: Aus meiner Sicht geht es damit um eine im Sinne der kategorialen Klassifikationssysteme vorhandene Belastung, die hier anders erfasst wurde.

Moderator Stefan Lange: Herr von Pluto Prondzinski.

Markus von Pluto Prondzinski: Ja, ich glaube, dann verstehe ich das ein wenig besser. Jetzt würde ich aber kurz unser Verständnis davon umreißen. Dann können Sie darauf vielleicht etwas präziser antworten.

Wenn Sie sich anschauen: In unserer Berichtsmethodik ist ja auch beschrieben, dass wir psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 fordern. Also, wir sind ja wirklich im Bereich der klassifikatorischen Diagnostik. Nach unserem Verständnis – das ist nicht unser Verständnis, sondern den Eindruck gewinnen wir, wenn wir in die entsprechenden Lehrbücher schauen – ist eben schon ein bisschen mehr erforderlich als nur die Überschreitung irgendwelcher Schwellenwerte auf Symptomskalen, um von einer Diagnose auszugehen. Aber das wissen Sie mit Sicherheit besser, als wir das wissen. Aber wenn man eine Diagnose einer psychischen Störung stellen möchte, ist das ein komplexer Prozess, auch ein iterativer Prozess, das dauert seine Zeit. Ich denke, das ist sicher immer gebunden an eine Gesprächssituation, an einen kompetenten Untersucher – ich sagte ja, ein komplexer Urteilsprozess –, an all solche Dinge.

Das haben wir uns angeschaut. Symptomskalen spielen dort sicher immer eine Rolle. Nach unserem Verständnis würden sie vielleicht im Rahmen eines optimalen Diagnoseprozesses eine Rolle spielen, allerdings wären sie darin sozusagen optional. Und mitnichten wäre es so, dass mit der Überschreitung eines Cut-Offs sichergestellt ist, dass eine Diagnose da ist.

Jetzt unser Verständnis von der Sache: Im Sinne eines Screeningtests könnte man sich der Frage sicherlich nähern: Wie hoch ist denn die Wahrscheinlichkeit, dass, wenn ein bestimmter Cut-Off überschritten ist, eine ganze Diagnose vorliegt? – Dann wäre das eine schöne Abkürzung, um möglicherweise zu einer Diagnose zu kommen. Allerdings ist das eine Frage, die empirisch beantwortet werden müsste. Wir haben das mal am Beispiel einer Skala gemacht. Das war übrigens die CES-D; deswegen haben wir sie hier erwähnt. Dazu gibt es Untersuchungen. Wenn man länger suchen würde, könnte man vielleicht noch mehr finden. Allerdings ist das unseres Erachtens eine Frage, die sozusagen empirisch beantwortet werden müsste.

Ja, jetzt wollte ich Ihnen unser Verständnis davon mitteilen. Sie können da vielleicht gerne einhaken. Sehen Sie das genauso?

Moderator Stefan Lange: Herr von Pluto Prondzinski, nur um es kurz zu präzisieren: Sie haben jetzt nur gesagt, es gibt solche Untersuchungen. Ja, aber wenn ich mich recht entsinne, zeigen die auch, dass man eben genau mit dem Instrument keine Diagnose sicher stellen kann. Und

das ist ja das Entscheidende. Es geht ja nicht darum, dass ich irgendeine Beschwerdesymptomatik erhebe. Also, wir müssen für Fragen der Erstattungsfähigkeit und Anerkennungsfähigkeit zur Erstattung von medizinischen Leistungen schon mehr erwarten, als dass sozusagen Beschwerden erhoben werden. Vielmehr geht es natürlich um die Behandlung von Erkrankungen.

Aber jetzt hatte sich erst Herr Retzlaff gemeldet, dann gerne auch noch mal Herr Haun.

Rüdiger Retzlaff: Vielleicht noch kurz ein historisches Argument. In der Zeit, in der ich studiert habe und Verhaltenstherapie gelernt habe – – (Tonprobleme bei der Videoübertragung)

Moderator Stefan Lange: Jetzt hören wir Sie nicht mehr. Hört denn jemand anders noch Herrn Retzlaff? – Nein. Herr Retzlaff, ich glaube, das macht so keinen Sinn.

Rüdiger Retzlaff: ... telefonisch ... (akustisch unverständlich)

Moderator Stefan Lange: Herr Retzlaff, wir können Sie nicht verstehen. Nein, das ergibt keinen Sinn. Sie müssen versuchen, sich anders einzuwählen.

Rüdiger Retzlaff: ... (akustisch unverständlich)

Moderator Stefan Lange: Jetzt hört es sich wie Mickey Mouse an. Ach wie schön, dass es diese neuen Medien gibt! Da erlebt man immer wieder was Neues. Diese Mickey-Mouse-Problematik hatte ich allerdings auch schon bei anderen Instrumenten.

Markus von Pluto Prondzinski: Ansonsten möchte ich noch mal an die Möglichkeit erinnern, sich per Telefon einzuwählen. Die gibt es ja auch. In dem Link war ja eine Telefonnummer angegeben.

Moderator Stefan Lange: Genau.

Rüdiger Retzlaff: Also – – (Tonprobleme bei der Videoübertragung)

Moderator Stefan Lange: Herr Haun, vielleicht möchten Sie.

Markus Haun: Ich würde die Auftragskonkretisierung so verstehen, dass sozusagen innerhalb des Auftrags ein Spielraum für eine dimensionale Erfassung von Diagnosen gelassen wurde. Ich würde da einfach das Argument noch mal anführen, dass ich, selbst wenn ich auf bestimmten Screeningskalen nicht alle Symptome messen kann, durch ein Symptom subjektiv eine so hohe klinische Belastung sehe, dass ich die Diagnose aus klinischer Perspektive als erfüllt ansehe.

Es gibt ja auch Untersuchungen, zum Beispiel aus der STAR*D-Studie, die konsistent dort Depressionen als sozusagen Symptomkomplex aufgetaucht wurde, und ich glaube, die häufigste Variante haben 4 % angegeben. Das zeigt einfach, wie vielschichtig das ist, und ich glaube, dass man, wenn man sich den klinischen Kontext von der Studie mit angeguckt – – Da gibt es Vor-Zuweiser, da gibt es Menschen, die entscheiden, ob jemand für so eine Studie infrage kommt. Ich glaube, da kann man davon ausgehen, dass ein hinreichender Eindruck von einer klinischen Belastung gegeben ist. Und vor dem Hintergrund, dass wir hier aus meiner Sicht gerade darüber diskutieren, ob wir andere Einschlusskriterien als die 01-Entscheidung „klassifikatorische Diagnostik ja/nein“ zulassen, würde ich eben dafür argumentieren, diesen empirisch Befunden – das kann ich Ihnen auch nachreichen – auch Rechnung zu tragen. Wenn man im 01-Schema bleibt, dann gibt es, glaube ich, nicht viel Spielraum.

Moderator Stefan Lange: Na ja, nur zur Klarstellung: Es geht weniger um 01-Schema. Noch mal. Ich habe das bisher auch immer so verstanden – ich bin jetzt aber kein Spezialist –, dass sich zum Beispiel eine Depression in mehreren Dimensionen abspielt oder Domänen und nicht nur in einer Beschwerde, sodass natürlich für das Stellen der Diagnose „Depression“ vielleicht doch ein bisschen mehr notwendig ist als eben nur das Überschreiten des Cut-Offs auf einer Symptomskala. Aber wie gesagt, da bin ich kein Experte.

Herr Retzlaff, sind Sie jetzt wieder einsatzfähig?

Rüdiger Retzlaff: Ich hoffe. Bin ich jetzt zu verstehen, oder ist es immer noch – –

Moderator Stefan Lange: Nein, Sie sind gut verständlich. Sie waren auch vorher gut verständlich. Nur brach es halt ab. Deshalb hatte ich so ein bisschen die Befürchtung, dass es vielleicht Ihre Internetverbindung ist. Aber wir können es ja noch mal versuchen.

Rüdiger Retzlaff: Wenn es wiederkommt, werde ich auf Telefon umstellen.

Moderator Stefan Lange: Okay.

Rüdiger Retzlaff: Ich wollte noch mal daran erinnern, dass es eigentlich früher sehr, sehr üblich war, dass man eigentlich gar keine ICD-10-Diagnosen gestellt hat, zum Beispiel als Verhaltenstherapeut – ich bin ja auch ausgebildeter Verhaltenstherapeut –, und dass man das als lege artis angesehen hat, dass man mit Symptomskalen arbeitet, und da kommt es, dass es in ... (akustisch unverständlich) liegt.

Und dann glaube ich, wir reden über klinische Anwendungsstudien. Ich glaube, die würde man nicht machen, wenn es sozusagen um reine Lebensprobleme gehen würde, sondern, ich glaube, per se ist das schon eine Vorauswahl, die dafür spricht, dass da klinisch relevante Beschwerden vorliegen.

Moderator Stefan Lange: Ja, okay. – Frau Oelkers-Ax, bitte.

Rieke Oelkers-Ax: Ja, vielleicht noch mal, um Ihre Frage, Herr von Pluto Prondzinski, zu konkretisieren oder vielleicht einen anderen Aspekt reinzubringen: Eben fiel dieser Begriff der Vorbehandler oder Zuweiser. Also, ist denn bei diesen Studien sichergestellt oder ist belegbar sichergestellt, dass die Patienten oder Klienten oder Studienteilnehmer sich in einem Setting befinden, das durch medizinische Eingangsdiaagnosen gekennzeichnet ist, also zum Beispiel Vorbehandler, die schon eine Diagnose sichergestellt haben, oder irgendein Ambulanzsetting, das sicher eine Diagnose gestellt hat, damit sich der Patient da befindet?

Moderator Stefan Lange: Die Frage richtet sich jetzt wahrscheinlich an Herrn Retzlaff oder Herrn Haun, ob die das wissen aus Studien, nicht? Dabei frage ich mich, wie sie es wissen sollen. Aber gut. Wenn es nicht in der Publikation beschrieben ist, müsste man ja selber beteiligt gewesen sein.

Markus Haun: Na ja, es ist schon ein Stück weit rekonstruierbar über die Publikation. Die Rekrutierung bei Boyer (Schreibweise des erwähnten Namens unklar) war ja ein freier Aufruf. Aber ich würde da schon noch mal das Argument einbringen, dass ich natürlich, wenn ich – und das ist ja keine allzu lang zurückliegende Studie – heutzutage eine Studie mache, die auch noch drittmittelfinanziert ist, in der Regel gucken werde, dass ich eine belastete Population randomisiere. Alles andere wäre ja selbstkompromittierend.

Moderator Stefan Lange: Jetzt müssen wir noch mal – – Jetzt bin ich ein bisschen – – Sie haben eben gesagt, das ist irgendwie selbstverständlich, dass das über Zuweiser geht, und jetzt sagen Sie aber, nein, die haben sich in der Studie, die Sie jetzt irgendwie im Kopf hatten, selbst gemeldet. Das ist ja ein Widerspruch in sich.

Markus Haun: Nein, ich habe in meiner – – Entschuldigung.

Moderator Stefan Lange: Was wir in der Zukunft machen, ist ehrlich gesagt relativ uninteressant, sondern es geht ja um die Studien, die wir jetzt für diesen Bericht betrachten können. Da war die konkrete Frage: Haben Sie Hinweise – und woher –, dass in diesen Studien sozusagen durch eine Vorauswahl durch klinisch erfahrene Kolleginnen und Kollegen sichergestellt wurde, dass es sich zum Beispiel tatsächlich um eine depressive Störung gehandelt hat?

Markus Haun: Also, das Argument mit den Vorüberweisern bezog sich auf meine eigene klinische Erfahrung. Ich sehe das anhand der konkreten Studie an einer Stelle, nämlich an der Stelle, wo es darum geht, dass ein Ausschlusskriterium sozusagen alles, was in Richtung Suizidalität ging, war, und mir ist nicht klar – und es ist ja auch keine Ratingskala angeführt worden –, wie das anders überprüft worden sein soll als durch ein klinisches Assessment.

Moderator Stefan Lange: Tja. Gut.

Markus Haun: Also, es ist tatsächlich nicht angeführt – Und da ist ja auch ein rechtlicher Aspekt drin, der in der Regel auch von der Ethikkommission vorher abgesichert wird. Also, da muss ein Kliniker mit dem Patienten auch sprechen, und zwar mit jedem, unabhängig davon, ob er später randomisiert wird oder nicht.

Moderator Stefan Lange: Herr Retzlaff. – Ich dachte, Sie wollten noch etwas ergänzen.

Rüdiger Retzlaff: Nein, im Moment nicht.

Moderator Stefan Lange: Okay. – Herr von Pluto Prondzinski.

Markus von Pluto Prondzinski: Ein ergänzender Hinweis zu diesen Argumenten, die Sie uns da nennen. Das sind ja indirekte Hinweis darauf – so verstehe ich Sie –: Dies und das spricht dafür, dass eigentlich eine Diagnosestellung hätte erfolgt sein müssen. – Das kann ich verstehen.

Jetzt sagten Sie auch, wenn eine solche Studie gemacht wird, müsste es doch auch eigentlich sicher sein, dass es nicht nur eine belastete Population war, sondern dass es Menschen waren mit einer psychischen Störung; sonst hätte man keine Therapie durchgeführt. Das kann ich nicht bestätigen, das können wir nicht bestätigen mit Blick auf all die Studien, die wir hier im Volltext gescreent haben. Dem kann ich sogar sehr deutlich widersprechen.

Wir haben uns sehr viel mit Studien beschäftigt. Wenn es Sie interessiert, können Sie sich einfach die lange Liste der im Volltext gescreenten Studien anschauen, die im Bericht über E1 als ausgeschlossen angeführt sind. Es gab wirklich viele, viele Studien, in denen systemische Therapie durchgeführt wurde bei Populationen, die definitiv keine psychische Störung hatten. Zum Teil wurde das auch explizit so genannt. In Ihrer Stellungnahme führen Sie ja auch – das wollten wir heute gar nicht diskutieren – delinquente Jugendliche zum Beispiel an, wo man auch die Frage stellen könnte, welche Berechtigung das Ganze hat, wo aber dann explizit keine Diagnosen berichtet wurden. Solche Studien haben wir also gesehen. Deswegen sind wir – das muss ich so sagen – sehr skeptisch, was solche indirekten Hinweise betrifft.

Moderator Stefan Lange: Herr Retzlaff.

Rüdiger Retzlaff: Wenn ich es richtig sehe, geht es jetzt hier um eine Handvoll von Studien und nicht um eine große Zahl. Wäre es nicht eine Möglichkeit, wenn Sie Zweifel haben, ob das klinisch relevante Störungen waren, die Autoren noch mal anzuschreiben? Das ist ja – ich weiß ja – ein halbes Dutzend Studien. Das wäre vom Arbeitsaufwand sicherlich nicht so viel.

Moderator Stefan Lange: Herr Haun.

Markus Haun: Es dreht sich ja so ein bisschen – und das finde ich schon auch wichtig – um die Frage: Was ist sozusagen noch passiert im Kontext dieser Rekrutierung? – Ich denke, ein sehr verbindliches Dokument wäre beispielsweise das Studienprotokoll, so wie es auch der Ethikkommission vorgelegt worden ist. Die Frage wäre, ob man das zum Beispiel noch mal einholen könnte und sich dann damit beschäftigt, welche Form von klinischem Assessment standardmäßig für die Patienten gelaufen ist. Das würde möglicherweise auch Kontextinformationen dazu geben, inwiefern da auch eine klinische Belastung von der Diagnose erfasst wurden.

Moderator Stefan Lange: Danke für die Vorschläge. Erfahrungsgemäß – –

Markus Haun: Entschuldigung, Herr Lange. Ich kann nur sagen, es ist einfach meine Erfahrung, –

Moderator Stefan Lange: Nein, nein. Alles gut.

Markus Haun: – es ist hoch reguliert. Denn wenn hier davon gesprochen wird, dass sogar Suizidalität mit einbezogen wird – häufig werden ja Screenings eingesetzt, die Suizidalität gar nicht erfassen – –

Moderator Stefan Lange: Herr Haun, ich habe mich ja nur bedankt für Ihren guten Vorschlag. Ich wollte nur sagen, ich bin da trotzdem skeptisch. Denn wenn wir nach solchen Dokumenten fragen und eine gewisse Zeit verstrichen ist, liegt die Ausbeute bei unter 5 %. Aber das ist sozusagen eine Art klinische Erfahrung, was solche Berichte angeht.

Herr von Pluto Prondzinski hatte sich noch mal gemeldet, dann Frau Markes.

Markus von Pluto Prondzinski: Nur ein kurzer Hinweis zu dem, was Sie, Herr Retzlaff, gerade sagten, dass es sich auf diese wenigen Studien beschränkt, die Sie genannt haben. Sie haben mehrere Studien genannt. Wir kennen noch viel mehr Studien, die sich dadurch auszeichnen, dass Menschen eingeschlossen wurden, die irgendeinen Cut-Off auf einer Skala überschritten. Ansonsten stimmte alles. Das waren also wesentlich mehr Studien als die paar, die Sie in der Stellungnahme erwähnt hatten. Also, das wäre quantitativ mit einem durchaus erheblichen Aufwand verbunden, dort Autorenanfragen zu formulieren.

Moderator Stefan Lange: Frau Markes.

Martina Markes: Ja, ich wollte mich auch zu der Handvoll Studien äußern, die da angesprochen waren, und noch einen anderen Aspekt aufwerfen. Es wurde in der Stellungnahme als ein grundsätzliches Argument genannt, die Überschreitung von Cut-Off-Werten bei Symptomskalen, und derer gibt es ja zahlreiche. Wenn man sich dem tatsächlich empirisch annähern würde, dann müsste man sich ja für die diversen oder die zahlreichen

Symptomskalen damit entsprechend beschäftigen und auch jeweils Entscheidungen für die Cut-Off-Werte treffen.

Also, was ich zum einen sagen will, ist, dass es nicht nur um eine Handvoll Studien geht, und zum anderen geht es auch gar nicht nur um eine Handvoll Skalen, für die entsprechende Entscheidungen getroffen werden müssten.

Moderator Stefan Lange: Ja, ich habe gerade den Hinweis bekommen, wir müssen ein bisschen auf die Uhr gucken. Wir haben gesagt, wir machen bis 15 Uhr – wir haben also noch Zeit –, aber ich habe auch den Eindruck, dass uns das tatsächlich nicht wirklich weiterführt. Denn wir haben natürlich die Schwierigkeit, dass wir die entsprechenden Studien den in der Psychotherapierichtlinie vorgegebenen Störungsbildern zuordnen können müssen, was natürlich, wenn man sich nur auf Symptomskalen bewegt, ziemlich schwierig ist. Insofern bitten wir da einfach um Verständnis.

Unsere Frage war einfach: Haben Sie – nicht wir – weitergehende Informationen? – Die haben Sie offenbar nicht. Dann würde ich jetzt – –

Markus Haun: Wären Sie denn offen dafür, dass, wenn wir uns um das Studienprotokoll bemühen, Sie das noch entgegennehmen? Das können wir zumindest probieren. Die zehn Jahre sind auch nicht vorbei.

Moderator Stefan Lange: Das Problem ist natürlich das, was Herr von Pluto Prondzinski gerade gesagt hat: Es geht nicht nur um die von Ihnen genannten Studien, sondern es ist eine Vielzahl. Das hat natürlich ein bisschen was von Selektivität.

Ich würde jetzt erst mal sagen, Sie können uns das natürlich gerne zuschicken. Das ist Ihnen sowieso unbenommen. Wie wir dann damit umgehen, können wir, glaube ich, heute an der Stelle nicht abschließend sagen. Aber interessant für uns und hilfreich ist es sicher schon.

Dann, glaube ich, haben wir den Punkt erst mal für uns geklärt. – Es gibt keinen Widerspruch.

Dann machen wir in der Tagesordnung weiter. Bitte, Herr von Pluto Prondzinski.

Markus von Pluto Prondzinski: Dann gehe ich über zu:

2.4.3 Tagesordnungspunkt 2: Einschlusskriterium Prüfintervention: Sind die Ansätze SBFT, BFST, RAP-P und PFIT überwiegend systemisch?

Hier geht es um die Prüfintervention und systemisch-integrative Ansätze.

In Ihrer Stellungnahme sprechen Sie nämlich mehrere Studien an, die wir aus der Bewertung ausgeschlossen hatten, da wir nicht erkennen konnten, dass in der jeweiligen Prüfintervention

die systemische Therapie den Schwerpunkt bildete. Sie fordern einen Einschluss dieser Studien in die Bewertung, da Ihres Erachtens die systemische Therapie sehr wohl den Schwerpunkt der Intervention bildet. Und Sie sprechen eine ganze Reihe von Ansätzen an. Wir möchten hier aber nur diejenigen aufgreifen, zu denen uns Aussagen aus Ihrer Stellungnahme unklar geblieben sind. Unsere Fragen zielen dabei darauf ab, besser nachvollziehen zu können, wie Sie zu Ihrem Urteil gekommen sind, dass es sich um überwiegend systemische Ansätze handelt.

Es geht um insgesamt vier Ansätze, zu denen wir Fragen hätten. Bei allen vier Ansätzen haben wir unserer Einordnung dabei die Sichtung von Interventionsbeschreibungen zugrunde gelegt, und zunächst möchten wir gerne auf die Ansätze SBFT, Systemic-Behavioral Family Therapy, und BFST, Behavioral Family Systems Therapy, eingehen.

Diese beiden Ansätze sind solche, in denen es zweifellos systemische Komponenten gibt, aber wir hatten eben bei beiden Ansätzen den Eindruck, dass die systemischen Komponenten nicht den Schwerpunkt der Intervention bilden. Unserer Berichtsmethodik ist ja auch zu entnehmen, dass das eine Voraussetzung für die Berücksichtigung solcher Studien ist. Also, es reicht nicht aus, dass es systemische Komponenten gibt, sondern es ist essenziell, dass systemische Komponenten bei diesen integrativen Ansätzen sozusagen überwiegen.

In Bezug auf die SBFT und BFST möchten wir Sie ganz konkret fragen: Woran machen Sie jeweils fest, dass diese systemischen Komponenten gegenüber den übrigen Interventionselementen, die anderen Therapien zuzuordnen sind, überwiegen?

Moderator Stefan Lange: Vielleicht nur noch kurz als Ergänzung, Herr von Pluto Prondzinski. Wir verweisen jetzt zwar auf unsere Berichtsmethodik, aber das ist ja im Grunde genommen trivial. Wenn man ein Sammelsurium von therapeutischen Ansätzen irgendwie zusammennimmt, dann weiß man ja gar nicht, was jetzt funktioniert hat. Insofern ist das nicht nur von der Berichtsmethodik her, sondern grundsätzlich essenziell, zu wissen, ob das eine vornehmlich systemisch ausgerichtete Behandlungsform oder eine verhaltenstherapeutische zum Beispiel war.

Jetzt aber die Frage an Sie, Herr Retzlaff, Herr Haun: Wie können Sie uns das beantworten? Können Sie uns das beantworten?

Rüdiger Retzlaff: Ich kann mal versuchen, das zu beantworten. Sie gehen irgendwie davon aus, dass es Interventionen sind, wo systemische Therapie drin ist, aber auch andere Dinge. Die Autoren – Robin speziell – beziehen sich auf die strukturelle Familientherapie, die ich nun wirklich sehr gut kenne, und da ist die Grundstruktur eigentlich, dass man zunächst über das Symptom ... (akustisch unverständlich) Familiensystem in der Familiendynamik arbeitet und dann, wenn die Symptome nachgelassen haben oder schwächer geworden sind, stärker auch

individuelle Themen angeht, um dann individueller mit Jugendlichen an Problemen zu arbeiten, die ein jugendlicher Mensch hat, zum Beispiel Ausbildungsfragen oder was immer dann vorliegt. Das ist so die Grundstruktur. Die finden Sie auch in anderen Ansätzen, auch in der Funktionalen Familientherapie und so.

Dass man dann natürlich auch am Verhalten arbeitet und an Kognition und an Motivation, versteht sich von selbst. Wir hatten – ich glaube, das war die erste Erörterung des IQWiG zur systemischen Therapie mit Erwachsenen – darüber gesprochen, dass „behavioral“ überhaupt nicht per se verhaltenstherapeutisch, sondern verhaltensorientiert heißt. Daher glaube ich, dass die SBFT und BFST, die sich ausgeprägt auf die Funktionale Familientherapie und das strukturelle Modell beziehen, von Grund aus ein Gerüst sind, in das andere Interventionen ergänzend eingehängt sind, aber das per se eigentlich dem systemischen Paradigma und dem Störungsmodell entspricht. Also, wir gehen nicht davon aus, dass man additiv verschiedene Techniken zusammenbaut. Vielmehr ist für uns ein entscheidendes Kriterium: Haben wir ein systemisches Störungsverständnis auch im Sinne der Psychotherapierichtlinie? – Da ist ja sehr eindeutig beschrieben, was systemische Therapie ist, auch sehr schön beschrieben. Wenn sozusagen das gegeben ist, dann ist es aus unserer Sicht und auch aus meiner Sicht nicht schädlich, wenn da einzelne Interventionen oder Interventionsbereiche auch in anderen Therapieverfahren vorkommen. – So, jetzt hoffe ich, dass ich ohne Unterbrechungen zu hören war.

Moderator Stefan Lange: Ja, ja, wunderbar. Ich bin mir nicht sicher, ob die Frage jetzt für uns erschöpfend beantwortet ist. – Herr von Pluto Prondzinski.

Markus von Pluto Prondzinski: Genau, ich könnte da jetzt direkt einhaken. Jetzt weiß ich nicht, ob Herr Haun noch was dazu sagen wollte. Wenn das nicht der Fall ist, dann vielleicht zu dem Störungsmodell, das Sie gerade als systemisch charakterisiert haben, wenn ich Sie richtig verstanden habe, in Bezug auf beide Ansätze, SBFT und BFST. Ist das richtig? – Herr Retzlaff, jetzt sind Sie nicht zu hören.

Moderator Stefan Lange: Sie sind stumm geschaltet, Herr Retzlaff. Sie müssten das Mikro einschalten.

Rüdiger Retzlaff: Ja, die sind ja sehr nah beieinander. Das ist richtig.

Markus von Pluto Prondzinski: Wir haben die Studien, die sich um diese Ansätze kümmerten, deshalb ausgeschlossen, weil wir nicht den Eindruck hatten, dass die systemische Therapie überwog. Das galt nach unserem Eindruck tatsächlich auch für das Störungsmodell. Also, wir behaupten nicht, dass es ein explizit unsystemisches Störungsmodell war, das diesen Ansätzen zugrunde lag; so weit würden wir gar nicht gehen wollen. Allerdings hatten wir tatsächlich Schwierigkeiten, zu erkennen, dass das Störungsmodell systemisch war, und das galt auch für

beide Ansätze, SBFT und BFST. Deswegen wäre ich jetzt sehr daran interessiert, woran Sie das also festmachen würden, dass gerade dieses Störungsmodell – und ich verstehe, dass das eine gewisse Bedeutung hat für die Einordnung eines solchen Ansatzes – Ihres Erachtens überwiegend systemisch ist.

Moderator Stefan Lange: Herr Retzlaff.

Rüdiger Retzlaff: Ja, jetzt bin ich ein bisschen verunsichert. Wir hatten eigentlich versucht, das in unserer Antwort explizit darzustellen. Jetzt war meine Idee, dass wir hier nicht Dinge doppeln, die Sie eigentlich schon von uns gehört haben. Wir haben Ihnen ja auch eine ganze Reihe von Zitaten beigebracht, die in diese Richtung gehen, die das eigentlich erläutern. „The Family is the Client“ heißt es zum Beispiel in der Funktionalen Familientherapie, die ja die Basis der BFST ist.

Die BFST gibt es ja auch mit Magersüchtigen. Da ist das Störungsmodell entschieden, dass man zunächst einmal an der Familie und an den Interaktionen und an der Familiendynamik und später dann auf der individuellen Ebene auch mit anderen Ansätzen arbeitet. Das deckt sich weitgehend mit dem Standard, der in der systemischen Therapie bei Magersuchttherapie, heute auch über das Maudsley-Modell – wir haben ja auch das Modell von Herrn Liechti zitiert – einfach gang und gäbe ist. Daher verstehe ich Ihren Zweifel nicht so ganz, ehrlich gesagt.

Moderator Stefan Lange: Tja, Herr von Pluto Prondzinski, können Sie Ihren Zweifel irgendwie noch anders ausdrücken?

Markus von Pluto Prondzinski: Ja, ich habe hier gerade noch mal die Stellungnahme zur Hand, und es ist wirklich so – ich fange jetzt mal bei der SBFT an; das macht vielleicht Sinn, bei dem einen Ansatz zu bleiben: SBFT, das ist verkoppelt mit der Studie Brent –: Diese Frage ist für uns offen geblieben auf Basis der Stellungnahme. Denn dort gehen Sie nicht spezifisch auf das Störungsmodell der BFST ein. Es gibt einen Absatz zur Functional Family Therapy, die wir ja – das werden Sie gesehen haben – auch als systemischen Ansatz in der Nutzenbewertung berücksichtigt haben. Das ist ein Ansatz, der im Bereich Substanzkonsumstörungen häufiger vertreten ist.

Also, wir sind uns ja bewusst darüber, dass sich die SBFT aus FFT und BFST zusammensetzt. Das haben wir ja gesehen. Und wir haben uns ja auch mit der FFT und der BFST beschäftigt. Bei der FFT sind wir zu der Einschätzung gelangt, dass dort erkennbar ist, dass die systemische Therapie überwiegt.

Bei der SBFT war das allerdings nicht der Fall. Deswegen sind wir daran interessiert: Woran machen Sie fest, dass es ausgerechnet bei diesem Ansatz so ist?

Und etwas Zweites noch: Zu den Quellen. Wir waren darauf angewiesen, diese Einschätzung auf Basis der Beschreibung der SBFT in den uns vorliegenden Studienpublikationen vorzunehmen. Es geht um die Studie Brent 1997. Das sind sehr viele Publikationen. Das haben wir uns alles sehr genau angeschaut. Es gibt dort eine Beschreibung der Intervention. Allerdings war es uns auf dieser Basis nicht möglich. Das sind die Publikationen, auf die Sie uns, wenn ich das richtig vor Augen habe, hinweisen.

Deswegen wäre eine zweite Frage, die wir hier noch gerne nachgeschoben hätten, ob es andere Quellen gibt, auf die Sie sich da beziehen. Also, eigentlich würde ich diese zwei Fragen stellen: Erstens geht es um das Störungsmodell nicht nur bei der FFT, sondern konkret bei der SBFT. Woran machen Sie das fest? Dass es bei der FFT so ist, das bezweifeln wir nicht. Warum ist es bei der SBFT so?

Zweitens: Auf welche Quellen würden Sie sich da beziehen?

Moderator Stefan Lange: Okay. – Herr Retzlaff, können Sie ad hoc etwas dazu sagen?

Rüdiger Retzlaff: Ja, wir hatten es ja kontrastiert mit zum Beispiel verhaltenstherapeutischen Lehrbüchern, wo die SBFT eigentlich nicht gewertet wird. Wir haben zum Beispiel Cottrell und Boston zitiert, die das als eine Form der systemischen Therapie im Wesentlichen auch angesehen haben.

Moderator Stefan Lange: Okay. Das heißt, über die in Ihrer Stellungnahme abgegebenen Hinweise hinaus könnten Sie uns da jetzt nicht weiter behilflich sein. Sehe ich das richtig? Sie hatten es ja gerade selber gesagt, Sie haben das ja nicht ganz verstanden, warum wir diese Fragen stellen. – Aber Frau Oelkers-Ax hat sich jetzt gemeldet. Das ist sehr günstig.

Rieke Oelkers-Ax: Ja, um es noch mal anders zu formulieren: Wir haben uns in unserer Runde tatsächlich ganz intensiv mit diesen Ansätzen befasst, und die berufen sich immer auf verschiedene Wurzeln, auch theoretisch, sowohl die SBFT als auch die BFST. Ich fand jetzt eben diesen Punkt interessant und das teile ich auch: Wenn „behavioral“ drinsteht oder wenn irgendwas vom Verhalten ausgeht, heißt das nicht unbedingt, dass das Verhaltenstherapie ist; denn letztendlich muss sich wieder alles im Verhalten niederschlagen.

Für uns ist immer die Frage: Was ist da Übergeordnete, und was ist ein Element, das eher benutzt wird? – Wie könnte man in diesen Brent-Publikationen oder in anderen Quellen genau diese Frage klären, was der übergeordnete Rahmen ist und wieso der übergeordnete Rahmen systemisch ist und die kognitiv-behaviorale Elemente eine eher dienende Funktion haben. Woran könnte man das festmachen? – Ich weiß nicht, ob ich mich jetzt verständlich ausgedrückt habe.

Moderator Stefan Lange: Herr Retzlaff, Herr Haun?

Rüdiger Retzlaff: Die Autoren beziehen sich auch ganz explizit auf das strukturelle familientherapeutische Modell als Grundlage. Das ist der Kern des Ganzen, das sagen die auch so. Das ist auch in ihren Artikeln so enthalten, und das macht es natürlich nicht leichter. Wir haben im Übrigen auch bei der Eingabe im letzten Jahr die Studie oder die Abbildung von Eisler (Schreibweise des erwähnten Namens unklar) geschickt. Das ist leider so, dass systemische Therapeuten immer gerne neue Namen erfinden, also als Markennamen, um sich auch zu etablieren. Aber im Prinzip ist das, so wie die Autoren es sagen, eine Form struktureller Familientherapie plus zusätzlich andere Elemente, die aber unspezifisch sind. Wir hatten Ihnen, glaube ich, auch Lehrbücher geschickt von Minuchin, Haley und anderen. Ich glaube, daraus geht das Grundmodell, auf das sich Brent und Robin usw. sehr beziehen, hervor. Wie gesagt, die weiteren Interventionen kommen auch nachrangig. Nachdem an den Familienthemen gearbeitet wurde, wird mit Kognition usw. gearbeitet.

„Problem-solving“ – Problemlösung ist nun wirklich kein Ding, das per se der Verhaltenstherapie zuzuordnen ist. Das eine Hauptwerk von Haley heißt „Problem-solving therapy“, das ist schlecht ins Deutsche übersetzt als ... direktive Familientherapie. Aber Problem-solving sind Techniken oder Vorgehensweisen. Der Unterschied ist eben, dass das in diesen Ansätzen, um die es jetzt hier geht, nicht auf einzelner, individueller Ebene passiert, sondern dass die Familie zusammen Probleme löst oder dass die Kognition oder die Narrative oder die Vorstellung der Familie als solche zusammen geändert werden, damit dann auch individuelle Veränderungen stattfinden können. Das ist ja eigentlich auch die Grundlage des systemischen Vorgehens.

Moderator Stefan Lange: Okay. – Ich habe das jetzt, glaube ich – –

Markus Haun: Ich habe noch ein Argument an der Hauptpublikation von Brent entlang. Also, das ist jetzt 1997, ich glaube Archives wenn ich es richtig sehe. Da wird ja der Ablauf auch beschrieben unter SBFT. Sie hatten ja jetzt schon auch Functional Family Therapy erwähnt, und dieser Teil wird ja gleich in der Anfangsphase der Therapie besetzt. Und ich würde denken, dass es da auch darum geht, ein Stück weit ein Erklärungsmodell für die Störung zu bieten. Aus meiner Sicht geht das aus der Abfolge der Elemente hervor, dass das sozusagen die Einbettung ist.

Moderator Stefan Lange: Ja.

Markus Haun: Es wird ja auch von dysfunktionalen Familien gesprochen und nicht von dysfunktionalen Individuen innerhalb von Familien. Also, aus meiner Sicht geht die Einbettung daraus hervor.

Zweites Argument wäre, sich anzugucken – der Artikel von Brent ist ja sehr viel zitiert worden –, wie der sozusagen auch von der Scientific Community eingeordnet wird. Darauf hatten wir,

glaube ich, auch in der Stellungnahme Bezug genommen. Wenn man sich da die größeren Übersichtsarbeiten anguckt, dann wird er auch entsprechend klassifiziert.

Moderator Stefan Lange: Okay. – Frau Oelkers-Ax.

Rieke Oelkers-Ax: Nur, dass ich das richtig verstanden habe, diese Frage der Einbettung. Was wäre jetzt die Reihenfolge, woran wir sehen könnten, dass die Einbettung so ist? Das ist ja so ein bisschen die Frage. Oder woran könnte man die Wichtigkeit ableiten? Tue ich vorweg was Vorbereitendes, und dann kommt die Hauptsache? Oder tue ich vorweg was ganz Entscheidendes, und die Hauptsache ist quasi Beiwerk?

Also, wie können wir das gewichten, oder wie würden wir das in diesem Fall gewichten können und sollen?

Moderator Stefan Lange: Herr Haun.

Markus Haun: Mein Argument geht in die Richtung, dass ich denke, dass das Erklärungsmodell in aller Regel in der Anfangsphase der Therapie von hoher Relevanz ist und dass – die Publikation habe ich jetzt in den Chat gestellt (Mitteilung via Chat²), dort auf Seite 878 – diese Abfolge auch beschrieben wird. The first phase of treatment is drawn from Functional Family Therapy (FFT) in which the therapist clarifies the concerns that brought the family into treatment. – Also, aus meiner Sicht ist ganz klar, dass hier von einem systemischen Metaansatz ausgegangen wird, in den dann verhaltenstherapeutische Elemente integriert worden sind.

Moderator Stefan Lange: Okay. Können wir damit jetzt erst mal für uns – – Herr von Pluto Prondzinski.

Markus von Pluto Prondzinski: Ich denke – –

Markus Haun: Entschuldigung. Darf ich das noch ergänzen?

Moderator Stefan Lange: Bitte, Herr Haun.

Markus Haun: Und zwei, drei Sätze weiter heißt es auch noch mal: SBFT provides extensive socialization to the treatment model and education about depression. – Also, da wird gerade aus meiner Sicht das Spezifische des systemischen Ansatzes noch mal hervorgehoben. Also für mich geht das daraus hervor, und ich wüsste auch nicht, wie man jetzt aus klinischer Erfahrung

² Brent DA, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, Roth C, Iyengar S, Johnson BA. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. Arch Gen Psychiatry. 1997 Sep;54(9):877-85. doi: 10.1001/archpsyc.1997.01830210125017. PMID: 9294380.

einen therapeutischen Prozess beginnt, indem man das Störungs- oder Erklärungsmodell ans Ende stellt. Das erschließt sich mir nicht.

Moderator Stefan Lange: Herr von Pluto Prondzinski.

Markus von Pluto Prondzinski: Vielleicht nur eine kurze Nachfrage. Ich wollte gerade sagen, dass damit unsere Fragen beantwortet sind. Jetzt – –

Rüdiger Retzlaff: Darf ich noch einen Punkt ergänzen? Es gibt ja in der system– –

Moderator Stefan Lange: Entschuldigung, Herr Retzlaff. Herr von Pluto Prondzinski hatte gerade gesprochen.

Markus von Pluto Prondzinski: Ich würde gerne nur kurz eine Nachfrage nachschieben, weil wir gerade diese beiden Therapiephasen unterschieden haben. Sie sind gerade auf die erste Therapiephase eingegangen. Ich konnte das verstehen, was Sie gerade sagten.

Und jetzt nur noch kurz zur zweiten Therapiephase. Wie würden Sie das einordnen? Da kann ich direkt unseren Eindruck wiedergeben: Wir erkennen sozusagen die systemischen Komponenten, die es da gibt, aber es ist sehr schwer zu erkennen, dass es überwiegend systemische sind. Und die zweite Therapiephase ist ja nun die, in der praktisch-therapeutisch gearbeitet wird. Viel Verhaltenstherapeutisches konnten wir da sehen.

Moderator Stefan Lange: Das war eine Rückfrage an Herrn Haun, glaube ich.

Markus von Pluto Prondzinski: Ja.

Markus Haun: Kurz meine Interpretation dazu. Also, die Reihenfolge ist ja, dass der Fokus – so steht es in dieser Publikation – Kommunikation und dann auch interaktionelle Muster sind. Und dieser aus meiner Sicht Metaansatz, wenn Sie so wollen, dieses Erklärungsmodell ist dann leitend für Einzelinterventionen, und die können dann auch verhaltenstherapeutischen oder verhaltensaktivierenden Charakter haben. Das ist unbestritten. Aber aus meiner Sicht geht es ja um die Frage: Was ist hier in was eingebettet? – Und das geht für mich aus dieser Beschreibung eindeutig hervor.

Moderator Stefan Lange: Herr Retzlaff, Sie wollten noch was ergänzen.

Rüdiger Retzlaff: ... (akustisch unverständlich) Ich bin ja auch als Verhaltenstherapeut seit Jahrzehnten unterwegs, und ein verhaltenstherapeutisches Störungsmodell wie die Depression sieht eben anders aus. Das ist eine Beschreibung bottom up. Man guckt, was bei dem Individuum los ist. – Bin ich schlecht zu hören? Ja, Mist. – Ist es jetzt besser?

Moderator Stefan Lange: Ja, sprechen Sie, Herr Retzlaff.

Markus Haun: Es geht jetzt gerade, Rüdiger. Sprich einfach weiter.

Rüdiger Retzlaff: Ja, ich probiere es noch mal. Bin ich jetzt zu hören? – Also, ein verhaltenstherapeutisches Störungsmodell würde ja bottom up gehen, vom Individuum ausgehen. Und da spielen familiäre Faktoren in der Regel eigentlich gar keine Rolle. Wenn ich jetzt eine Studie habe, so wie die von Brent oder von Birmaher oder von Robin, in denen es erst mal primär um die Familieninteraktion geht, um die Familiendynamik, die Probleme, die die Familie miteinander hat, und da angesetzt wird und in einer weiteren Phase auch am Verhalten gearbeitet wird – das machen alle Therapieverfahren letzten Endes –, dann ist das per se für mich eine systemische Studie und nicht eine behaviorale. Und das Störungsmodell von Depression oder Essstörung ist ja anders in diesen anderen Therapierichtlinienverfahren.

Moderator Stefan Lange: Herr Haun, Sie haben noch mal die Hand gehoben.

Markus Haun: Vielleicht noch als letzte Ergänzung, um das vielleicht ein bisschen plastisch zu machen. Also – das weiß man auch empirisch –, ein sehr effizientes Standbein in der systemischen Therapie sind ja sogenannte Enactments. Also, ich gehe mit der Familie, die mit mir im Raum sitzt, in die Situation rein und lasse einerseits problematische Kommunikation, wo auch Verhaltensaspekte drin sind, im Raum, entstehen, um sie dann sozusagen direkt zu modifizieren: „Sagen Sie es doch mal so zu ihm, sagen Sie es so zu ihr.“

Natürlich mache ich da eine Verhaltensaufforderung, aber das, was mich im Hintergrund in der therapeutischen Arbeit leitet, ist ja das Verständnis, das ich davon habe, was zwischen diesen Familienmitgliedern abläuft, beispielsweise, dass es eben zirkuläre und reziproke Prozesse sind und es nicht einen – in Anführungszeichen – „individuell kranken“ Patienten gibt, der ja fast charakteristisch für die Verhaltenstherapie das zentrale Konzept ist.

Insofern wäre das, wenn ich das jetzt mal nachhaken lasse mit meiner eigenen therapeutischen Praxis auf Station, konsistent. Ich muss mir vorher eine Idee davon verschaffen, was eigentlich passiert, was für Muster passieren, welche Situation ich eigentlich in der Arbeit mit der Familie herausgreife. Dafür muss ich ja die Idee haben, dass das ein signifikantes Muster ist, das ich jetzt gerade bearbeite.

In diese Dienste werden dann Verhaltensaufforderungen gestellt, werden Hausaufgaben gestellt und Ähnliches. Aber ohne diesen Framework kann ich diese Art von Therapie nicht durchführen.

Moderator Stefan Lange: Frau Oelkers-Ax.

Rieke Oelkers-Ax: Vielleicht ganz kurz abschließend: Und das würde jetzt auch für das Störungsmodell gelten, das ja explizit, wie die Autoren das selber beschreiben, Mischwurzeln hat? Also, die Autoren sagen ja selber: Wir wurzeln sowohl im kognitiv- behavioralen,

lerntheoretischen Bereich als auch im Bereich der strukturellen Familientherapie. Wieso wäre das so zu gewichten, dass die systemische Therapie oder die strukturelle Familientherapie die Hauptwurzel ist?

Moderator Stefan Lange: Herr Retzlaff, Sie hatten sich gemeldet. – Sie sind stumm geschaltet.

Rüdiger Retzlaff: Ich wollte mich an das anschließen, was Herr Haun gesagt hat. Es ist nicht so, dass man in einem systemischen Modell erst mit der Familie arbeitet und dann im Einzelkontext die Symptome reduziert. Im Gegenteil: „The symptom is the royal path to the family dynamics“, hat Minuchin gesagt. Also, es geht erst darum, dass man über die Arbeit an der Familiendynamik dafür sorgt, dass der Familie geholfen wird, die Symptome des Jugendlichen zum Erliegen zu bringen, und dann gibt es weitere individuelle Themen. Aber es ist erst einmal ein systemisches Vorgehen, das die Familie fokussiert, und entschieden auch mit dem Interesse, auf der Symptomebene zu arbeiten. Das kennzeichnen eben die strukturelle Familientherapie und die Funktionale Familientherapie und die SBFT und die BFST auch. Und ob da weitere Interventionen dazukommen, ist dann sozusagen nachgeordnet aus meiner Sicht.

Moderator Stefan Lange: Herr Haun.

Markus Haun: Ich will noch mal versuchen, direkt auf das, was Frau Dr. Oelkers-Ax gesagt hat, einzugehen. Aus meiner Sicht ergibt sich das aus der Logik des Rahmens. Das wird ja hier wortwörtlich so beschrieben. Also, wenn ich den Kontext weiter mache, also sage, das, was hier an Problem ist, etwas ist, was sozial gemeinsam hergestellt wird, dann kann ich mich nicht auf ein höheres Konzept zurückziehen, wo ich mit dem Individuum eben beispielsweise über operante Konditionierung arbeite, sondern ich muss immer dann, wenn ich operante Konditionierung anwende, auf den größeren Rahmen zurückgreifen.

Insofern wäre mein Argument, wenn Sie wollen Bronfenbrenner oder ähnliche Ansätze, ökosystemische Modelle, dass, wenn der Rahmen weiter gezogen wird, sich das Rahmenmodell auch entsprechend anpassen muss. Ich sehe nicht, wie umgekehrt familientherapeutisches Arbeiten in einen individual kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz eingebettet sein soll. Das erschließt sich mir nicht, und es entspricht auch nicht meiner praktischen Erfahrung.

Moderator Stefan Lange: Gut. Okay. Vielleicht trotzdem noch mal zum grundsätzlichen Verständnis. Ich meine, ich bin in der Rolle als Moderator ganz glücklich, dass ich wenig davon weiß. Aber für mich stellt sich natürlich auch die Frage, wenn Sie einen Ansatz haben – den habe ich verstanden –, der erst einmal die Grundlage bildet, und dann einen zweiten Ansatz haben und sagen: Das wird immer so gemacht. Da bin ich mir nicht ganz sicher. – Das setzen Sie noch obendrauf. Und dann passiert irgendetwas mit der betroffenen Person. Wie können

Sie denn jetzt differenzieren, was von beidem eigentlich ursächlich war? Wenn Sie das mit der Familie sein gelassen hätten und sofort versucht hätten, das Verhalten zu ändern, dann hätte das genauso gut oder genauso schlecht funktioniert.

Das kann ich mir ehrlich gesagt auch noch nicht so richtig vorstellen, wie man das jetzt sozusagen voneinander trennen kann. Daher doch diese unbedingte Frage: Woran macht man fest, dass Sie sicher sein können, dass das mit der systemischen Therapie, mit den systemischen Ansätzen zu tun hat und nicht mit den weiteren Instrumenten, die wir auch in anderen psychotherapeutischen Verfahren kennen? Wie kann man das trennen?

Herr Haun, bitte.

Markus Haun: Aus meiner Sicht ergibt sich das aus dem Rational der Studie. Also, es gibt ja eine Vergleichsbedingung, in der kognitive Verhaltenstherapie hier angewandt wird, und das Erkenntnisinteresse ist ja hier, eben genau diesen Vergleich anzustellen. Das heißt, ich habe sozusagen irgendein Spezifikum, das die Vergleichsbedingung CBT hier sozusagen erweitert, und das ist getestet worden. Ich gebe Ihnen recht: Es wäre schön, wenn es eine große Stichprobe wäre und man es dismanteln und gucken könnte, wer sozusagen rein systemische Sachen hatte. Das wäre ideal. Aber da müssen wir uns nichts vormachen. Solche Studien gibt es in der Praxis nicht, und wir können uns dem nur annähern. Aber ich finde, hier ist es ja prototypisch gegenübergestellt.

Moderator Stefan Lange: Okay. Das habe ich erst mal verstanden. – Herr von Pluto Prondzinski, Herr Seidel, Frau Oelkers-Ax, Frau Markes.

Markus von Pluto Prondzinski: Ich hätte keine weiteren Fragen dazu.

Moderator Stefan Lange: Gut. Dann können wir doch zum nächsten Punkt. Habe ich jetzt jemanden abgewürgt? – Nein.

Markus von Pluto Prondzinski: Dann würde ich gerne auf den nächsten Ansatz eingehen. Der Ansatz wird abgekürzt mit RAP-P und heißt Resourceful Adolescent Parent Program. Das ist ein Ansatz, der in der Studie Pineda und Dadds 2013 zur Anwendung kommt. In dieser Publikation zu der Studie, die wir ausgeschlossen hatten, Sie aber einschließen würden, wird RAP-P als Psychoedukationsprogramm beschrieben, und Hinweise auf systemische Elemente konnten wir in dieser Studienpublikation tatsächlich nicht erkennen.

Sie erwähnen jetzt für diesen Ansatz mehrere Eigenschaften, unter anderem einen Fokus auf familiäre Beziehungen und Interaktionen und einen Fokus auf Zusammenhänge zwischen familiären Interaktionen und Symptomatik, die systemisch sein sollen.

Jetzt möchten wir Sie zu einem fragen, auf welche Quelle Sie sich in Ihrer Beschreibung von diesem Ansatz beziehen. Und woran würden Sie zum anderen festmachen, dass die systemischen Elemente gegenüber den übrigen Interventionselementen überwiegen?

Also auch hier die gleiche Frage wie bei SBFT und BFST, aber zunächst die Frage zu den Quellen.

Moderator Stefan Lange: Ja, das wäre vielleicht das Wichtigste. Wer möchte denn darauf antworten. Herr Retzlaff?

Rüdiger Retzlaff: Wir hatten ja in unserer Antwort beschrieben, dass in der Beschreibung der Intervention auch erläutert wird, dass der Fokus auf der Arbeit an den familiären Beziehungen und Interaktionen liegt, auf Zusammenhängen der interaktionellen Symptomatik, auf der Arbeit mit den Eltern, um Jugendlichen zu helfen, Veränderungen zu erreichen und dergleichen.

Psychoedukation oder Aufklärung, wie wir das eigentlich eher nennen, ist eine unspezifische Geschichte. In jedem Therapieverfahren ist es Pflicht der Behandler, den Patienten aufzuklären. Daher wäre das Geben von Informationen per se nicht spezifisch systemisch. Aber das, was ich gerade vorgetragen habe, dieser Fokus auf familiären Beziehungen, entspricht wiederum dem systemischen Grundmodell, so wie das auch in der Richtlinie beschrieben wird.

Moderator Stefan Lange: Okay. Hier habe ich den Eindruck, dass – – Ja, bitte, Herr Haun.

Markus Haun: Das Programm ist ja auch online beschrieben (Mitteilung via Chat³). Wahrscheinlich wird es Ihnen bekannt sein. So wie ich es verstehe – ich habe die Beschreibung für die Eltern auf –, kommt ja bereits im zweiten Satz, dass die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung bzw. die – und das ist aus meiner Sicht entscheidend – Anwesenheit von Familienkonflikten sozusagen – hier werden sie als Prädiktoren für Depression angeführt – der zentrale Fokus des therapeutischen Programms sind.

Ich meine, das kann man zurückführen bis auf Batesons „symmetrische Eskalation“ und Ähnliches. Das ist aus meiner Sicht, wenn Sie jetzt vorher nach einem Erklärungsmodell gefragt haben, klar, dass es in diese Richtung geht, und was die Intervention angeht, ist es ja in der Publikation selbst ausgeführt, dass – und das ist aus meiner Sicht ganz entscheidend – bereits in der ersten Sitzung ein ganz starker Fokus auf Stärke ist. Das wäre eben der Unterschied zu einem verhaltenstherapeutischen Modell, wo ich überhaupt erst mal Symptome benenne, Psychoedukation betreibe, dass hier von Anfang an auf etwas ganz anderes fokussiert wird, und das in Verbindung mit einerseits individuellen Stärken, also beim einzelnen Elternteil – so

³ <https://www.rap.qut.edu.au/programs/rap-p-for-parents>

verstehe ich das, „Identification of existing parental strength“, und andererseits auch Effective Parenting, also das Zusammenspiel der Eltern untereinander. Aus meiner Sicht entspricht das einem systemischen Vorgehen.

Das Manual ist leider nicht online verfügbar, aber das könnte man vielleicht auch noch zurate ziehen, wenn Sie es nicht eh schon haben.

Moderator Stefan Lange: Herr von Pluto Prondzinski.

Markus von Pluto Prondzinski: Das war unsere Frage nach den Quellen. Das Manual haben wir nicht. Sie hatten in Ihrer Stellungnahme auch nicht auf die Webseite verwiesen. Die haben wir bei der Recherche natürlich gefunden. Ein Manual wäre sicherlich hilfreich in diesem Punkt.

In der Vorbereitung haben wir tatsächlich diese Onlinequelle gefunden und können im Wesentlichen auch nachvollziehen, was Sie sagen. Die Elemente, die Sie in Ihrer Stellungnahme erwähnt haben, haben wir in der Beschreibung auf der Webseite schon grob finden können. Jetzt ist es allerdings so: Uns liegen natürlich die Publikationen zu der Studie vor, Pineda 2013. Die Psychoedukation scheint ja eine gewisse Rolle zu spielen. Ich würde gerne den Satz vorlesen, mit dem die Beschreibung in der Studienpublikation Pineda 2013 beginnt. Die Beschreibung dieses Ansatzes beginnt mit den Worten: „RAP-P consisted of an interactive psychoeducation program for parents of adolescents implemented over four 2-hour sessions.“

Das ist tatsächlich ein Eindruck, der sich uns zumindest aufdrängt: Ist es nicht hauptsächlich eine Psychoedukationsmaßnahme, also keine Therapie im engeren Sinne?

Moderator Stefan Lange: Jetzt haben sich Herr Retzlaff und Herr Haun gemeldet. Herr Retzlaff.

Rüdiger Retzlaff: Ich wollte noch darauf hinweisen: Wir haben Ihnen eine Publikation von Minuchin und Fishman zu den Techniken der strukturellen Familientherapie genannt. „Giving Information“ über Störungen ist dort eine Standardtechnik – dieses Buch ist aus den 70er-Jahren –, die man mit Familien auch macht. Man klärt sie auf über Magersucht, über Depression, über Ängste und wie man vorgehen kann. Das muss man wissen. Das ist eine ganz allgemeine unspezifische Sache.

Zu der Familiendynamik bzw. Herr Haun sagte zu den Ressourcen, das wäre ein Markenzeichen der systemischen Therapie, eben ressourcenorientiert vorzugehen und nicht zu meinen, dass man bestimmte Fertigkeiten erst an- oder abtrainieren muss, sondern dass zu einem erheblichen Teil eben auch Fähigkeiten vorhanden sind, die man nutzen kann.

Moderator Stefan Lange: Ja, jetzt aber vielleicht doch noch mal – Herr von Pluto Prondzinski hat es ja gerade vorgelesen –: Auch für mich als nicht ganz so im Thema Befindlichen hört sich das nun auch nicht gerade nach einem hochstrukturierten systemischen Ansatz an. Ich meine, wenn die Autoren ihre Therapie selber so beschreiben, dass sie die Leute einfach nur ein bisschen aufklären wollen – ich überspitze das etwas –, und das über einen überschaubaren Zeitraum – das muss man ja auch mal sagen –, woran macht man jetzt fest, dass das eine überwiegend systemische Therapieform ist?

Herr Haun, vielleicht können Sie uns das jetzt noch mal wirklich explizit auf dieses Zitat bezogen beantworten.

Markus Haun: Ja, dem würde ich vehement widersprechen. Zum einen vielleicht eine Vorbemerkung: Es gibt Untersuchungen dazu, was – –

Moderator Stefan Lange: Entschuldigung. Wem würden Sie da widersprechen?

Markus Haun: Ich würde dem vehement widersprechen, dass dieser erste Satz ein Indikator dafür ist, –

Moderator Stefan Lange: Okay.

Markus Haun: – dass es sich hier gar nicht um einen systemischen Ansatz handeln kann. Ich glaube, man muss dann schon weiterlesen. Es gibt auch Untersuchungen dazu, was Praktiker und auch Forscher unter Psychoedukation verstehen, und da gibt es ganz unterschiedliche Ergebnisse dazu. Ich glaube, das ist ein Allgemeinbegriff, der dann mit Inhalt gefüllt werden muss.

Wenn Sie jetzt mal auf die Webseite gehen, dann sehen Sie einerseits unter „Program content“ beispielsweise diesen Satz: (Mitteilung via Chat⁴) Der bezieht sich auf die Adoleszenten. Da findet aus meiner Sicht eine ganz klare Kontextualisierung im Kontext der Jugendlichen statt. Also, hier das Dilemma zwischen genährt zu werden, Geborgenheit zu bekommen und Schutz zu bekommen und dem Autonomiethema. Das kann nur interpersonell verhandelt werden. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz würde wiederum hier auf das Individuum setzen. Das ist der Unterschied aus meiner Sicht, dass es so kontextualisiert ist.

Das ist das Erklärungsmodell. Wenn Sie jetzt nach unten scrollen, dann sehen Sie eine Übersicht – das ist ganz unten – zu den Sessions, Key Messages und Outlines. Ich sehe hier nicht, dass es hier um eine defizitorientierte Psychoedukation geht, sondern es geht von Anfang an darum, Ressourcen zu benennen, natürlich nicht ohne die Leute abzuholen mit

⁴ „They are facilitated to discuss adolescent development and role transitions pertinent to this age group (e. g., the dilemma of balancing the need for nurturance and protectiveness, with the desire for growing independence.“

dem, womit sie kämpfen; das ist hier ja auch beschrieben. Aber es geht von Anfang an darum, Ressourcen zu benennen. Aus meiner Sicht ist das der große Unterschied.

Es geht um – Sitzung 2 – wieder um dieses Balancieren von Unabhängigkeit und Bindung. Auch das kann nur in einem interpersonellen Kontext verhandelt werden. Das wird nicht an die Terminologie angeschlossen – oder nur teilweise –, aber es ist inhaltlich aus meiner Sicht klar.

Moderator Stefan Lange: Ich habe das verstanden. – Herr von Pluto Prondzinski.

Markus von Pluto Prondzinski: Danke für den Hinweis. Ich gucke jetzt auch gerade in die Runde der Projektgruppe. Ich habe das auch verstanden und würde Ihre Ausführungen jetzt so interpretieren: Aus diesen Begriffen, mit denen die drei Sessions beschrieben werden, lesen Sie heraus, es kann nicht reine Psychoedukation gewesen sein, kein reiner Unterricht, keine reine Informationsvermittlung. Sie gerade das Wort „interaktionell“ benutzt. Damit meinen Sie, es muss psychotherapeutisch gearbeitet werden. Ich möchte das auf den Punkt bringen, das waren unsere Zweifel: Nicht nur „Ist es überwiegend systemisch oder nicht?“, sondern „Können wir wirklich davon ausgehen, dass es überhaupt eine Psychotherapie ist und nicht eine überwiegende Psychoedukation, die sich auf Informationsmittlung beschränkt?“ – Habe ich Sie da richtig verstanden?

Markus Haun: Da haben Sie mich richtig verstanden, und das würde ich auch noch dadurch unterstreichen, dass es den Punkt gibt, an dem beschrieben wird, dass diejenigen, die dort in der Therapeutenrolle waren, eben nicht in die Rolle von Experten gegangen sind. Auch das ist aus meiner Sicht klassisch systemisch, wenn Sie nämlich operationale Geschlossenheit – letzten Endes Kybernetik zweiter Ordnung – wenn Sie so ein Konzept wollen, und es evoziert in den Personen, die Sie gegenüber haben, letzten Endes Ressourcen und Resilienz. Also, es ist, wenn Sie wollen, eine indirekte Methode, Leute zu empowern und Selbstwirksamkeit aufzubauen. Das ist ein tragfähiges psychotherapeutisches Konzept aus meiner Sicht.

Moderator Stefan Lange: Okay. Dann vielen Dank für die Erläuterung – –

Markus Haun: Das ist vielleicht noch ein ganz großer Unterschied zum verhaltenstherapeutischen Ansatz. Ganz sicher.

Moderator Stefan Lange: Gut. Das haben wir auch noch zur Kenntnis genommen. – Frau Oelkers-Ax.

Rieke Oelkers-Ax: Herr von Pluto Prondzinski, könnten Sie vielleicht noch mal zur theoretischen Fundierung dieses Ansatzes Ihren Punkt bringen? Ich glaube, den können Sie jetzt prägnanter formulieren, als ich das kann. Die Frage ist ein bisschen ähnlich wie eben. Also, auch wenn die Autoren selber sich verorten in verschiedenen Wurzeln, wäre das so zu gewichten, dass man sagt, das Systemische wäre das Rahmenmodell und die anderen

Elemente wären eher eingehängt oder „Erfüllungsgehilfen“, sage ich mal in Anführungszeichen.

Moderator Stefan Lange: Herr von Pluto Prondzinski.

Markus von Pluto Prondzinski: Das möchte ich gerne ausführen. Das wäre sozusagen unsere zweite Frage gewesen. Ich wollte erst mal diesen Punkt mit der Psychoedukation klären. Das waren erst mal die grundsätzlichen Zweifel, die wir da hatten.

Das kann ich alles verstehen, was Sie dazu gesagt haben. Jetzt sind wir dem in der Vorbereitung natürlich noch etwas nachgegangen und haben mangels besserer Quellen gesucht, was wir zu diesem Ansatz finden. In dieser Vorabrecherche sind wir auf eine Beschreibung gestoßen, auf die Sie in Ihrer Stellungnahme nicht hingewiesen haben. Wie gesagt, das ist etwas, auf das wir gestoßen sind. Es handelt sich offenbar – das war unser Eindruck – von einem der Interventionsentwickler, Shochet. Vielleicht sagt Ihnen dieser Name etwas. Auf der Webseite war dieser Name ja auch zu finden.

In einem Buchbeitrag gibt es Ausführungen zur theoretischen Verortung dieses Programms RAP-P. Wir haben Sachen gefunden zu RAP-A, aber auch spezifisch zu diesem von Ihnen angesprochenen RAP-P-Programm, wo also wirklich geschrieben steht, dass es sich um eine Kombination aus systemischer Therapie – das haben wir gefunden –, Verhaltenstherapie, sozialer Lerntheorie und Psychoedukation handelt. Wenn man jetzt nur nach dem Raum gehen würde, welcher der Beschreibung dieser einzelnen Elemente gewidmet wird, dann halten sich die Beschreibungen der systemischen und der Verhaltenstherapie ungefähr die Waage. Wir haben da sehr viele spezifisch verhaltenstherapeutische Elemente gefunden. Wie gesagt, es ist eine Quelle, auf die Sie uns nicht hingewiesen haben, aber zumindest war das etwas, was gewisse Zweifel bei uns hat aufkommen lassen.

Moderator Stefan Lange: Herr Haun.

Markus Haun: Ja, es ist vielleicht ein bisschen polemisch, aber ich sage es trotzdem: Wenn ich gucken will, ob ich auf meinem Beet Tulpen habe, dann gucke ich auf mein Beet und nicht auf das Nachbarbeet. Ich würde mich auf die Beschreibung stützen, die hier auf der Webseite erwähnt ist.

Wir haben hier ja „three major themes“ unter „Program content“. Wir haben Eltern, wir haben Jugendliche, und wir haben ein gemeinsames, sozusagen systemisches interaktionelles Thema, nämlich „Promoting Family Harmony“. Also, Therapien werden weiterentwickelt. Ich weiß nicht, wie die Publikation, die Sie da zitieren, zeitlich einzusortieren ist, aber ich finde, es wäre fairer, anhand dieser Beschreibung zu gucken, wie man das einordnet, als jetzt an Zweit- oder Drittpublikationen.

Moderator Stefan Lange: Okay. – Herr von Pluto Prondzinski.

Markus von Pluto Prondzinski: Diese Publikation, die wir gefunden haben, ist tatsächlich von 2002. Wenn Sie uns jetzt erklären würden, dass sich der Ansatz weiterentwickelt hat, wäre das sicherlich eine Erklärung für diese Widersprüche. Das muss ich vielleicht noch mal so deutlich sagen: Wir haben es wirklich als widersprüchliche Informationen empfunden, auf der Webseite das zu lesen, was Sie uns vorgestellt haben, und das, was wir in diesem Buchbeitrag gefunden haben.

Was vielleicht auch noch wichtig ist: Die Informationen auf der Webseite äußern sich so explizit zur theoretischen Verortung ja nicht. Das ist eine Leerstelle, die dort bleibt, und diese Leerstelle wird sozusagen gefüllt durch das, was in dem Buchbeitrag von einem dieser offenbar Interventionsentwickler dazu geschrieben steht. Unser Eindruck war, die Webseite machte viele unspezifische Ausführungen. Man kann mit vielen Elementen, wie Sie das ja auch gerade sehr nachvollziehbar dargelegt haben, etwas Systemisches verbinden, es gibt aber keine expliziten Ausführungen zur theoretischen Verortung. In diesem Buchbeitrag gab es das eben sehr wohl, und da wird auf eine Kombination aus systemischer und Verhaltenstherapie verwiesen.

Moderator Stefan Lange: Herr Haun.

Markus Haun: Die Studie ist also elf Jahre später als Ihre Publikation erschienen, wenn ich das richtig sehe, und auch die Rekrutierung wird wahrscheinlich deutlich später begonnen haben. Ich finde, es müsste dann schon eine Publikation sein, die zeitlich in den selben Rahmen fällt oder im Kontext dieser Studie verortet ist.

Die Webseite richtet sich aus meiner Sicht an die Menschen, um die es geht, nämlich an Betroffene, also Patienten und Familien, und deswegen ist sie, glaube ich, auch leicht verständlich formuliert. Wie gesagt, man könnte das Manual heranziehen. Vielleicht wüsste man dann mehr.

Ich würde noch ein anderes Argument bringen und sagen: Wo würde man das spezifisch Verhaltenstherapeutische sehen? – Ich sehe hier keine Verstärkerpläne, ich sehe hier keine Psychoedukation hinsichtlich einer Störungsspezifität oder Ähnlichem. Das Argument wäre dann erst mal zu führen.

Moderator Stefan Lange: Okay. Ich glaube, jetzt werden wir da auch nicht viel weiterkommen, fürchte ich, und wir nehmen das jetzt einfach so mit.

Dann kommen wir auf den nächsten Punkt, Herr von Pluto Prondzinski.

Markus von Pluto Prondzinski: PFIT, Positive Family Interaction Therapy, ist der letzte integrative Ansatz, auf den wir hier heute eingehen möchten. Darauf haben Sie uns in Ihrer Stellungnahme hingewiesen, und in der uns vorliegenden Beschreibung dieses Ansatzes ist nach unserem Eindruck nicht zwangsläufig eine systemische Ausrichtung erkennbar. Es könnten also auch andere Therapieverfahren dahinter stehen. Insbesondere ist unseres Erachtens nicht auszuschließen, dass es sich sogar um einen überwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz handelt.

In der Stellungnahme wird darauf hingewiesen, dass Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie lediglich innerhalb eines systemischen Grundverständnisses zum Einsatz kämen, dass also ein systemisches Störungs- und Therapieverständnis vorherrsche und dass dieser Ansatz PFIT den Fokus auf systemische Grundprinzipien setze.

Daher möchten wir Sie fragen: Was bedeutet es konkret, dass bei dem Ansatz PFIT verhaltenstherapeutische Techniken im Rahmen eines systemischen Grundverständnisses angewendet werden? Und inwiefern ist dadurch dieser Ansatz trotz der verhaltenstherapeutischen Techniken als überwiegend systemisch anzusehen?

Das sind eigentlich zwei Fragen, die wir da haben.

Moderator Stefan Lange: Wer von Ihnen beiden möchte versuchen, uns auf die Sprünge zu helfen? – Niemand?

Rüdiger Retzlaff: Ich kann ja mal den Anfang machen.

Moderator Stefan Lange: Ja, bitte.

Rüdiger Retzlaff: Wiederum würde ich da argumentieren, dass ein verhaltenstherapeutischer Zugang zur Behandlung von Zwangsstörungen anders aussehen würde. Das Modell ist ja, eine klassische Konditionierung operant aufrechterhalten. Davon habe ich überhaupt nichts gelesen. Es wird sehr stark darauf abgehoben, dass der familiäre Kontext entscheidend ist für die Therapie. Es wird auch darauf hingewiesen, dass Standardverfahren der Verhaltenstherapie ebenso wie eine medikamentöse Behandlung eigentlich nicht hinreichend seien, um dauerhaft Erfolge zu erzielen, und dass man familiäre Faktoren wie Konflikte, die Qualität der Beziehung und dergleichen usw. berücksichtigen muss, um eine Zwangsstörung angemessen zu behandeln. Das spricht für mich zunächst einmal sehr stark für ein systemisches Grundverständnis, das die Autoren hier an den Tag legen, und das ist ja auch der zentrale Punkt ihrer Intervention, also das Familiengeschehen. Es ist nicht die Rede davon, dass an erster Stelle Expositionen mit der Familie oder dergleichen mehr stehen, was man von einem verhaltenstherapeutischen Vorgehen entschieden erwarten würde. – Vielleicht so weit.

Moderator Stefan Lange: Danke. – Herr Haun, möchten Sie noch etwas ergänzen?

Markus Haun: ... (akustisch unverständlich) hat irgendwie herum sozusagen aus methodischer oder Design Sicht aus meiner Sicht ein indirektes Argument, das hier getestet wurde, gegen individuelle CBT, es also offensichtlich einen Unterschied geben muss. Und aus meiner Sicht wird es ja auf Seite 1036 auch spezifisch so benannt, wenn es heißt: PFIT is a tailored module designed specifically to address familial responses to OCD. – Und dann werden Beispiele gebracht wie Blame, Conflict, Cohesion Und da ist man einerseits wieder beim Erklärungsmodell, und andererseits wird es dann auch praktisch in der Therapie aufgegriffen, wenn es nämlich darum geht, dann gemeinsam Lösungen zu verhandeln im Hinblick auf zum Beispiel Familienkohäsion. Es ist aus meiner Sicht ein Endpunkt oder Outcome, der spezifisch ist für einen systemischen Ansatz, oder zumindest nichts, was Sie eindeutig über ein einzelnes Individuum definieren können, sondern es ist ein gemeinsam erzeugtes Gefühl. Als solches, denke ich, trägt der Ansatz dann praktisch dem Rechnung, was er auch als Erklärungsmodell anfänglich ausführt.

Moderator Stefan Lange: Okay. Jetzt vielleicht mal ganz kurz: Sie hatten es jetzt zum zweiten Mal gesagt, der Vergleich – also das als indirekten Hinweis – gegenüber einer Komponente sozusagen – das ist ja so was, was Sie vorhin Dismantling genannt haben; darüber müssen wir, glaube ich, noch mal nachdenken – würde ja bedeuten, dass im Grunde genommen die Studie, so sie denn positiv ausfällt, quasi ex post gleichzeitig klarstellt, dass es hier die systemische Komponente ist, die hier den Ausschlag für den Erfolg gibt. Aber darüber kann man wahrscheinlich noch mal nachdenken.

Sie schütteln den Kopf. Habe ich das falsch verstanden?

Markus Haun: Nein, man kann sich darüber streiten, ob – –

Moderator Stefan Lange: Mal ganz platt gesagt: Wenn man A plus B gegen B vergleicht und A plus B besser sind als B alleine, dann muss ja A irgendwas machen. So habe ich Sie jedenfalls verstanden. Damit ist dann auch klar, dass A irgendeine Rolle spielt bei dieser – – Aber gut. Vielleicht habe ich das eben auch falsch verstanden.

Markus Haun: Ja, meine persönliche Haltung wäre, dass das medizinische Modell in diesen Studien sowieso an die Grenzen kommt, aber ich glaube, darüber diskutieren wir hier nicht, weil es sozusagen auch allgemeine Wirkfaktoren gibt. Aber ich glaube, dass die Studien so angelegt werden, und aus meiner Sicht wäre es aus Studienleitersicht unsinnig, einen individuell verhaltenstherapeutischen Ansatz gegen einen zu testen, der auch primär individuell verhaltenstherapeutisch ist. Also ich denke schon, dass es hier darum geht, dass man sich ein Spezifikum gedacht hat, und ich finde, dass das auch entsprechend ausgeführt ist.

Moderator Stefan Lange: Okay. – Herr von Pluto Prondzinski.

Markus von Pluto Prondzinski: Danke für Ihre Hinweise dazu. Wir sind nicht so sehr an diesen indirekten Hinweisen, an diesen Indizienbeweisen sozusagen, interessiert, sondern wir würden es gerne festmachen an der konkreten Beschreibung der Intervention. Bei PFIT sind wir in der ganz komfortablen Situation, mit einem Manual arbeiten zu können. Das gibt es ja nicht immer. Hier gibt es jetzt ein Manual. Das haben wir uns im Vorfeld angeschaut.

Sie haben sich ja gerade sehr ausführlich dazu geäußert, warum Sie meinen, dass es wirklich systemisch ist. Das haben wir aufgeschrieben. Trotzdem würde ich Sie gerne noch mal konfrontieren mit dem Eindruck, den wir hatten, nachdem wir uns das Manual angeschaut haben. Wir haben auf der praktisch-therapeutischen Ebene einfach sehr viel verhaltenstherapeutisches entdeckt, und auf der Suche nach der systemischen Therapie war es schon so, dass wir hier und da etwas Systemisches entdeckt haben. Da gibt es dieses Schlagwort „Accommodation“; das haben wir gesehen. Als wir uns dieses Manual angeschaut haben und noch mal in die Stellungnahme gegangen sind, haben wir – vermutlich wird Ihnen das auch klar gewesen sein, und eigentlich möchten Sie uns darauf hinweisen – dieses Argument gefunden, dass es ein systemisches Grundverständnis gibt, und darüber muss man sich im Klaren sein, wenn man ein Manual vor sich hat, das sich wie ein verhaltenstherapeutisches Manual ausnimmt.

Deswegen noch mal die Frage, was das konkret angeht: Können Sie vielleicht bitte noch mal erläutern, wie sich das systemische Grundverständnis zum Beispiel im Rahmen einer Expositionsbehandlung äußern könnte? Denn ich glaube, es ist unstrittig, dass dort zum Teil solche verhaltenstherapeutischen Techniken beschrieben sind. Das heißt, ich muss mir einfach vorstellen, in dieser Studie wurde eine klassische Expositionstherapie durchgeführt. Jetzt interessiert uns: Was bedeutet ein systemisches Grundverständnis bei dieser Expositionstherapie, und inwiefern macht dieses Grundverständnis den Ansatz zu einer überwiegend systemischen Therapie?

Rüdiger Retzlaff: Ich kann ja mal versuchen, eine Antwort zu geben. Mit der Exposition ist das so eine Sache. Sigmund Freud hat schon um die vorletzte Jahrhundertwende geschrieben, wie er mit agoraphobischen Patienten Exposition macht. Er hat das nur anders genannt. Also, dass man auf Ängste zugehen muss, auf Dinge, die einen ängstigen, das ist ein Standard. Das gibt es in der Pädagogik eigentlich ganz genau so. Es gibt auch Studien zur sozialen Phobie von tiefenpsychologischer Seite, wo auch mit Exposition gearbeitet wird. Es wird dann etwas anders genannt.

Das systemische Grundverständnis von der Bedeutung der Familie bei Ängsten oder Zwängen ist zum Beispiel in dem Buch von Haim Omer dargelegt, wo es darum geht, dass die Familie als haltgebender Kontext junge Menschen ermuntert, sich Situationen, die mit Konflikten und Stress verbunden sind, zu stellen und dass die Familie miteinander so interagiert, dass sich Jugendliche gestärkt fühlen und den allfälligen Herausforderungen des Lebens eigentlich ganz

gut begegnen können. Da ist der Ansatz in diesem Verständnis erst mal, die Familie ist der Rahmen, der Kinder in die Lage versetzt, mit bestimmten Angst machenden oder Zwänge auslösenden Befürchtungen ganz gut umzugehen.

Das wäre der Fokus der Therapie, und dann wird man nachgeordnet auch jemanden anleiten, dass er sich seinen Ängsten natürlich stellen muss. Aber der Hauptfokus wäre die affektive Grundstimmung innerhalb der Familie, und der Ansatz daran, dass man versucht, da Konflikte oder stressvolle Interaktionen und dergleichen mehr aufzulösen. Das wird dann irgendwann auch darauf hinauslaufen, dass man jemandem hilft, sich zu stellen. Aber zum Beispiel achtsamkeitsbasierte Interventionen, die in allen Therapieverfahren heute gängig sind, wurden schon in den 60er-Jahren auch von Satir und anderen Familientherapeuten praktiziert und beschrieben und sind in alle Therapieverfahren mit eingegangen.

Daher wäre ich sehr vorsichtig oder skeptisch, wenn Sie anhand von bestimmten Interventionen ablesen wollten, dass sei nicht systemisch. Vielmehr wäre das Grundverständnis – das habe ich gerade zu erläutern versucht – die affektive Grundsituation in der Familie, die es zu verbessern gilt, damit sich ein Jugendlicher dem Leben stellen kann.

Moderator Stefan Lange: Herr Haun, Sie möchten noch etwas ergänzen?

Markus Haun: Genau. Wenn ich es noch richtig im Ohr habe, war die Frage, woran wir oder ich das spezifisch ablese. Ich würde dem zustimmen, was Herr Retzlaff gesagt hat. Bezogen auf die konkrete Arbeit: Für mich ist entscheidend – ich glaube, das ist der erste vollständige Satz auf der Seite 1036 in der Publikation Peris 2017 –, dass es eben spezifisch um die familiäre Antwort geht. Es geht nicht um Familienmitglieder, es geht nicht um Einzelindividuen. Ausgehend von diesem Rahmen wird weiter auf dieser Ebene argumentiert. Es geht dann um den Fokus „on the role of the family“ im Weiteren. Dann geht es um „functional analysis of difficult family situations“ usw. Also, auch hier ist ähnlich wie im vorherigen Fall die Verschachtelung so, dass ein Rahmenkonzept eingeführt wird, das zum Beispiel leitet, was für mich die therapeutische Einheit ist, nämlich die Familie, und dann wird über verschiedene Instrumente, zu denen auch verhaltenstherapeutische Aspekte oder Tools gehören, gearbeitet. Das wäre für mich das Argument, warum ich das so einordnen würde.

Und im Übrigen geht es in dieser 24er Publikation im Titel auch um Konflikte, und geht es eben nicht um Verhalten. Mir liegt die leider nicht vor. Insofern kann ich da nicht so tief reingehen wie Sie, aber zumindest finde ich das sozusagen signifikant, weil man hier immerhin von einem Zwang spricht. Damit wird ganz klar ein anderer Fokus gewählt, nämlich ein interpersoneller.

Moderator Stefan Lange: Gut. Okay. – Herr von Pluto Prondzinski.

Markus von Pluto Prondzinski: Danke für die Erläuterungen. Wir haben das mitgeschrieben. Ich habe jetzt so weit erst mal keine Fragen. Ich weiß nicht, wie das bei den übrigen Projektgruppenmitgliedern ist.

Moderator Stefan Lange: Frau Oelkers-Ax.

Rieke Oelkers-Ax: Ja, ich hänge gerade noch an den letzten Punkten. Wie können wir sicherstellen, dass die Familie wirklich der Fokus ist und nicht nur das Setting für verhaltenstherapeutische Interventionen, funktionelle Analyse usw., sondern vom Störungsmodell her vielleicht der Rahmen?

Moderator Stefan Lange: Herr Haun.

Markus Haun: Wie gesagt, ich kann jetzt nur mit der Publikation arbeiten. Aber wenn ich Sätze lese wie: „Families are taught to attend to functional analysis of difficult family situations“, dann wird ja auf das Milieu in der Familie abgehoben, und das zeigt sich dann auch in Outcomes, die dann gemessen werden. Familiäre Kohäsion ist, glaube ich, ein sekundärer Outcome, wenn ich es vorne richtig gesehen habe.

Also, aus meiner Sicht zieht sich das durch: Erklärungsmodell, die Art, wie gearbeitet wird, und auch was gemessen wird. Es werden natürlich auch individuelle Outcomes gemessen, aber aus meiner Sicht trägt es. Ich könnte jetzt noch mal bei Supervision gucken, aber so weit bin ich jetzt noch nicht vorgedrungen.

Moderator Stefan Lange: Ich glaube, das ist jetzt nicht zwingend notwendig. Ich glaube, der Punkt ist verstanden. – Herr von Pluto Prondzinski.

Markus von Pluto Prondzinski: Ich würde dann an die Frage von Frau Oelkers-Ax anschließen wollen. Sie argumentieren so, dass Sie sagen, es wäre quasi ein Fehler, die Einordnung des Ansatzes an dem konkreten therapeutischen Arbeiten festmachen zu wollen. Man könnte auf diese Weise übersehen, dass es eigentlich dieses systemische Grundverständnis gibt, und das ist entscheidend für die Einordnung des Ansatzes. Das haben Sie gerade ausgeführt, und das habe ich auch verstanden.

Jetzt frage ich mich dennoch: Ich erinnere mich nämlich gerade daran, dass wir im Vorbericht zur systemischen Therapie im Anwendungsbereich zu psychotropen Substanzen Studien eingeschlossen haben, in denen in der Prüfintervention eine systemische Therapie gemacht wurde, kombiniert mit motivationsfördernden Maßnahmen, die der Therapie vorangeschaltet waren. Wir hatten uns länger damit beschäftigt, ob das irgendein Problem ist. Da haben wir festgestellt, das ist vermutlich kein Problem, weil man bei einer Substanzkonsumbehandlung vielleicht sogar einfach davon ausgehen muss, dass solche motivationsfördernden Maßnahmen im Vorfeld notwendig sind. Das würde man vielleicht in jeder Therapieform so

machen, ob nun eine systemische oder Verhaltenstherapie, und wir können das sozusagen – etwas salopp gesprochen – etwas ignorieren, dass es da Motivational Interviewing gab. So sind wir da vorgegangen.

Jetzt fühlte ich mich gerade ein bisschen daran erinnert, wenn Sie sagen, das konkrete therapeutische Arbeiten auf der einen Seite und dann das systemische Grundverständnis auf der andere Seite. Ich frage mich, ob wir hier nicht eine ähnliche Situation haben, nur unter anderen Vorzeichen. Deswegen wäre jetzt meine Frage: Ist das denn ein überzeugendes Argument, sozusagen vom konkreten therapeutischen Arbeiten abzusehen, unter dem Hinweis darauf, welche Erklärungsansätze es vielleicht für dieses konkrete therapeutische Arbeiten gab? Ansonsten müsste man vielleicht auch ein Problem in den Studien sehen, die wir im Bereich „psychotrope Substanzen“ berücksichtigt hatten. Man müsste sagen, die motivationsfördernden Maßnahmen spielen sehr wohl eine Rolle, und das wäre dann ein Problem für die Berücksichtigung dieser Studien.

Moderator Stefan Lange: Gut. – Herr Haun und Herr Retzlaff, und dann müssen wir das Thema beenden. Denn ich glaube, dass wir jetzt nicht mehr weiterkommen. – Herr Haun, bitte.

Markus Haun: Also, ich sehe tatsächlich bei Motivational Interviewing eine gewisse Sonderrolle, weil ich da eine Überlappung zu genuinen systemischen Konzepten sehe, wie beispielsweise Ambivalenzverstärkung oder Ambivalenzcoaching. Insofern, glaube ich, wäre das noch mal differenzierter zu betrachten.

Noch mal: Ich würde einfach dafür argumentieren, dass sich die einzelnen Interventionen immer aus dem Gesamtkonzept ableiten, das ich habe. Und hier wird es sozusagen noch explizit sogar auf der evaluativen Ebene benannt, dass die Analyseeinheit die Familie ist. Das heißt, ich gucke mir an, was in der Familie passiert, und entscheide danach: Arbeite ich jetzt mit der Eltern-Dyade, arbeite ich triadisch, arbeite ich mit dem Gesamtsystem? Oder arbeite ich individuell und setze da in dem zweiten oder dritten Schritt auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen ein?

Wenn ich also insofern eine Einzelintervention beobachte, brauche ich den Kontext, um zu verstehen, was damit therapeutisch bewirkt werden soll.

Moderator Stefan Lange: Herr Retzlaff.

Rüdiger Retzlaff: Ich würde gerne die Zweifel von Ihnen, Herr von Pluto Prondzinski, gerne zerstreuen. Also, Engagement Strategien sind etwa zehn, zwölf Jahre entwickelt worden, nachdem Familientherapeuten struktureller Prägung wie Stanton sogenannte Engagement Strategien speziell für Jugendliche mit Substanzstörungen entwickelt haben. Und die Arbeit an der Motivation ist von Watzlawick beschrieben worden, von Wickland und de Shazer, die

aus sogenannten Schaufensterkunden oder unmotivierten Leuten Kunden machten. Das gehört, glaube ich, wirklich zur systemischen Therapie dazu.

Es geht auch nicht darum, dass man die Techniken völlig ignoriert, sondern man braucht eine bestimmte Grundhaltung, ressourcenorientiert, lösungsorientiert und und und, und in diese werden die Techniken eingebettet. Also, die Techniken wirken nach unserer Einschätzung eher durch so ein Gesamtverständnis, aber natürlich brauchen wir auch spezifische Techniken. Das nur als Klarstellung.

Moderator Stefan Lange: Okay. Vielen Dank. Ich würde das Ganze jetzt nur ungern noch ausweiten. Das, glaube ich, wäre nicht so – – Ansonsten wird es uferlos.

Ich habe den Eindruck, dass Sie jetzt noch mal sehr deutlich auch Ihre Sichtweisen klargemacht haben; das wiederholt sich jetzt auch ein Stück. Ob das dann in der Projektgruppe sämtliche Zweifel zerstreuen kann, das müssen wir dann im Nachhinein noch mal schauen.

Dann noch mal die Frage – –

Markus Haun: Es kann jeweils differenziert belegt werden an den einzelnen Arbeiten, finde ich. Es wird schon deutlich, wenn man reinguckt.

Moderator Stefan Lange: Das haben wir schon verstanden, Herr Haun. Ich glaube, Sie haben das alles sehr deutlich gemacht.

Herr von Pluto Prondzinski, Herr Seidel, Frau Markes?

Markus von Pluto Prondzinski: Ich habe keine weiteren Fragen mehr.

Moderator Stefan Lange: Frau Oelkers-Ax? – Gut. Dann schließen wir auch diesen Tagesordnungspunkt 2 ab und kommen zu:

2.4.4 Tagesordnungspunkt 3: Verschiedenes

Wie gesagt, wie eingangs gesagt, gibt Ihnen das noch die Gelegenheit, etwas anzusprechen, was Sie uns noch unbedingt mitteilen wollen, allerdings ohne Gewähr, dass wir uns dazu äußern. Denn eigentlich schien uns bis auf diese Punkte, die wir heute auf die Tagesordnung gesetzt haben, alles so weit klar.

Möchten Sie noch etwas loswerden? – Herr Haun.

Markus Haun: Ich hätte tatsächlich eine Nachfrage zum Ausschluss der Boyer-Studie in unserer Stellungnahme auf Seite 12. Die ist ja nach dem Kriterium E2 ausgeschlossen worden. Wenn ich es richtig verstanden habe, ist ja das Argument, dass Sie zu dem Schluss kamen, dass die Intervention keine systemische Therapie beinhaltet. Habe ich das richtig verstanden?

Moderator Stefan Lange: Das ist eine einfache Frage, die mit Ja oder Nein zu beantworten ist.

Markus von Pluto Prondzinski: Grundsätzlich ja. Wir konnten keine systemische Therapie erkennen, muss man dazu sagen.

Markus Haun: Okay. Also, uns ging es ähnlich, und wir haben jetzt sozusagen noch versucht, das Manual zu erhalten. Das war relativ schwierig, weil es nur auf Niederländisch vorliegt. Es ist mittlerweile da. Da gibt es einen allgemeinen einleitenden Teil, der – ich bin mir nicht ganz sicher – sogar mit „Theorie“ überschrieben ist, und eigentlich alle Studien, die dort zitiert werden – das ist zwar Sekundärliteratur –, beziehen sich im Weiteren auf Steve de Shazer. Deswegen habe ich nicht ganz verstanden, wie Sie zu diesem Schluss kamen. Ich kann Ihnen auch entweder jetzt direkt oder im Nachgang anhand der einzelnen Nachweise eine Aufstellung zeigen. Das würde ich gerne noch mal diskutieren.

Moderator Stefan Lange: Nein, ich glaube, wir diskutieren jetzt möglichst nicht. Wir haben das jetzt zur Kenntnis genommen, und das ist uns auch insoweit klar. Wenn Sie uns noch was im Nachgang zukommen lassen wollen, gerne. Aber bitte jetzt nicht über die einzelnen Punkte Ihrer Stellungnahme – – Dann werden wir heute nicht mehr fertig.

Herr von Pluto Prondzinski, Sie möchten noch was dazu sagen.

Markus von Pluto Prondzinski: Ich ziehe zurück.

Moderator Stefan Lange: Das ist ja in Ordnung. Nur, es ist ja wunderbar, wenn Sie das Manual haben und uns das freundlicherweise zur Verfügung stellen wollen. Dann können wir das auch noch mal prüfen, aber jetzt werden wir uns nicht ad hoc dazu äußern. Die Frage war ja: Was war der Grund? – Und Sie hatten das richtig vermutet.

Markus Haun: Aus unserer Sicht ist einfach eine neue Information mit dem Manual dazugekommen, die wir noch ergänzen würden.

Moderator Stefan Lange: Gut. Das ist doch wunderbar. Vielen Dank dafür. Aber das können Sie sowieso. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, uns noch Hinweise zu geben, natürlich ohne Gewähr, dass wir sie berücksichtigen. Idealerweise erfolgt das im Rahmen unseres Stellungnahmeverfahrens; denn dann ist es für alle transparent. Wenn wir aber so etwas wie dieses Manual bekommen, werden wir uns natürlich überlegen, ob wir es uns dann doch noch mal anschauen.

Haben Sie noch einen Punkt für „Verschiedenes“? – Das ist nicht der Fall.

Dann danke ich Ihnen allen, aber insbesondere Ihnen beiden ganz herzlich, dass Sie sich die Zeit genommen haben, auch für Ihre Stellungnahme und die sehr profunde Diskussion und

Verdeutlichung Ihrer Sichtweisen. Das, denke ich, wird auch uns noch mal helfen, das einzuordnen. Dann werden wir sehen und Sie sehen, wie sich das Ganze dann im Abschlussbericht niederschlägt.

Dann verabschieden wir uns.

Markus Haun: Vielen Dank auch an Sie für die enorme Arbeit, die da drinsteckt. Das kann man ja kaum ermessen.

Moderator Stefan Lange: Vielen Dank. Das geht natürlich in erster Linie an die Projektgruppe. In der Tat, das war ja schon bei den Erwachsenen nicht ganz wenig, und jetzt sind wir bei den Kindern.

Rüdiger Retzlaff: Wir waren auch sehr froh über die Sachorientierung, die die Arbeitsgruppe da an den Tag gelegt hat. Das hat uns doch sehr beeindruckt und auch sehr positiv gestimmt.

Moderator Stefan Lange: Auch dafür danke. Wir bemühen uns bei allen Bewertungen, sachorientiert vorzugehen.

Können wir dann Schluss machen, Herr von Pluto Prondzinski?

Markus von Pluto Prondzinski: Danke. Wir haben keine weiteren Fragen.

Moderator Stefan Lange: Dann wünsche ich allen Beteiligten noch einen schönen Tag und vielen Dank. Bis zur nächsten Gelegenheit! Tschüss!

2.4.5 Während der Erörterung via Chat übermittelte Inhalte und Literaturangaben

- 1) Fried, E. I., Coomans, F., & Lorenzo-Luaces, L. (2020). The 341 737 ways of qualifying for the melancholic specifier. *The lancet. Psychiatry*, 7(6), 479–480.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30169-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30169-3).
- 2) Fried EI, Nesse RM. Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *J Affect Disord*. 2015 Feb 1;172:96-102. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.010. Epub 2014 Oct 14. PMID: 25451401; PMCID: PMC4397113.
- 3) Brent DA, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, Roth C, Iyengar S, Johnson BA. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Sep;54(9):877-85. doi: 10.1001/archpsyc.1997.01830210125017. PMID: 9294380.
- 4) <https://www.rap.qut.edu.au/programs/rap-p-for-parents>
- 5) „They are facilitated to discuss adolescent development and role transitions pertinent to this age group (e. g., the dilemma of balancing the need for nurturance and protectiveness, with the desire for growing independence.“

Anhang A Dokumentation der Stellungnahmen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A.1 Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen	A 2
A.1.1 Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)	A 2
A.1.2 Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e. V. (DPtV)	A 5
A.1.3 Systemische Gesellschaft Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e. V. (SG) und Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) e. V	A 8

A.1 Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

A.1.1 Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)

Autorinnen und Autoren

- Thyen, Ute



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie
und Jugendmedizin e.V.

Deckblatt
zur Stellungnahme zum IQWiG-Auftrag N21-03 Vorbericht
"Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen"

Kontaktdaten:

Prof. Dr. med. Ute Thyen, Präsidentin

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

Geschäftsstelle



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) zum IQWiG-Auftrag N21-03 Vorbericht "Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen"

Die DGSPJ begrüßt die Prüfung systemischer Therapieansätze für Kinder und Jugendliche und spricht sich ausdrücklich für eine Zulassung systemischer Therapien für diese Altersgruppe aus.

Die vorgestellte Literaturübersicht untersucht sehr systematisch störungsbezogene Interventionen über alle Altersgruppen und kommt dabei insgesamt zu dem Ergebnis, dass systemische Therapien anderen Behandlungen gleichwertig sind.

Bei der Durchsicht der Studien fällt auf, dass sie sehr überwiegend die Behandlung von Jugendlichen in den Mittelpunkt stellen. Jüngere Patient:innen (Kinder) finden sich wenig, hauptsächlich bei den Störungsbildern Angst- und Zwangsstörungen.

Ebenso fällt auf, dass die zitierten Studien sehr unterschiedliche Settings untersuchen. Sowohl in der Gruppe der systemischen Behandlungen als auch bei allen Vergleichs- und Kontrollgruppen finden sich Einzelsettings, Familiensettings, Gruppenbehandlungen mit Peers und reine Elterninterventionen. Bei der Auswertung der Ergebnisse wird nicht nach Alter und Setting unterschieden.

Aus der Erfahrung der Praxis könnte sich die Hypothese ableiten lassen, dass vor allem jüngere Kinder von Familiensettings profitieren. Diese Hypothese lässt sich mit der vorliegenden Analyse nicht prüfen.

Bedauerlich ist, dass die überwiegende Anzahl der Studien keine Aussagen trifft zum allgemeinen und sozialen Funktionsniveau und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Diese beiden Parameter würden Rückschlüsse auf die Teilhabe nach ICF ermöglichen, die so leider fehlen.

Es wird eine Studie zu frühkindlichen Mangelzuständen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zitiert. In diese Studie wurden offensichtlich nur Patient:innen mit Autismusspektrumstörungen eingeschlossen. Die „frühkindlichen Mangelzustände“ sind keiner Diagnosekategorie zuzuordnen. Zu ihnen sollte dann auch keine Bewertung erfolgen, sondern ausschließlich zu den Autismusspektrumstörungen. Das erscheint aus unserer Sicht auch deshalb wichtig, um keine Aussage zu mangelnder Wirksamkeit systemischer Therapien bei Bindungsstörungen zu postulieren, die eben nicht untersucht wurden.

Insgesamt fehlen Studien, vor allem bei jüngeren Kindern und unter Beachtung des therapeutischen Settings sowie der Auswirkung auf die Teilhabe. Dass sollte jedoch nicht dazu führen, die nach Praxiserfahrungen sehr wirksame systemische Therapie Kindern und Jugendlichen und ihren Familien vorzuenthalten.

A.1.2 Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e. V. (DPtV)

Autorinnen und Autoren

- Hentschel, Gebhard
- Lubisch, Barbara
- Ruh, Michael

Stellungnahme zum Vorbericht

Titel: Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen als Psychotherapieverfahren

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden
Ruh, Michael, Dipl.-Psych.
Lubisch, Barbara, Dipl.-Psych.
Hentschel, Gebhard, Dipl.-Psych.
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation:
DPTV - Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. Berufsverband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten e.V.
<input type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.

Insgesamt fällt am Vorbericht auf, dass eine deutliche Anzahl von Studien in verschiedenen Indikationsbereichen aufgrund des Kriteriums E2 („Intervention beinhaltet keine Systemische Therapie“) ausgeschlossen wurden. Dies ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht, da in den nachfolgend aufgeführten Studien die Qualifizierung des Therapieverfahrens als „Systemische Therapie“ sowohl in der Studienbeschreibung als auch in der Definition der beschriebenen Interventionen aus fachlich-psychotherapeutischer Sicht der „Systemischen Therapie“ zuzurechnen sind.

Es handelt sich dabei exemplarisch genannt um folgende Studien, deren Aufnahme wir für erforderlich halten:

1. Indikationsbereich Affektive Störungen: Brent DA, Holder D, Kolko D et al. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(9): 877-885.
2. Indikationsbereich Affektive Störungen: Pineda J, Dadds MR. Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013; 52(8): 851-862.
3. Indikationsbereich Zwangsstörungen: Peris TS, Rozenman MS, Sugar CA et al. Targeted Family Intervention for Complex Cases of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017; 56(12): 1034-1042.
4. Indikationsbereich Essstörungen: Robin AL, Siegel PT, Koepke T et al. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. J Dev Behav Pediatr 1994; 15(2): 111-116.
5. Indikationsbereich Hyperkinetische Störungen: Boyer BE, Geurts HM, Prins PJ et al. One-year follow-up of two novel CBTs for adolescents with ADHD. Eur Child Adolesc Psychiatry 2016; 25(3): 333-337.
6. Indikationsbereich Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: Henggeler SW, Pickrel SG, Brondino MJ. Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquents: outcomes, treatment fidelity, and transportability. Ment Health Serv Res 1999.
7. Indikationsbereich Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: Smith DC, Hall JA, Williams JK et al. Comparative efficacy of family and group treatment for adolescent substance abuse. Am J Addict 2006; 15 Suppl 1: 131-136.

A.1.3 Systemische Gesellschaft Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e. V. (SG) und Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) e. V

Autorinnen und Autoren

- Baumann, Sebastian
- Beher, Stefan
- Braus, Niels
- Haun, Markus W.
- Retzlaff, Rüdiger
- von Sydow, Kirsten

Stellungnahme zum Vorbericht

Berichtnr: N21-03

**Titel: Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen als
Psychotherapieverfahren**

**Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten
und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der
Anhörung zum [Berichtsplan / Vorbericht]“ auf der Internetseite des IQWiG
veröffentlicht.**

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden

Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.

Stefan Beher

Dr. Rüdiger Retzlaff

PD Dr. med. Markus W. Haun

Prof. Dr. Kirsten von Sydow

Niels Braus

Sebastian Baumann

Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)

im Namen folgender Institution / Organisation:

Systemische Gesellschaft e.V. und

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

als Privatperson(en)

Die systemischen Fachverbände Systemische Gesellschaft (SG) und Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) erkennen die enorme Leistung an, die der Erstellung des Vorberichts "Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen" (N21-03) vom 12. August 2022 zu Grunde liegt. Es existiert nun eine umfassende Übersicht über den Nutzen Systemischer Therapie für Kinder und Jugendliche durch eine fundierte Aufarbeitung der randomisierten Primärstudien auf Basis etablierter wissenschaftlicher Standards.

Aus Sicht der systemischen Fachverbände ist der Vorbericht hinsichtlich dreier Aspekte zu ergänzen bzw. kritisch zu diskutieren. Konkret möchten wir anregen, den Abschlussbericht

1. mit Bezug auf bisher vom IQWiG nicht identifizierte bzw. kürzlich neu erschienene randomisierte Primärstudien zu ergänzen,
2. die Einordnung mehrerer Primärstudien, die im Vorbericht auf Basis des Einschlusskriteriums E1 (PatientInnen mit Diagnose/Störung) oder des Kriteriums E2 (Intervention beinhaltet keine Systemische Therapie) noch ausgeschlossen wurden, zu revidieren sowie
3. eine veränderte Bewertung mehrerer Primärstudien auf Basis methodischer Erwägungen kritisch zu prüfen.

Im Folgenden gliedern wir unsere Stellungnahme entlang der Störungsbereiche und adressieren dort jeweils die eben genannten drei Aspekte. Schließlich weisen wir auf einige Aspekte hin, die zwar auftragsgemäß nicht berücksichtigt werden konnten, für die reale Versorgung der Versicherten aber eine wichtige Bedeutung haben.

Inhalt

1. [Affektive Störungen](#)
2. [Angst- und Zwangsstörungen](#)
3. [Essstörungen](#)
4. [Hyperkinetische Störungen](#)
5. [Störungen des Sozialverhaltens \(und delinquentes Verhalten\)](#)
6. [Substanzstörungen](#)
7. [Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen](#)
8. [Gemischte Störungen](#)
9. [Weitere Aspekte](#)
 1. Suizidalität
 2. Psychiatrische Notfälle
 3. Selbstverletzung
10. [Anhang: Dokumentation der Antwort auf zwei Autorenanfragen](#)
 1. Zu Le Grange et al. (2015)
 2. Zu Robbins (2011)
11. [Literatur](#)

1. Affektive Störungen

1.1 Bisher vom IQWiG nicht identifizierte bzw. kürzlich neu erschienene randomisierte Primärstudien

Nicht zutreffend

1.2 Einordnung mehrerer Primärstudien, die im Vorbericht auf Basis des Einschlusskriteriums E1 (PatientInnen mit Diagnose/Störung) oder des Kriteriums E2 (Intervention beinhaltet keine Systemische Therapie) noch ausgeschlossen wurden

A Einschlusskriterium E1

In der Konkretisierung der Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vom 19. August 2021 heißt es: „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“ (S.1). Dies ist auch insofern sinnvoll, als Validität und Reliabilität von Diagnosen, die anhand psychometrischer Messverfahren gestellt werden, für zahlreiche Störungen regelhaft der Güte der kategorialen Diagnosestellung ausschließlich auf Basis von ICD oder DSM überlegen sind (Vanheule 2014a, b).

- Bei **Kramer et al. 2014** wurden zwar keine Diagnosen nach ICD- oder DSM-Kriterien für eine depressive Störung gestellt, allerdings ein psychometrisch validiertes, normiertes und breit in der Versorgung implementiertes Messverfahren zum Screening auf depressive Störungen (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, CES-D) verwendet. Verglichen wird eine chat-basierte lösungsorientierte Therapie mit einer Wartelistenkontrollgruppe. Es zeigte sich ein kleiner Effekt nach 9 Wochen ($d=.18$) und ein großer Effekt nach 4,5 Monaten ($d=.79$); zudem eine klinisch bedeutsame Verbesserung in Bezug auf depressive Symptomatik zugunsten Systemischer Therapie nach 4,5 Monaten (Odds Ratio, $OR=3,07$, $p < .001$). Dieses Ergebnis sollte nicht zuletzt auch angesichts der wachsenden Bedeutung von chat-basierten Therapiemethoden (bspw. in Form von digitalen Gesundheitsanwendungen) in der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland beachtet werden.
- In der randomisierten Studie von **Rohde et al. 2014** erfüllten alle Probanden zu Studienbeginn die Diagnosekriterien depressiver Störungen, worunter Major Depression Disorder, Dysthymic Disorder, Depressive Disorder Not Otherwise Specified und Adjustment Disorder with Depressed Mood nach DSM- IV-TR subsumiert wurden. In der Publikation aus 2014 wurden jedoch nur die Anteile der Major Depression (54%) und der Dysthymic Disorder (18%) für die vorliegende Stichprobe beziffert. Die Schlussfolgerung, der Anteil der depressiven Störung sei bei 72%, ist allerdings aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar, da eine nachfolgende Publikation den Anteil der Depression Not Otherwise Specified auf 28% taxiert (Rohde et al. 2018, S.4). Somit lag der Anteil depressiver Störungen insgesamt bei 100% (54%+ 18%+ 28%) bzw. der Anteil der Adjustment Disorder with Depressed

Mood bei 0%. Da die Studie den besonderen Anwendungsbereich affektive Störungen bei komorbiden Substanzkonsumstörungen untersuchte, welche in der Praxis der ambulanten Psychotherapie hoch relevant ist (z.B. Grant et al. 2004) und zudem einen Vergleich zwischen Systemischer Therapie mit einem Richtlinienverfahren erlaubt, halten wir den Einbezug dieser Studie für den Anwendungsbereich der affektiven Störungen für zentral. Auch die korrekte Beschreibung im Vorbericht (S. 147), dass die Vergleichsintervention nicht auf die Substanzkonsumstörung abzielt, sondern auf die depressive Symptomatik, verstehen wir als Hinweis dafür, dass diese Studie in diesen Bereich eingeordnet werden muss.

B Einschlusskriterium E2

Wir erkennen an, dass die Zuordnung der Studienarme zu den verschiedenen Verfahren nicht immer leicht zu treffen ist. Unter anderem deswegen, weil bestimmte Interventionen und Vorgehensweisen nicht nur einem Verfahren zuzuordnen sind, sondern mehreren. Bei der folgenden Studie wurde die Einteilung der SFBT als systemtherapeutischer Studienarm aber bereits von einer Reihe von Wissenschaftlern der unterschiedlichen Psychotherapieschulen sowie des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) vorgenommen (s.u.). Wir finden es an dieser Stelle unglücklich, dass im Vorbericht generell keine Angaben darüber gemacht werden, weshalb eine Studie ausgeschlossen wurde. Sie sammelten sich lediglich in der sehr langen „Nicht E2“ – Liste. So ist es nicht möglich, auf die Argumente und Bewertungen der im Berichtsplan angegebenen Kriterien einzugehen und sie kritisch zu diskutieren. Es bleibt damit letztlich unklar, wie diese Einschätzung zu Stande gekommen sind und welche Gründe es für die Nichtberücksichtigung von Studien gab.

- **Brent et al. 1997** (und weitere, dazu gehörige Publikationen: Birmaher et al. 2000; Brent et al. 1998, 1999, Kolko et al. 2000; Renaud et al. 1998; Stein et al. 2001): Diese randomisierte Studie verglich bei N=107 Jugendlichen mit DSM-III-R Major Depression im Alter von 13-18 Jahren die Wirksamkeit von drei Interventionen: 1) CBT-Einzeltherapie, 2) Systemic Behavioral Family Therapy (SBFT) und 3) Nondirective Supportive Therapy (NST) Einzeltherapie. Es ergab sich eine hohe Wirksamkeit bzgl. der depressiven Symptomatik aller dreier Interventionen im Post-Test und im 2-Jahres-Follow-up. Bei der integrativ-systemischen Intervention (SBFT) handelte es sich um eine Kombination aus Functional Family Therapy und Behavioral Family Systems Therapy, ein an die strukturelle Familientherapie angelehnter Ansatz, den wir im Kapitel Essstörungen noch weiter diskutieren.

Folgende Einschätzungen anderer Wissenschaftler sprechen dafür, SBFT als überwiegend systemische Intervention zu klassifizieren:

- o Die Autoren selbst kontrastieren durchgängig „Family Therapy“ mit „CBT“ und „Supportive Therapy“ (z. B. Brent et al. 1997).
- o Chambless & Ollendick (2001, S.706) kommentieren in einem Flagship-Journal: “Brent et al (1997) obtained consistent results, showing that CBT was more effective than supportive, nondirective therapy with adolescents who have major depressive disorders. Moreover, CBT was marginally more effective than a family intervention utilizing techniques of functional family therapy”
- o Die Studie von Brent et al. 1997 war sowohl im ursprünglichen Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie dieser bereits

zugeordnet worden, als auch – nach intensiver Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als Systemische Therapie klassifiziert worden waren - einem Gremium, dessen stimmberechtigte Mitglieder damals (im Jahr 2008) etwa zur Hälfte aus Psychotherapeuten mit verhaltenstherapeutischem Hintergrund bestand:

https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/WBP/TabelleBSystemischeTherapieKJP.pdf).

- o Bei der Begutachtung der Verhaltenstherapie 2003 durch den WBP wurde der SBFT-Studienarm nicht zur Verhaltenstherapie gezählt.
- o Riedinger et al. 2017 klassifizieren SBFT in ihrer Metaanalyse (S. 12, Appendix A, Table A1) als Systemische Therapie.
- o Cottrell & Boston 2002 schreiben dazu in ihrem Practitioner Review: *The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents*: "Since then, Birmaher, Brent, and Kolko (2000) have published further findings of their comparison of short (12–16 weeks) cognitive behavioural therapy, systemic behavioural family therapy (SBFT), and non-directive support treatment in adolescents with DSM III-R major depressive disorder. SBFT (Brent et al. 1997) is described as a combination of functional family therapy and behavioural family systems therapy (described above) – it therefore falls within the domain of structural family therapies." (Cottrell & Boston 2002, S. 581)
- o Gegenprobe: In allen uns bekannten VT-Lehrbüchern der Kindes- und Jugendtherapie wird SBFT nicht erwähnt, so z.B. im „Lehrbuch der Verhaltenstherapie“ von Margraf und Schneider (2019, S. 662-687). Auf S. 685 wird dort der Erfolg des KVT-Arms in Birmaher, Brent et al 2000 erwähnt, die systemische Behandlungsgruppe wird hingegen nicht erwähnt.

Die *Functional Family Therapy* (FFT) wird international wie folgt definiert:

“This model was developed initially by James Alexander at the University of Utah and more recently by Tom Sexton at the University of Indiana (Robbins et al. 2016; Sexton 2016). It is a manualized model of systemic family therapy for adolescent conduct and substance use disorders. It involves distinct stages of engagement, where the emphasis is on forming a therapeutic alliance with family members; behaviour change, where the focus is on facilitating competent family problem solving; and generalization, where families learn to use new skills in a range of situations and to deal with setbacks” (Carr 2018, S.16). Der Autor verweist darauf, warum Systemische Therapie bei Depressionen (u.a. von Brent et al. 1997) wirkt: “Integrative theories of depression propose that episodes occur when genetically vulnerable individuals find themselves involved in stressful family systems in which there is limited access to socially supportive relationships (Brent and Maalouf 2015). Family-based therapy aims to reduce stress and increase support for young people within their families. But other factors also provide a rationale for family therapy. Not all young people respond to antidepressant medication. Also, some young people do not wish to take medication because of its side effects; and in some instances parents or clinicians are concerned that medication may increase the risk of suicide (Carr 2018, S.24).

Auch innerhalb der Systemischen Therapie wird problemlöse-orientiert vorgegangen (Haley 1977, Minuchin 1978, Minuchin & Fishman 1983). Anders als in der Verhaltenstherapie geschieht dies allerdings auf Ebene des Familiensystems in einem gemeinsamen Problemlöseprozess.

Im „Fragebogen zur Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen“ des G-BA haben wir auf S. 6f. beschrieben, warum die Funktionale Familientherapie ein systemisches Verfahren ist.

- **Pineda & Dadds 2013** verglichen “Resourceful Adolescent Parent Program (RAP-P)” (n=24) mit CBT (n=24) bei 12-17-jährigen mit der primären Diagnose einer Major Depression (nach DSM-IV). Das RAP-P zeigte signifikant bessere Ergebnisse auf den Endpunkten der Morbidität (CY-BOCS, Remissionsrate) und allgemeinem Wohlbefinden (CGI-I).

RAP-P basiert auf den folgenden Grundprinzipien der Systemischen Therapie: Ressourcenorientierung ("parents are encouraged to focus on their existing strengths, and to recognise their contribution to their adolescent's wellbeing."), Respekt vor den Anliegen der Klienten und therapeutische Beziehung „auf Augenhöhe“ („in the RAP-P program facilitators do not present themselves as ‚experts‘. Rather, group leaders take the role of collaborator with the parents“), Fokus auf familiäre Beziehungen und Interaktionen, Fokus auf Zusammenhänge zwischen familiären Interaktionen und Symptomatik, Arbeit allein mit den Eltern mit dem Ziel, durch Veränderungen bei den Eltern Veränderungen bei den Kindern zu erreichen (orientiert an der systemischen Epistemologie zirkulärer Wechselwirkungen im Familiensystem). In Übereinstimmung mit der Einordnung eines kürzlich veröffentlichten Reviews (Frey, Hunt, Russon & Diamond 2022) betrachten wir das Programm RAP-P als systemisch-integrativen Ansatz.

1.3 Methodische Aspekte

- Die Bewertung des Verzerrungspotentials der Studie von **Diamond et al. 2010** erscheint uns nicht ausreichend begründet – es ist daher nicht auszuschließen, dass sie fehlerhaft ist. In der Studie wird ausführlich beschrieben: “We used an adaptive or "urn" randomization procedure, maintained by the statistician, with four stratification variables: age, gender, past suicide attempt, and family conflict” (Diamond 2010, S. 5-6). Gemäß dem 2019 veröffentlichten Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2) der Cochrane RoB2 Development Group stellt Urnenrandomisierung eine adäquate Methode zur Randomisierung dar. Auch Schulz & Grimes (2002, S. 518) ordnen sie als „proper sequence generation approach“ ein.
- Nach unserer Einschätzung ist aus der Studie **Israel et al. 2013** klar erkenntlich, dass die Erzeugung der Behandlungsfolge im Zuge der Randomisierung adäquat, d.h. verdeckt erfolgte: „In order to ensure balanced distribution between the two treatments, an independent statistician, not connected to the study, prepared a randomization table and treatment assignment that was sealed in envelopes and numbered. Youth were stratified on their age, gender and depression severity (HAM-D >25). After pre-treatment evaluation, the research assistant (RA) opened the appropriate envelope to designate treatment assignment.” (Israel 2013, S. 339). Wir konzidieren, dass hier noch detaillierte Informationen zur Opakheit der Umschläge gegeben hätten werden können, dies aber in aller Regel in wissenschaftlichen

Publikationen aus Platzgründen nicht möglich ist. Mit der Versiegelung und Nummerierung der Umschläge erfüllte die Erzeugung der Behandlungsfolge die Standards, die das RoB 2 der Cochrane RoB2 Development Group anlegt. Wir schätzen daher das Verzerrungspotential für diese Studie als niedrig ein.

2. Angst- und Zwangsstörungen

2.1 Bisher vom IQWiG nicht identifizierte bzw. kürzlich neu erschienene randomisierte Primärstudien

Nicht zutreffend

2.2 Einordnung mehrerer Primärstudien, die im Vorbericht auf Basis des Einschlusskriteriums E1 (PatientInnen mit Diagnose/Störung) oder des Kriteriums E2 (Intervention beinhaltet keine Systemische Therapie) noch ausgeschlossen wurden

B Einschlusskriterium E2

- **Peris et al. 2017** verglichen den Behandlungsansatz “Positive Family Interaction Therapy (PFIT) inklusive einer Richtlinientherapiebehandlung (kognitive Verhaltenstherapie, KVT) plus Standardbehandlung mit einer Richtlinientherapie (KVT) mit Standardbehandlung mit einer Richtlinientherapie (KVT) bei N=62 8-17-Jährigen mit einer Zwangsstörung. Hierbei zeigte sich PFIT wirksam für eine Vielzahl von Endpunkten der Morbidität. Berücksichtigt man die Information aus der weiterführenden Publikation des Manuals (Peris & Piacentini 2016), wird ein systemisches Störungs- und Therapieverständnis deutlich: Im Rational für Familientherapie sollen Therapeuten deutlich machen, dass die Zwangsstörung das ganze Familiensystem beeinflusst und die Reaktionen der Familienmitglieder auf die Symptomatik zentral sind, inwiefern die Störung fortbesteht oder remittiert („Indicate that *OCD affects the whole family system* and that *how family members respond to symptoms* is important for determining whether it persists or remit”, Peris & Piacentini 2016, Chapter 1, S. 3). Das zentrale Störungsmodell von Zwangsstörungen („OCD-Circle“) wird um die Anpassungsprozesse der Familie als zentralen Faktor erweitert (Peris & Piacentini 2016, S. 15-18). Der Behandlungsansatz PFIT wurde in deutlicher Abgrenzung zur KVT entwickelt und bezieht den Familienkontext stärker mit ein (Peris & Piacentini 2016, Chapter Introductory Information for Therapists, S. 19-20). Die Grundprinzipien von PFIT setzen im Sinne der Grundprinzipien der Systemischen Therapie den Fokus auf die Reaktion der Familie auf die Zwangssymptomatik. Wie in einer Metaanalyse zur Familientherapie bei Zwangsstörungen (McGrath & Abbott 2019) festgehalten, wird der Ansatz von Peris 2017 im Hinblick auf folgende Grundprinzipien zusammengefasst: „One-h family sessions were added to child-focused sessions every second week in studies by Peris and Piacentini (2013) and Peris et al. (2017), targeting FA (family accommodation), family conflict, and blame, and enhancing cohesion and problem-solving skills” (McGrath & Abbott 2019, S.480). Betrachtet man die genauere Beschreibung der einzelnen Sitzungen, werden folgende Grundprinzipien Systemischer Therapie als zentrale Grundlagen des

Programms deutlich: Ressourcenorientierung (Family Strengths and Accomplishments, Session 1, Fokus auf erlernte Fähigkeiten nach jeder Sitzung ab Session 2), Lösungsorientierung (Family Problem Solving in Session 3 and the following sessions, Consolidation of treatment gains in Session 6), Fokus auf Zusammenhänge zwischen familiären Interaktionen und Symptomatik (Rational for Family therapy in Session 1, Family members emotional reaction to OCD in Session 2, Modelling healthy responses to anxiety in Session 5). Insgesamt setzt das Behandlungsprogramm PFIT den Fokus auf systemische Grundprinzipien. Da KVT-Techniken wie Expositionsverfahren lediglich innerhalb eines systemischen Grundverständnisses zum Einsatz kommen (Peris & Piacentini 2016), gehen wir von einem systemisch-integrativen Ansatz aus.

2.3 Methodische Aspekte

- Obwohl auf S. 244 des Vorberichts die Zahl der ausgeschlossenen Studien auf Grund von sprachlichen Hürden mit „0“ beziffert wurde, findet sich die randomisierte chinesische Studie von **Zhaohua & Bixiu 2011** im Anhang auf der diesen Umstand adressierenden „Nicht E6“-Liste. In dieser Studie wurden bei N=62 12-18jährigen Jugendlichen mit Angststörung gemäß dem psychometrisch validierten Messverfahren der CCMD-3 Familientherapie plus Medikation mit alleiniger Medikation verglichen. Die Medikation erfolgte mit dem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Sertralin in einer Dosis von 50-100 mg in beiden Gruppen ohne statistisch bedeutsame Unterschiede in der Dosierung. Die Kombinationsbedingung zeigte sich der alleinigen Medikation überlegen im Post-Test bzgl. der Angstsymptomatik. Die chinesische Originalpublikation mit englischer Zusammenfassung sowie eine Übersetzung ins Englische wird mit der Stellungnahme übermittelt. Wir bitten um Berücksichtigung dieser wichtigen Studie.

3. Essstörungen

3.1 Bisher vom IQWiG nicht identifizierte bzw. kürzlich neu erschienene randomisierte Primärstudien

Nicht zutreffend

3.2 Einordnung mehrerer Primärstudien, die im Vorbericht auf Basis des Einschlusskriteriums E1 (PatientInnen mit Diagnose/Störung) oder des Kriteriums E2 (Intervention beinhaltet keine Systemische Therapie) noch ausgeschlossen wurden

A Einschlusskriterium E1

Die Diagnosen Binge Eating Disorder und Adipositas wurden ausgeschlossen („keine psychische Störung“). Bei der Binge-Eating Störung handelt es sich um ein seit Jahrzehnten klar umschriebenes Störungsbild (siehe bspw. Brownley et al. 2016 und Kjeldbjerg et al. 2021), das im 2013 veröffentlichten DSM-V als Diagnose definiert ist und in Deutschland bisher im ICD-10 über die Ziffer F50.8 diagnostiziert wurde. In der seit 01.01.2022 gültigen

ICD-11 ist es mit 6B82 Binge Eating Disorder ausgewiesen (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1673294767>).

- Insofern sollte die Studie von **Castellnuovo et al. 2011a/2011b** zur Binge-Eating-Störung mit Adipositas berücksichtigt werden: Die systemtherapeutische Intervention basierte auf der Brief Strategic Therapy (BST). Primäre Endpunkte waren der Global Index of the Outcome Questionnaire (OQ 45.2), sekundäre Endpunkte lagen in der Reduktion wöchentlicher Essanfälle (wöchentliche Anfälle < 2) und Gewichtsabnahme. Messpunkte waren Baseline zu Beginn der Entlassung aus der Klinik (ca. 1 Monat danach) und 6 Monate nach der Entlassung: Das Outcome von stationärer Therapie plus verhaltenstherapeutischen Telefonkontakten unterschied sich zunächst nicht von stationärer Therapie plus Systemischer Therapie per Telefon, doch im Follow-Up ergaben sich signifikante Unterschiede zugunsten der Systemischen Therapie. Bei der Kontrolle nach 6 Monaten gab es größere Verbesserungen in der BST im Vergleich zur CBT-Gruppe ($P < .01$) bei den primären Endpunkten. Bei den sekundären Endpunkten wurden bei Entlassung und nach 6 Monaten keine statistisch bedeutsamen Gruppenunterschiede gefunden. Allerdings zeigte sich, dass die Reduktion der Essattacken nach 6 Monaten bei der BST günstiger war (lediglich 20% der Patienten in der BST Gruppe berichteten wöchentliche Binge Attacks > 2 vs. 63.3% in der CBT-Gruppe).

B Einschlusskriterium E2

- Die Studie von **Robin & Siegel 1994** zu Behavioral Family Systems Therapy (BFST) muss aus unserer Sicht in der Nutzenbewertung berücksichtigt werden, da es sich um ein systemisch-integratives Verfahren handelt. Dort wurde bei $N=37$ Probanden die Wirkung von Ego-oriented Individual Therapy (EOIT) mit BSFT verglichen. Im systemtherapeutischen Studienarm gab es eine statistisch und vor allem klinisch bedeutsame Verbesserung des Body-Mass-Index und hinsichtlich des Wiedereintretens der Menstruation. Einstellungen zum Essen, Depressivität und die Familieninteraktion waren in beiden Gruppen gleich.

BSFT (Robin et al. 1994, 1999) wurde zur Behandlung anorektischer Jugendlicher entwickelt und wird auch bei der Behandlung von Diabetes eingesetzt. Das Verfahren orientiert sich an der strukturellen Familientherapie nach Jay Haley. Die Interventionen zielen darauf ab, dysfunktionale strukturelle Merkmale des Familiensystems zu identifizieren und zu verändern (z. B. Verstrickung („enmeshment“), Triangulation und Hierarchieumkehr sowie „Cross-generational“-Koalitionen; Robin et al. 1994, S. 113; Wysocki et al. 2000, S. 27). Daneben werden auch Problemlöse- und Kommunikationsfertigkeitstrainings sowie kognitive Restrukturierungen durchgeführt.

BSFT sieht sich in der Tradition struktureller Therapien. So schließen die Autoren in einer zur Wirksamkeit dieses Modells bei Essstörungen Kinder und Jugendlicher (Robin et al., 1994; 1999) direkt an die vielbeachtete Studie von Russell et al. (1987) an, die ihrerseits am ehesten einem strukturellen Ansatz folgt: „The current investigators developed a very similar approach, behavioral family systems theory“ (Robin et al. 1999, 1483). Robin et al. (1999, S. 1485) beschreiben das von ihnen entwickelte Modell in drei Phasen, die der systemtherapeutischen Vorgehensweise

entspricht, wie sie von Minuchin (1978), Minuchin & Fishman (1983) und Haley (1981) entwickelt und später von der Maudsley-Gruppe (Lock et al. 2001) weiterentwickelt wurde. Sie gilt als gute systemische Praxis (vgl. auch Liechti 2008: Schritt 1: Umdeutung der Position der anorektischen jungen Person als hilflos, ohne Kontrolle, als Opfer der Anorexie, Coaching der Eltern, ein Team zu bilden und einen strukturierten Plan zur Gewichtszunahme zu entwickeln und umzusetzen, Schritt 2: Arbeit an verzerrten Glaubenssystemen („cognitions“) und an der Familieninteraktion, Schritt 3: mit Erreichen des Zielgewichts Verantwortung wird mehr und mehr an die Jugendliche zurückgegeben, Fokus der Therapie auf die Auflösung von Problemen, die Kommunikation und die Individuation/ Ablösung der jungen Person.

Die BSFT muss daher als Systemische Therapie klassifiziert werden:

- o BFST wurde vom WBP als Systemische Therapie gewertet (s.o.):
https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/WBP/TabelleBSystemischeTherapieKJP.pdf
- o Die Studie wird in verschiedenen einschlägigen Forschungsübersichten zur Wirksamkeit Systemischer Therapie benannt, z.B. bei Riedinger et al. 2017 sowie bei Cottrell & Boston 2002, S. 580.
- o “The therapists used (sic!) strategic interventions to assess and alter patterns of enmeshment, triangulation and coalitions, and hierarchy reversals, forming hypotheses about the role of the eating-disordered symptoms in maintaining the family homeostasis” (Robin et al. 1999, S. 1484). Dies entspricht für uns ganz eindeutig dem systemischen Paradigma. Eines der zentralen Werke von Jay Haley (1977) heißt im amerikanischen Original „Problem-solving therapy“; es gibt eine Fülle an systemischer Literatur zur Bedeutung und Veränderung der Wirklichkeitssicht von Familien, etwa von Reiss (1981) oder Retzlaff (2019).

3.3 Methodische Aspekte

- Bei **Le Grange et al. 2015** wird bzgl. des Endpunkts Hospitalisierung angeführt, die geringere Hospitalisierung bei Systemischer Therapie könne auf mögliche Unterschiede bei der Rate der psychiatrischen Komorbidität zurückzuführen sein. Dementgegen verwies ██████████ in einer Mail darauf, dass die Komorbidität in beiden Gruppen vergleichbar gewesen sei (s. Tabelle I). Ein Screenshot der Mail findet sich weiter unten im Kapitel 10.

Wenn die Hospitalisierungsraten durch Komorbiditäten neben der Essstörung verzerrt wären, gäbe es Unterschiede in der Komorbidität zwischen den Gruppen. Jedoch lässt sich mit den Werten aus der Studie von Le Grange 2015 (aus Tabelle 1) errechnen, dass sich die Gruppen nicht signifikant bzgl. der Komorbiditäten unterscheiden (Chi-Quadrat-Statistik (df = 1) 0,0041, p = ,95).

Zudem zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Depressivität (erfasst über das Beck Depression Inventory) zwischen den Gruppen ($t(107) = 0,54$, $p = ,59$). Es zeigten sich auch keine Unterschiede bzgl. Zwangssymptomatik (erfasst über CY-BOCS; $t(107) = 0,83$, $p = ,40$).

4. Hyperkinetische Störungen

4.1 Bisher vom IQWiG nicht identifizierte bzw. kürzlich neu erschienene randomisierte Primärstudien

- **Schorr-Sapir et al. 2022** belegten in einer randomisierten Studie an N=101 5-13jährigen Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose die überlegene Wirksamkeit Systemischer Therapie (Nonviolent Resistance, s. auch Weinblatt, 2018) gegenüber einer Wartelistenkontrollgruppe für verschiedene symptom-, aber auch elternbezogene Endpunkte, die größtenteils auch in einer Follow-Up-Erhebung bestehen blieben. Die systemische Intervention beeindruckte nicht zuletzt auch durch eine geringe Drop-Out-Quote von 5%, die bei anderen Interventionen nach Angabe der Autoren um ein Vielfaches höher ausfalle. Den Volltext der Studie übermitteln wir mit der Stellungnahme.

4.2 Einordnung mehrerer Primärstudien, die im Vorbericht auf Basis des Einschlusskriteriums E1 (PatientInnen mit Diagnose/Störung) oder des Kriteriums E2 (Intervention beinhaltet keine Systemische Therapie) noch ausgeschlossen wurden

B Einschlusskriterium E2

- Die Studie von **Boyer et al. 2015/2016** wurde im Vorbericht als „Nicht E2“ ausgeschlossen, vermutlich da im Titel der Vergleich von zwei angeblich neuen kognitiv-behavioralen Therapiekonzepten zur Behandlung von ADHS beschrieben wird. Diese Kategorisierung ist allerdings irreführend, denn bei einer der beiden so bezeichneten kognitiv-behavioralen Therapien handelt es sich in Wirklichkeit um eine lösungsorientierte, d.h. Systemische Therapie. Die N=159 untersuchten Jugendlichen konnten sich in ihrer ADHS-Symptomatik in beiden Gruppen im Ausmaß von großen Effektstärken verbessern und diese Erfolge auch in einer Follow-Up Erhebung nach einem Jahr halten, in der keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie festgestellt werden konnten, “indicating that focusing treatment on planning skills is not necessary for improvement or that a more prolonged planning-focused treatment is needed” (Boyer et al. 2016).

Der „Solution Focused Therapy (SFT)“ Therapiearm der Boyer-Studie ist aus unserer Sicht als Systemische Therapie zu klassifizieren, weil

- o schon allein der Begriff „Solution Focused Therapy“ klar auf Steve de Shazer und Insoo Kim So Berg zurückgeht, s. https://en.wikipedia.org/wiki/Solution_focused_brief_therapy.
- o die Solution Focused Therapy auch durch das IQWiG bei den Erwachsenen (Knekt-Studien) zurecht der Systemischen Therapie zugeordnet wurde;
- o Boyer et al. sich auf eine andere (nichtrandomisierte) Studie zur SFT beziehen, in der eine Intervention mit u.a. explizit „Systemic questions“ und „Solution focused ideas“ wie z.B. der „miracle questions“ beschrieben wird (s. Viner et al. 2003, S. 734, Table 1), die klar auf de Shazer zurückgehen. Dieser wird dort zwar nicht explizit zitiert, allerdings finden sich systemisch-narrative Autoren in den Referenzen; die der aktuellen deutschen Übersetzung von White & Epston 2020 entsprechen.

- o das Vorgehen von Boyer et al. (2015, S. 1080) selbst systemisch-lösungsorientiert beschrieben wird: „In the SFT, at every session the adolescent discussed a problem he/she encountered. Following fixed questions, the adolescent was guided towards a solution for the posited problem. The fixed questions were: (1) What is the subject you chose? Describe the situation. (2) How is the present situation a problem for you? (3) How would you like it to be? (4) What are solutions you used in the past and what are other possible solutions to the problem? (5) Does the situation, as it is now, have advantages? (6) Would you like to change the situation now/later/not at all, (7) if you choose to change, what is your plan? if you choose to change later or not at all, what are your considerations (pros and cons)? Every session started with the therapist asking the adolescent what went well in the past week and whether the subject of last week had to be discussed again today. In the parental sessions, the same questions were asked regarding parenting problems. In this treatment, the therapist did not tell the adolescent or parent what to do and did not teach them new skills, but guided them towards a solution, using the fixed questions”.

4.3 Methodische Aspekte

- **Zhu & Lian 2009** wurden im Vorbericht nicht berücksichtigt, da „keine verwertbaren Daten“ vorgelegen haben sollen. Dies mag dem Umstand geschuldet gewesen sein, dass die Originalpublikation auf Chinesisch (jedoch mit englischer Zusammenfassung) publiziert wurde und im Internet keine englische Übersetzung verfügbar ist. Aus dem Abstract und insbesondere der uns vorliegenden englischen Übersetzung dieser Originalstudie gehen allerdings eindeutig verwertbare Daten hervor, die eine Überlegenheit Systemischer Therapie (Structural Family Therapy) plus Medikation gegenüber alleiniger medikamentöser Therapie belegen. So konnten die Autoren an N=54 Kindern mit ADHS und oppositionellem Verhalten zeigen, dass die zusätzlich mit Systemischer Therapie behandelten Probanden zwölf Wochen nach der Behandlung statistisch bedeutsam bessere Werte auf verschiedenen symptom- und familienbezogenen Endpunkten erreichten. Die Übersetzung des publizierten chinesischen Textes übermitteln wir mit der Stellungnahme. Die Studie sollte unbedingt berücksichtigt werden.

5. Störungen des Sozialverhaltens

5.1 Bisher vom IQWiG nicht identifizierte bzw. kürzlich neu erschienene randomisierte Primärstudien

Die Volltexte der vier Studien übermitteln wir mit der Stellungnahme.

- **Ogden & Halliday-Boykins 2004** verglichen Multisystemische Therapie (MST) mit Treatment-as-Usual (TAU). Die Studie berichtet zwar keine ICD-/DSM-Diagnosen, aber “Dissocial behavior + problems in the clinical range of the CBCL (88%)”. Das

Outcome im Post-Test und im 2-Jahres Follow-Up (**Ogden & Amlund Hagen 2006**) war statistisch bedeutsam besser für MST als für TAU.

- **Weinblatt & Omer 2008** untersuchten 73 Elternteile aus 43 Familien mit Kindern mit Verhaltensproblemen im Vergleich zwischen einer Nonviolent resistance (NVR)-Gruppe und einer Wartelisten-Kontrollgruppe. Es wurden keine ICD/DSM-Diagnosen gestellt, aber die Child Behavior Checklist erhoben: „The externalizing and aggression subscales were used in our analyses. The positive findings on parental helplessness, child aggressive and externalizing behaviors, perceived parental support, and parents’ escalation and reconciliation behaviors show that NVR was effective in achieving its main and most explicit goals”.
- **Van Holen et al. 2018** verglichen bei N=62 6-18-jährigen Pflegekindern mit Verhaltensproblemen (externalizing behavior problems) die Wirksamkeit von "Nonviolent Resistance" vs. TAU. Verhaltensprobleme und andere Daten wurden bei den Pflegemüttern vor und nach der Intervention und im Follow-Up nach 3 Monaten erhoben. Im Posttest, ebenso wie im Follow-Up, waren die Gruppenunterschiede bzgl. der Verhaltensprobleme nicht signifikant. "Cohen’s effect sizes indicated small effects in favor of the intervention group with regard to internalizing, externalizing, and total problem behavior (d ranging from .21 to .33). Concerning parenting stress, one significant effect was found: experimental foster mothers experienced significant less problem severity than control foster mothers“. Eingeschlossen wurden nur Kinder mit klinischer Auffälligkeit im CBCL-Fremdrating der Pflegemutter: "Foster mothers completed a Child Behavior Checklist and foster-care workers completed a questionnaire regarding characteristics relating to the foster child, the current foster-care placement, the case history, the parents, and the foster parents. Foster parents were eligible if their foster child had a borderline or clinical score on the externalizing broad band or on one of the externalizing small-band scales of the CBCL”.

5.2 Einordnung mehrerer Primärstudien, die im Vorbericht auf Basis des Einschlusskriteriums E1 (PatientInnen mit Diagnose/Störung) oder des Kriteriums E2 (Intervention beinhaltet keine Systemische Therapie) noch ausgeschlossen wurden

A Einschlusskriterium E1

Auch hier verweisen wir auf die Auftragskonkretisierung des G-BA vom 19. August 2021, laut der Studien auch ohne ICD/DSM Diagnose durch den Einsatz eines allgemein anerkannten, standardisierten psychodiagnostischen Testverfahrens zu berücksichtigen sind.

- Die Studie von **Asscher et al. 2013** untersucht eine Population straffällig gewordener Jugendlicher zwar ohne Diagnose, aber mit einschlägigen Symptomen gemäß der CBCL: "Using the clinical cut-off score of the 90th percentile for the CBCL, 75 % of the adolescents were reported to have clinically elevated scores on externalizing behavior problems by their parents at baseline“ (Asscher et al., 2013, S. 173). MST erwies sich hier einer regulären Behandlung im Post-Test als überlegen in der Reduktion von Problemverhalten.
- **Valdez et al. 2013** untersuchten N=200 Jugendliche (Gang-Affiliated Mexican American Adolescents) und ihre Familien, die mit Brief Strategic Family Therapy

(BSFT) oder in einer Kontrollgruppe behandelt wurden (referrals to social and behavioral health services and substance abuse counseling upon request). Es wurden keine ICD/DSM-Diagnosen erhoben, aber verschiedene diagnostische Skalen zum Selbst- (Jugendliche) und Fremdrating (Eltern), hier u.a. die Conners' Rating Scale–Parent Version (CRSP-48) mit Subskalen, u.a. Verhaltensstörungen. Die Effekte von BSFT wurden u.a. wie folgt beschrieben: "There was a significant group by time interaction for parental reports of their child's conduct ($p = .009$), with the BSFT group parents reporting fewer conduct problems ($p = .01$, $d = .57$) at 6-month posttest ($M = 5.15$, $SD = 1.00$) than the control group ($M = 7.84$, $SD = .95$)".

- **Nickel, Mühlbacher et al. 2006** konnten in einer randomisierten Studie an $N = 72$ Jungen mit Bullying–Verhalten zeigen, dass BSFT bessere Ergebnisse erbrachte als eine Wartelisten-Kontrollgruppe: Bullying, risk taking behavior sowie expressive aggression konnten statistisch bedeutsam reduziert werden; ebenso das Cortisol-Level. Zu den diagnostischen Einschlusskriterien lässt sich der Publikation das Folgende entnehmen: "After the telephone interview, we determined that 83 adolescent boys potentially met the inclusion criteria for the study (Figure 1); these were invited with their families to participate in a face-to-face interview, *clinically tested for CD according to DSM-IV criteria*, and tested with the STAXI and the SF-36 (see below)". Und später: "Seventh, we made clinical diagnoses based only on DSM-IV criteria (without assessment tools)." Wir verstehen diese Passagen dahingehend, dass Verhaltensstörungen ein Einschlusskriterium bildeten, denn sonst wären diese Diagnosen, die später nicht mehr als Variable in der Auswertung auftauchen, kaum aufwändig vor dem Einschluss in die Studie erhoben worden.

5.3 Methodische Aspekte

Nicht zutreffend

6. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

6.1 Bisher vom IQWiG nicht identifizierte bzw. kürzlich neu erschienene randomisierte Primärstudien

Die Volltexte der beiden Studien übermitteln wir mit der Stellungnahme.

- **Joanning et al. 1992** verglichen Family Systems Therapy (Systemische Familientherapie; rein-systemischer Ansatz) mit Adolescent Group Therapy und Family Drug Education bei $N=60$ Jugendlichen im Alter von 11-20 Jahren mit Substanzmissbrauch. Adolescent Group Therapy entsprach einer Behandlung (Soziales Kompetenztraining), welche keiner Richtlinientherapie zugeordnet werden kann. Die zweite Kontrollgruppe kann als Psychoedukationsansatz beschrieben

werden. Family Systems Therapy zeigte sich effektiver, den Substanzgebrauch im Vergleich zu den beiden Kontrollbedingungen zu reduzieren.

- **Lewis et al. 1990** untersuchten N=84 Jugendliche im Alter zwischen 18-22 Jahren mit Substanzmissbrauch. Es wurde ein systemisch-integrativer familientherapeutischer Ansatz (Purdue Brief Family Therapy, PBFT) mit einem verhaltenstherapeutisch orientierten (insbesondere in Bezug zu konfrontativen Verfahren) und stark psychoedukativen Ansatz („training in a parenting skills program“, PSP) verglichen. Der systemtherapeutische Studienarm schnitt insbesondere in Bezug auf die Endpunkte Substanzgebrauch und –missbrauch besser ab.

6.2 Einordnung mehrerer Primärstudien, die im Vorbericht auf Basis des Einschlusskriteriums E1 (PatientInnen mit Diagnose/Störung) oder des Kriteriums E2 (Intervention beinhaltet keine Systemische Therapie) noch ausgeschlossen wurden

A Einschlusskriterium E1

- Bei **Liddle et al. 2004/ Liddle et al. 2009 (follow-up)** wurde die Frage bzgl. der Diagnosen in der Studienpopulation erst in der Publikation zum Follow-up (Liddle et al. 2009) klar beantwortet: Die Studie schloss Probanden ein, die ein ambulantes Behandlungsangebot auf Grund eines Substanzmissbrauchs in Anspruch nahmen. Zusätzlich wurden die Probanden darauf geprüft, ob sie die Behandlung wirklich auf Grund von Substanzmissbräuchen wahrnahmen oder ob doch andere Diagnosen vorlagen: „Of the 130 referrals, 83 (64%) were eligible and consented to participate. The remainder did not meet the study’s eligibility criteria, either because their problems warranted more intensive drug treatment (n=39) or they did not have any indication of substance use but instead needed outpatient treatment strictly for behavioral problems (n= 8). These cases were referred to more appropriate services. There were no refusals to participate in the study from the sample of eligible cases (N = 83)” (Liddle et al. 2009, S.14). Es ist zudem davon auszugehen, dass ICD-/DSM-Diagnosen auch im ambulanten Versorgungssetting in den USA notwendig sind, um eine Behandlung finanziert zu bekommen.
- **Liddle et al. 2011** verwendeten ein Standardverfahren zur Stellung einer Substanzmissbrauchsdiagnose, das Massachusetts Youth Screening Instrument for mental health needs (MAYSI, Liddle et al., 2011, S. 592). Die Studie verglich Multidimensionale Familientherapie (MDFT) mit einer erweiterten Routinebehandlung (enhanced service as usual, ESAU) bei N=117 Jugendlichen im Alter von 13-17 Jahren.
- Laut Angabe des Vorberichts habe der Autor eine Frage bzgl. der Diagnosestellung in **Robbins et al. 2011** unbeantwortet gelassen (siehe Tabelle 83, S. 247). Auf eigene Nachfrage haben wir eine Antwort erhalten, nach der die Diagnose des Substanzgebrauchs über die Vollversion der „Diagnostic Interview Schedule for Children“ (DSIC) erfolgte. Die Antwort [REDACTED] im Wortlaut: “Dear Professor Retzlaff, This is an excellent question and one that gets at a limitation in the trial that we conducted. We did not include formal interviews conducted by qualified doctoral

(Ph.D. or M.D.) psychologists or psychiatrists to confirm the presence of a formal diagnosis. We used the full version of the Diagnostic Interview Schedule for Children for assessing substance use; however, this likely does not meet the standard you seem to be asking with your question of whether they "really meet DSM-IV criteria". As we note in the article, the DISC is highly correlated with other diagnostic measures, but it is really just a proxy measure that at that time was widely regarded/respected in this line of research. I hope this answers your question. Please let me know if you need anything further. All the best. [REDACTED]

[REDACTED]“. Das Originaldokument findet sich in Kapitel 10.

B Ausschlusskriterium E2

- **Henggeler, Pickrel et al. 1999** untersuchten N=118 Jugendliche, die straffällig geworden waren und bei denen eine DSM–III-R Diagnose für Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit vorlag, im Behandlungsvergleich zwischen Multisystemischer Therapie und einer Routinebehandlung (meist 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker), welche keiner Richtlinientherapie zugeordnet werden kann). Es bleibt unklar, wieso Multisystemische Therapie hier nicht als Systemische Therapie klassifiziert wurde, da Multisystemische Therapie bei einer Studie (START-Trial) als Systemische Therapie anerkannt wurde (Vorbericht S.382). Wir sehen alle Kriterien als gegeben und den Einschluss der Studie damit als erforderlich an.
- **Smith et al. 2006** beschrieben eine ressourcenorientierte und lösungsorientierte Grundhaltung im Rahmen eines (Multi-)Familientherapeutischen Settings, die wir als systemisch verstehen: „Although some research has demonstrated positive outcomes for existing family therapy models, these models did not include components such as pre-treatment motivational sessions with parents, solution-focused language, or formal strengths assessments.“ SOFT combines a pre-treatment motivational family session, solution-focused family therapy, multifamily skills training groups, and targeted case management to comprise a distinct family-based intervention. Insbesondere das “formal strength assessment” gleicht dem Ressourceninterview in der Systemischen Therapie (Hanswille 2015, S.233).

6.3 Methodische Aspekte

- Die Einschätzung des Verzerrungspotentials der Ergebnisse bei **Rohde et al. 2014** (Vorbericht S. 150) widerspricht der aus unserer Sicht korrekten Darstellung in einem kürzlich publizierten Cochrane-Review (Hides et al. 2019). Diese Übersichtsarbeit sah bei der genannten Studie ein niedriges Risiko sowohl bei der Erzeugung der Randomisierungssequenz, als auch bei der verdeckten Gruppenzuteilung.
- Die bei **Slesnick et al. 2013** untersuchte Ecologically-Based Family Therapy ist nach unserer Auffassung kein „systemisch-integrativer Ansatz“ (Vorbericht S.148), sondern ein „rein systemischer“ Ansatz. Denn er basiert auf historischen Ursprüngen der systemischen Familientherapie (von Sydow & Borst 2018, S. 55 sowie S. 369), insbesondere auf Konzepten von Gregory Bateson.

7. Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen

7.1 Bisher vom IQWiG nicht identifizierte bzw. kürzlich neu erschienene randomisierte Primärstudien

Nicht zutreffend

7.2 Einordnung mehrerer Primärstudien, die im Vorbericht auf Basis des Einschlusskriteriums E1 (PatientInnen mit Diagnose/Störung) oder des Kriteriums E2 (Intervention beinhaltet keine Systemische Therapie) noch ausgeschlossen wurden

Nicht zutreffend

7.3 Methodische Aspekte

Nicht zutreffend

8. Gemischte Störungen

8.1 Bisher vom IQWiG nicht identifizierte bzw. kürzlich neu erschienene randomisierte Primärstudien

Nicht zutreffend

8.2 Einordnung mehrerer Primärstudien, die im Vorbericht auf Basis des Einschlusskriteriums E1 (PatientInnen mit Diagnose/Störung) oder des Kriteriums E2 (Intervention beinhaltet keine Systemische Therapie) noch ausgeschlossen wurden

A Einschlusskriterium E1

- Im Zuge einer randomisierten Studie behandelten **Nickel et al 2005** N=44 Jungen mit Bullying-Verhalten mit Brief Strategic Therapy vs. einer Wartelisten-Kontrollgruppe. Als Endpunkte dienten der State-Trait-Anger Expression Inventory STAXI, das Inventory of Interpersonal Problems und das Health Survey SF 36. BSFT konnte das Bullying statistisch bedeutsam reduzieren. Die Probanden erfüllten die diagnostischen Kriterien für verschiedene Störungsbilder. Dazu wurden die folgenden Angaben gemacht: “Conduct disorder (FamTh-G: $n = 11$ [50.0%]; CG: $n = 10$ [45.4%]), oppositional defiant disorder (FamTh-G: $n = 9$ [40.9%]; CG: $n = 9$ [40.9%]), borderline personality disorder (FamTh-G: $n = 4$ [18.2%]; CG: $n = 5$ [22.7%]), bulimia (FamTh-G: $n = 2$ [9.1%]; CG: $n = 2$ [9.1%]), and attention-deficit/hyperactivity disorder (FamTh-G: $n = 2$ [9.1%]; CG: $n = 1$ [4.5%]) were diagnosed according to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Most boys (65.9%) met the criteria for >1 disorder”.

- Eine weitere randomisierte Studie von **Nickel, Luley et al. 2006** untersuchte N=40 Mädchen mit schikanierendem Verhalten (Bullying) und erbrachte bei gleichen Endpunkten ähnliche Ergebnisse, die sich nach einem Jahr ebenfalls stabil zeigten. Die Probandinnen erfüllten die diagnostischen Kriterien für verschiedene Störungsbilder. Die Autoren führen dazu selbst aus: "Among the girls, according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), conduct disorder [BSFT-G: n = 6 (30.0%); CG: n = 7 (35.0%)], oppositional defiant disorder [BSFT-G: n = 5 (25.0%); CG: n = 5 (25.0%)], bulimia [BSFT-G: n = 4 (20.0%); CG: n = 4 (20.0%)], Borderline Personality Disorder [BSFT-G: n = 4 (20.0%); CG: n = 3 (15.0%)], and attention-deficit/hyperactivity disorder [BSFT-G: n = 1 (5.0%); CG: n = 2 (10.0%)] were diagnosed. Most girls (70%) met criteria for more than one disorder".

8.3 Methodische Aspekte

Nicht zutreffend

9. Weitere Aspekte

Zur (Nicht-)Berücksichtigung wichtiger Evidenzen von Kernsymptomen verschiedener Diagnosebereiche

Nach unserer Einschätzung führt die dem IQWiG vorgegebene methodische Vorgehensweise und insbesondere der Fokus auf die explizite Benennung von Diagnosen dazu, dass eine Reihe von Vorzügen der Systemischen Therapie im Bericht systematisch nicht erfasst werden konnte. Dies betrifft nicht nur deren Wirkung auf hoch belastete Angehörige von diagnostizierten Kindern und Jugendlichen (z.B. Zhang et al. 2014 zur Besserung von Müttern durch lösungsorientiert-systemische Therapie, deren Kinder die Kriterien für eine Autismusspektrumstörung erfüllten) oder für positive Effekte bei wichtigen gesundheitsbezogenen Problemen (z.B. Ellis et al. 2010 zur positiven Wirkung von MST mit einem Gewichtsreduktionsprogramm). Auch Kindesmissbrauch und Vernachlässigung von Kindern – nach Kessler et al. ursächlich für "29,8% of all (DSM-IV-) disorders across countries" - werden wirksam mit MST behandelt (Brunk et al. 1987 sowie Swenson et al. 2010). Letztgenannte Evidenzen erscheinen also gerade aus der Perspektive eines an Diagnosen orientierten Therapieverständnisses als hoch relevant.

Die Problematik des Ausschlusses von Studien "ohne Diagnose" betrifft auch Untersuchungen über die Behandlung von Kernsymptomen klassischer Diagnosen oder Populationen von Probanden, die als große Herausforderung für das Sozialsystem gelten und bekanntermaßen zu hohen Anteilen die Kriterien für psychiatrische Diagnosen erfüllen. Gemeint sind hier insbesondere Studien zur Wirksamkeit von Systemischer Therapie bei suizidalen Jugendlichen und solche zur Wirksamkeit von Systemischer Therapie bei straffällig gewordenen Jugendlichen.

Suizidalität und psychiatrische Krisen

Diamond et al. 2019 und **Lifshitz et al. 2021** belegten in randomisierten Studien die Wirksamkeit von MST bei Suizidalität als einem Kernsymptom von Depressionen. **Huey et al. 2004** (vgl. auch Henggeler, Rowland et al. 1999, Schoenwald et al. 2000 sowie Henggeler et al. 2003) konnten in gleicher Weise zeigen, dass N=156 Jugendlichen zwischen 10 und 17 Jahren, die aufgrund von Suizidalität, Psychosen oder aggressivem Verhalten in einer stationären psychiatrischen Einrichtung aufgenommen wurden, durch MST eine Reduktion depressiver Affekte verzeichneten und darüber hinaus über signifikant weniger Suizidalität berichteten als hospitalisierte Jugendlichen in der an kognitiver Verhaltenstherapie orientierten Kontrollgruppe.

Offender

Für schwere Sozialverhaltensstörungen ohne formale Diagnose belegt eine große Zahl von randomisierten Studien die Wirksamkeit Systemischer und insbesondere Multisystemischer Therapie. Wegen Unterschieden im Versorgungssystem der USA erfolgte eine Rekrutierung von Probanden hier oftmals über das Jugendgerichtssystem, ohne explizite Diagnosestellung. Die hohe empirische Evidenz bei Störungen des Sozialverhaltens sowie bei delinquentem Verhalten Jugendlicher wird nicht nur in verschiedenen Reviews (Carr 2018; Sydow et al. 2013) und Metaanalysen (Bakker, Greven, Buitelaar & Glennon 2017) bestätigt, sondern schlägt sich auch etwa in den NICE Guidelines (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/chapter/1-recommendations#psychosocial-interventions-treatment-and-indicated-prevention>) nieder, die bei Störungen des Sozialverhaltens nicht nur einen Einbezug der Familie in die Behandlung, sondern u.a. ganz explizit das Interventionsprogramm der Multisystemischen Therapie zur Behandlung von betroffenen Jugendlichen empfehlen.

Zahlreiche solcher randomisierten Studien zur Multisystemischen Therapie wurden aus dem Vorbericht mangels Diagnosestellung ausgeschlossen. Doch jugendliche Delinquente erfüllen in den allermeisten Fällen die Kriterien für mindestens eine Diagnose. Ein aktueller Review fasst 47 Studien aus 19 Ländern aus den Publikationsjahren 1966-2017 zusammen und führt eine Metaanalyse mit zufälligen Effekten durch, um die gepoolten Prävalenzen jeder Störung orientiert an DSM- oder ICD-Diagnosen zu schätzen: „Forty-seven studies from 19 countries comprising 28,033 male and 4,754 female adolescents were identified. The mean age of adolescents assessed was 16 years (range, 10-19 years)” (Beaudry, Långström & Fazel, 2021).

In male adolescents,

- 2.7% (95% CI 2.0%-3.4%) had a diagnosis of psychotic illness;
- 10.1% (95% CI 8.1%-12.2%) major depression;
- 17.3% (95% CI 13.9%-20.7%) ADHD;
- 61.7% (95% CI 55.4%-67.9%) conduct disorder;
- and 8.6% (95% CI 6.4%-10.7%) PTSD.

In female adolescents,

- 2.9% (95% CI 2.4%-3.5%) had a psychotic illness;
- 25.8% (95% CI 20.3%-31.3%) major depression;

17.5% (95% CI 12.1%-22.9%) ADHD;
59.0% (95% CI 44.9%-73.1%) conduct disorder;
and 18.2% (95% CI 13.1%-23.2%) PTSD.

Ähnliches gilt für jugendliche Sexualstraftäter. Eine Studie aus den Niederlanden untersuchte die Prävalenz psychiatrischer Störungen unter N=106 männlichen Jugendlichen (durchschnittlich 15 Jahre), die Sexualdelikte begangen hatten, mittels halbstrukturiertem Interview (K-SADS-PL) und das Funktionsniveau mit der Children's Global Assessment Scale. 75% der Probanden erfüllten die Kriterien für mindestens eine psychiatrische Diagnose, Komorbidität bestand bei 54% und fast zwei Drittel waren „functionally impaired“ (t Hart-Kerkhoffs, Boonmann, Doreleijers, Jansen, van Wijk & Vermeiren, 2015). Das überrascht auch insofern nicht, als grausames, gewaltsames Verhalten als Kernmerkmal der ICD-10-Diagnose F91 „Störung des Sozialverhaltens“ gilt.

10. Anhang: Dokumentation der Antwort auf zwei Autorenanfragen

10.1 Zu Le Grange et al. (2015)

Re: research question from Heidelberg/Germany - Nachricht (HTML)

Sie haben diese Nachricht am 23.08.2022 10:23 weitergeleitet.

Von: [REDACTED]
An: Rüdiger Retzlaff
Cc:
Betreff: Re: research question from Heidelberg/Germany

Gesendet: Mo 22.08.2022 20:46

From: Rüdiger Retzlaff [REDACTED]
Date: Monday, August 22, 2022 at 5:30 PM
To: [REDACTED]
Subject: research question from Heidelberg/Germany

This Message Is From an External Sender
This message came from outside your organization.

Dear [REDACTED],

In my former position as director of the Clinic of Marital and Family Therapy at Heidelberg University Hospital, I initiated a series of reviews and meta-analysis on the evidence-base of systemic family therapy. Currently, the German federal health care authorities in Berlin are evaluating if systemic family therapy will be added to the list of treatments which are paid for by health insurances with children and adolescents (SFT has been accredited two years ago as a treatment for adults). The German evaluation process requires rct-studies on a number of different disorders, including eating disorders.

Your article (2015) is cited by the the board of scientific examiners in Berlin. We have a question about this rct: You reported that *FBT-BN leads to quicker and higher sustained abstinence rates that are maintained up to 12 months post treatment associated with medium effect sizes, as well as significantly less hospitalization.*

But the examiners in Berlin state that it is not clear if patients in the family-based treatment had a similar distribution of comorbid psychiatric disorders, which could account for the higher rate of hospitalisation.

It would be a great help in the accreditation process if the family-oriented treatment condition was indeed more successful also in this aspect! Do you have any additional information on the distribution of comorbidity?

Could you help us with this? It would be great to hear from you!

Sincerely yours

Re: research question from Heidelberg/Germany - Nachricht (HTML)

Sie haben diese Nachricht am 23.08.2022 10:23 weitergeleitet.

Von: [REDACTED]
An: Rüdiger Retzlaff
Cc:
Betreff: Re: research question from Heidelberg/Germany

Gesendet: Mo 22.08.2022 20:46

In my former position as director of the Clinic of Marital and Family Therapy at Heidelberg University Hospital, I initiated a series of reviews and meta-analysis on the evidence-base of systemic family therapy. Currently, the German federal health care authorities in Berlin are evaluating if systemic family therapy will be added to the list of treatments which are paid for by health insurances with children and adolescents (SFT has been accredited two years ago as a treatment for adults). The German evaluation process requires rct-studies on a number of different disorders, including eating disorders

Your article (2015) is cited by the the board of scientific examiners in Berlin. We have a question about this rct: You reported that *FBT-BN leads to quicker and higher sustained abstinence rates that are maintained up to 12 months post treatment associated with medium effect sizes, as well as significantly less hospitalization.*

But the examiners in Berlin state that it is not clear if patients in the family-based treatment had a similar distribution of comorbid psychiatric disorders, which could account for the higher rate of hospitalisation.

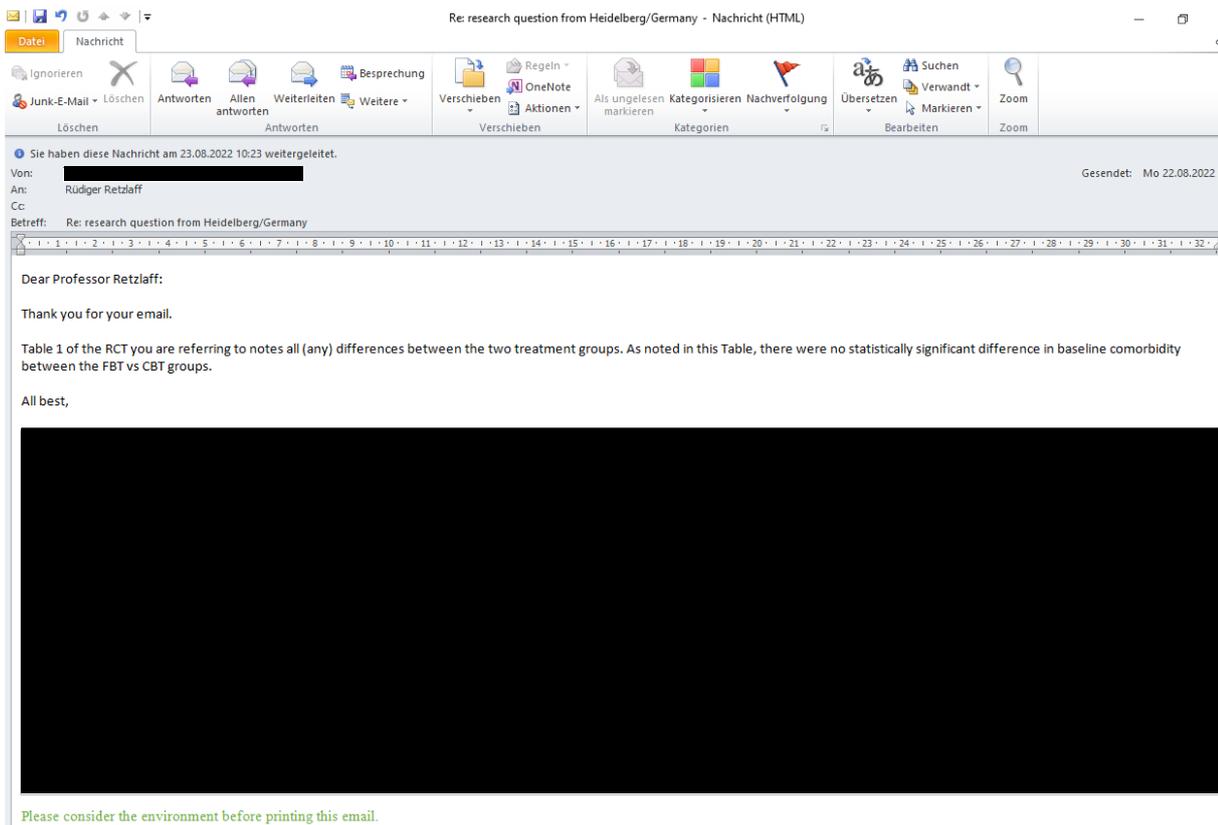
It would be a great help in the accreditation process if the family-oriented treatment condition was indeed more successful also in this aspect! Do you have any additional information on the distribution of comorbidity?

Could you help us with this? It would be great to hear from you!

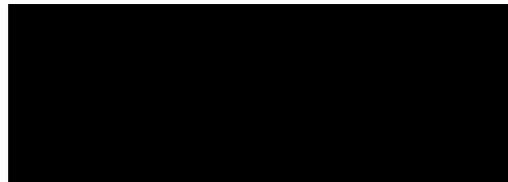
Sincerely yours

Rüdiger Retzlaff [REDACTED]
[REDACTED]

Le Grange D, Lock J, Agras WS et al. 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. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.008.30>.



10.2 Zu Robbins (2011)



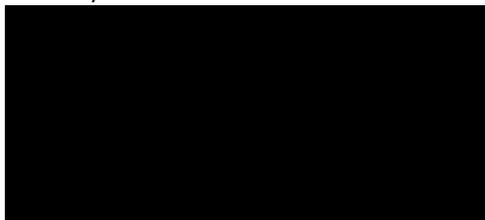
September 13, 2022

Dear Professor Retzlaff,

This is an excellent question and one that gets at a limitation in the trial that we conducted. We did not include formal interviews conducted by qualified doctoral (Ph.D. or M.D.) psychologists or psychiatrists to confirm the presence of a formal diagnosis. We used the full version of the Diagnostic Interview Schedule for Children for assessing substance use; however, this likely does not meet the standard you seem to be asking with your question of whether they "really meet DSM-IV criteria". As we note in the article, the DISC is highly correlated with other diagnostic measures, but it is really just a proxy measure that at that time was widely regarded/respected in this line of research.

I hope this answers your question. Please let me know if you need anything further.

Sincerely



11. Literatuur

- 1 Asscher JJ, Dekovic M, Manders WA et al. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: Post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology* 9(2): 169-187. <https://dx.doi.org/10.1007/s11292-012-9165-9>.
- 2 Bakker MJ, Greven CU, Buitelaar JK, & Glennon JC (2017). Practitioner Review: Psychological treatments for children and adolescents with conduct disorder problems - a systematic review and meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 58(1), 4–18. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12590>
- 3 Beaudry G, Yu R, Långström N & Fazel S. (2021). An Updated Systematic Review and Meta-regression Analysis: Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 60(1):46-60. doi: 10.1016/j.jaac.2020.01.015. Epub 2020 Feb 5. PMID: 32035113; PMCID: PMC8222965.
- 4 Birmaher B, Brent DA, Kolko D et al. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 57(1): 29-36.
- 5 Boyer BE, Geurts HM, Prins PJ, Van der Oord S. (2015). Two novel CBTs for adolescents with ADHD: the value of planning skills. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 24(9):1075-90. doi: 10.1007/s00787-014-0661-5. Epub 2014 Dec 31. PMID: 25549767.
- 6 Boyer BE, Geurts HM, Prins PJ et al. (2016). One-year follow-up of two novel CBTs for adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 25(3): 333-337. <https://dx.doi.org/10.1007/s00787-015-0776-3>
- 7 Brent D & Maalouf F (2015). Depressive disorders in childhood and adolescence. 10.1002/9781118381953.ch63.
- 8 Brent DA, Holder D, Kolko D et al. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 54(9): 877-885.
- 9 Brent DA, Kolko DJ, Birmaher B et al. (1998). Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(9): 906-914.
- 10 Brent, DA, Baugher, M, Bridge, J, Chen, T & Chiappetta, L. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497–1505. <https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-0001>
- 11 Brent DA, Kolko D., Birmaher B, Baugher M. & Bridge J (1999). A clinical trial for adolescent depression: Predictors of additional treatment in the acute and follow-up phases of the trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(3), 263-270.
- 12 Brownley KA, Berkman ND, Peat CM, Lohr KN, Cullen KE, Bann CM & Bulik CM (2016). Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 165(6), 409–420. <https://doi.org/10.7326/M15-2455>

- 13 Brunk MA, Henggeler SW & Whelan JP (1987). Comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55(2): 171-178. <https://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.55.2.171>.
- 14 Carr A. (2018): Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy* 41(2): 153-213. doi: 10.1111/1467-6427.12226
- 15 Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V et al. (2011). Brief strategic therapy vs cognitive behavioral therapy for the inpatient and telephone-based outpatient treatment of binge eating disorder: The STRATOB randomized controlled clinical trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 7: 29-37.
- 16 Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V et al. (2011). The STRATOB study: design of a randomized controlled clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy and Brief Strategic Therapy with telecare in patients with obesity and binge-eating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. *Trials* 12: 114. <https://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-12-114>.
- 17 Chambless DL & Ollendick TH (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu. Rev. Psychol*, 52, 685-716. [10.1146/annurev.psych.52.1.685](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685).
- 18 Cottrell D & Boston P (2002). Practitioner Review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43: 573-586. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00047>.
- 19 Dekovic M, Asscher JJ, Manders WA et al. (2012). Within-intervention change: mediators of intervention effects during multisystemic therapy. *J Consult Clin Psychol* 80(4): 574- 587. <https://dx.doi.org/10.1037/a0028482>.
- 20 Diamond GS, Reis BF, Diamond GM et al. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(10): 1190-1196.
- 21 Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK et al. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49(2): 122-131.
- 22 Diamond GS, Kobak RR, Krauthamer Ewing ES et al. (2019). A Randomized Controlled Trial: Attachment-Based Family and Nondirective Supportive Treatments for Youth Who Are Suicidal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 58(7): 721-731. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.006>.
- 23 Ellis DA, Janisse H, Naar-King S, Kolmodin K, Jen KLC, Cunningham, PB et al. (2010). The effects of multisystemic therapy on family support for weight loss among obese African-American adolescents: Findings from a randomized controlled trial. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31, 461-468.
- 24 Frey LM, Hunt QA, Russon JM & Diamond G (2022). Review of family-based treatments from 2010 to 2019 for suicidal ideation and behavior. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48, 154– 177. <https://doi.org/10.1111/jmft.12568>
- 25 Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 61(8):807-16. doi: 10.1001/archpsyc.61.8.807

- 26 Haley J. (1977). *Direktive Familientherapie*. München (Pfeiffer).
- 27 Haley J (1981). *Ablösungsprobleme Jugendlicher*. München (Pfeiffer).
- 28 Hanswille R (2015). *Handbuch systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- 29 Henggeler SW, Pickrel SG, Brondino MJ. (1999) Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquents: outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Ment Health Serv Res* 1(3): 171-184
- 30 Henggeler SW, Rowland MD, Randall J et al. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(11): 1331-1339.
- 31 Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins C et al. (2003). One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(5): 543-551.
- 32 Hides L, Quinn C, Stoyanov S, Kavanagh D & Baker A. (2019). Psychological interventions for co-occurring depression and substance use disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2019(11), CD009501. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009501.pub2>.
- 33 Huey SJ Jr, Henggeler SW, Rowland MD et al. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(2): 183-190.
- 34 Israel P & Diamond GS (2013). Feasibility of Attachment Based Family Therapy for depressed clinic-referred Norwegian adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry* 18(3): 334-350. <https://dx.doi.org/10.1177/1359104512455811>.
- 35 Joanning H, Quinn W, Thomas F, & Mullen R (1992). Treating adolescent drug abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18(4), 345–356.
- 36 Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky, AM, Aguilar-Gaxiola S, Alhamzawi AO, Alonso J, Angermeyer M, Benjet C, Bromet E, Chatterji S, de Girolamo G, Demyttenaere K, Fayyad J, Florescu S, Gal G, Gureje O, Haro JM, et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 197(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>.
- 37 Kjeldbjerg ML & Clausen L (2021). Prevalence of binge-eating disorder among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 10.1007/s00787-021-01850-2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01850-2>.
- 38 Kolko DJ, Brent DA, Baugher M et al. (2000) Cognitive and family therapies for adolescent depression: treatment specificity, mediation, and moderation. *J Consult Clin Psychol* 68(4): 603-614.
- 39 Kramer J, Conijn B, Oijevaar P et al. (2014) Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 16(5): e141. <https://dx.doi.org/10.2196/jmir.3261>.

- 40 Le Grange D, Lock J, Agras WS et al. (2015). Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 54(11): 886-94.e2. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.008>.
- 41 Lewis RA, Piercy FP, Sprenkle DH & Trepper TS (1990). Family-based interventions for helping drug-abusing adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 5(1), 82–95. <https://doi.org/10.1177/074355489051008>.
- 42 Liechti J (2008). *Magersucht in Therapie. Gestaltung therapeutischer Beziehungssysteme*. Heidelberg (Carl-Auer).
- 43 Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA et al. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 77(1): 12-25. <https://dx.doi.org/10.1037/a0014160>.
- 44 Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA et al. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *J Psychoactive Drugs* 36(1): 49-63.
- 45 Lifshitz C, Tsvieli N, Bar-Kalifa E et al. (2020): Emotional processing in attachment-based family therapy for suicidal adolescents, *Psychotherapy Research* 31(2):267-279, DOI: 10.1080/10503307.2020.1745315
- 46 Lock JD, Le Grange W et al. (2001): *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York (Guilford).
- 47 Margraf J & Schneider S eds. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3. Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg 2019 (Springer).
- 48 McGrath CA & Abbott MJ (2019). Family-Based Psychological Treatment for Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Meta-analysis and Systematic Review. *Clinical child and family psychology review*, 22(4), 478–501.
- 49 Minuchin, S. (1978). *Familie und Familientherapie*. Freiburg (Lambertus).
- 50 Minuchin S. & Fishman C (1983). *Praxis der strukturellen Familientherapie*. Freiburg (Lambertus).
- 51 Nickel MK, Krawczyk J, Nickel C et al. (2005). 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. *Pediatrics*, 116, 247-254.
- 52 Nickel MK, Luley J, Krawczyk J et al. (2006). Bullying girls - changes after brief strategic family therapy: a randomized, prospective, controlled trial with one-year follow-up. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(1), 47–55. <https://doi.org/10.1159/000089226>.
- 53 Nickel MK, Muehlbacher M, Kaplan P 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.
- 54 Ogden T & Halliday-Boykins C (2004). Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*. 9. 77 - 83. [10.1111/j.1475-3588.2004.00085.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2004.00085.x).

- 55 Ogden T & Amlund Hagen K (2006). Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake. *Child and Adolescent Mental Health*. 11. 142 – 149. 10.1111/j.1475-3588.2006.00396.x
- 56 Peris TS, Piacentini J. (2013). Optimizing treatment for complex cases of childhood obsessive compulsive disorder: a preliminary trial. *J Clin Child Adolesc Psychol* 42(1): 1-8. <https://dx.doi.org/10.1080/15374416.2012.673162>.
- 57 Peris TS & Piacentini J. (2016). *Helping Families Manage Childhood OCD: Decreasing Conflict and Increasing Positive Interaction, Therapist Guide, Programs That Work*. (New York). Oxford Academic.
- 58 Peris TS, Rozenman MS, Sugar CA et al. (2017). Targeted Family Intervention for Complex Cases of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 56(12): 1034-1042. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2017.10.008>.
- 59 Pineda J, Dadds MR. Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52(8): 851-862. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.015>.
- 60 Reiss D (1981). *The family's construction of reality*. Cambridge (Harvard University Press).
- 61 Renaud J, Brent DA, Baugher M et al. (1998). Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depression: a two-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(11): 1184-1190.
- 62 Retzlaff, R (2019). *Familien-Stärken*. 3. Aufl. Stuttgart (Klett Cotta)
- 63 Riedinger V, Pinquart M, & Teubert, D. (2015). Effects of Systemic Therapy on Mental Health of Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 46. 1-15. 10.1080/15374416.2015.1063427.
- 64 Robbins MS, Feaster DJ, Horigian VE et al. (2011). Brief Strategic Family Therapy (BSFT) versus treatment as usual: results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. *J Consult Clin Psychol* 79(6): 713-727. <https://dx.doi.org/10.1037/a0025477>.
- 65 Robbins MS, Alexander JF, Turner CW & Hollimon A (2016). Evolution of functional family therapy as an evidence-based practice for adolescents with disruptive behaviour problems. *Family Process*, 55(3): 543–557.
- 66 Robin AL, Siegel PT, Koepke T et al. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr* 15(2): 111-116.
- 67 Robin AL, Siegel PT, Moye AW et al. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(12): 1482-1489.
- 68 Rohde P, Waldron HB, Turner CW et al. (2014). Sequenced versus coordinated treatment for adolescents with comorbid depressive and substance use disorders. *J Consult Clin Psychol* 82(2): 342-348. <https://dx.doi.org/10.1037/a0035808>.
- 69 Rohde P, Turner CW, Waldron HB et al. (2018). Depression Change Profiles in Adolescents Treated for Comorbid Depression/Substance Abuse and Profile Membership

Predictors. *J Clin Child Adolesc Psychol* 47(4): 595-607.

<https://dx.doi.org/10.1080/15374416.2015.1118695>.

70 Schoenwald SK, Ward DM, Henggeler SW et al. (2000). Multisystemic therapy versus hospitalization for crisis stabilization of youth: placement outcomes 4 months postreferral. *Ment Health Serv Res* 2(1): 3-12.

71 Schorr-Sapir I, Gershby, N, Apter, A & Omer, H (2022). Parent training in non-violent resistance for children with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled outcome study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 31. 10.1007/s00787-021-01723-8.

72 Schulz KF & Grimes DA (2002). Generation of allocation sequences in randomised trials: chance, not choice. *Lancet* (London, England), 359(9305), 515–519.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07683-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07683-3).

73 Sexton T (2016). Functional family therapy. Evidence-based and Clinically Creative. In Sexton T & Lebow J. *Handbook of Family Therapy*. Routledge: London., p.250-270.

74 Sexton T & Alexander F (2003). Functional Family Therapy for Externalizing Disorders in Adolescents. In Lebow, J. *Clinical Family Therapy*. Wiley: Hoboken., p.164-191.

75 Slesnick N, Guo X & Feng X. (2013). Change in parent- and child-reported internalizing and externalizing behaviors among substance abusing runaways: the effects of family and individual treatments. *J Youth Adolesc* 42(7): 980-993. <https://dx.doi.org/10.1007/s10964-012-9826-z>.

76 Smith DC, Hall JA, Williams JK et al. (2006). Comparative efficacy of family and group treatment for adolescent substance abuse. *Am J Addict* 15 Suppl 1: 131-136.

77 Stein D, Brent DA, Bridge J et al. (2001). Predictors of parent-rated credibility in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 10(1): 1-7.

78 Swenson CC, Schaeffer CM, Henggeler SW et al. (2010). Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: a randomized effectiveness trial. *J Fam Psychol* 24(4): 497-507.
<https://dx.doi.org/10.1037/a0020324>.

79 't Hart-Kerkhoffs L, Boonmann C, Doreleijers T, Nauta-Jansen L, Wijk A & van en Vermeiren R (2015). Mental disorders and criminal re-referrals in juveniles who sexually offended. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. Feb 25

80 Valdez A, Cepeda A, Parrish D, Horowitz R & Kaplan C. (2013). An Adapted Brief Strategic Family Therapy for Gang-Affiliated Mexican American Adolescents. *Research on Social Work Practice*. 23(4):383-396. doi:[10.1177/1049731513481389](https://doi.org/10.1177/1049731513481389).

81 Van Holen V, Vanderfaeillie J, Omer H & Vanschoonlandt F (2018). Training in Nonviolent Resistance for Foster Parents: A Randomized Controlled Trial. *Research on Social Work Practice*. 28. 10.1177/1049731516662915.

82 Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., Inslegers, R., Willemsen, J., De Schryver, M., & Devisch, I. (2014a). Reliability in psychiatric diagnosis with the DSM: old wine in new barrels. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(5), 313–314.
<https://doi.org/10.1159/000358809>

83 Vanheule, S., & Devisch, I. (2014b). Mental suffering and the DSM-5: a critical review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(6), 975–980.
<https://doi.org/10.1111/jep.1216382>

- 84 Viner RM, Christie D, Taylor V & Hey S (2003). Motivational/solution-focused intervention improves HbA1c in adolescents with type 1 diabetes: a pilot study. *Diabet Med* 20:739–742
- 85 von Sydow K, Retzlaff R, Beher S, Haun MW, Schweitzer J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. *Fam Process* 52(4):576-618. doi: 10.1111/famp.12047.
- 86 Von Sydow, K & Borst U. eds. *Systemische Therapie in der Praxis*. Weinheim 2018 (Beltz).
- 87 Weinblatt U & Omer H (2008). Nonviolent resistance: a treatment for parents of children with acute behavior problems. *Journal of marital and family therapy*, 34(1), 75–92.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00054.x>.
- 88 White M, Epston D (2020). *Die Zähmung der Monster. Der narrative Ansatz in der Familientherapie*. Carl-Auer (Heidelberg).
- 89 Wysocki T, Harris MA, Greco P, Bubb J, Danda CE, Harvey LM 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.
- 90 Zhang W, Yan TT, Du YS & Liu XH (2014). Brief report: effects of solution-focused brief therapy group-work on promoting post-traumatic growth of mothers who have a child with ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(8), 2052–2056.
<https://doi.org/10.1007/s10803-014-2051-8>.
- 91 Zhaohua B & Bixiu Y (2011). Study on effect of family therapy on adolescent anxiety disorders. *China Journal of Health Psychology* 9, 1041-1043.
- 92 Zhu ZA & Lian P (2009). Effect of structural family therapy on ADHD children with oppositional defiant disorder. *Journal of Taishan Medical College* 30(6):440–442.