



Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren

Beratungsverfahren gemäß § 135 Absatz 1 SGB V (vertragsärztliche Versorgung)

Stand: 28. November 2018

Unterausschuss Methodenbewertung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

- A-3.2.3 Zusammenfassende Dokumentation des GKV-SV über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen – Aussetzung des Bewertungsverfahrens
- B-6.1.2 Fragebogen zur strukturierten Einholung erster Einschätzungen
- B-6.1.3 Übersicht der eingegangenen Einschätzungen
- B-6.1.4 Literatur aus den Einschätzungen
- D-1.4 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens
Position KBV/DKG/PatV
Beschlussentwurf mit Tragenden Gründen
Position GKV-SV
Beschlussentwurf und Tragenden Gründen
Zusammenfassende Dokumentation
- D-1.5.3 Eingegangene schriftliche Stellungnahmen
Bundesärztekammer (BÄK)
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM)
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM)
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)
Bundesdirektorenkonferenz-Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BDK)
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V. (DGSF) und Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V. (Systemische Gesellschaft, SG)
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP)
Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie e.V. (D3G)

*Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V.
(DGPPN)*

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

*Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische
Rehabilitation (DGPPR)*

Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)

D-1.6.2 Wortprotokoll zur Anhörung

Zusammenfassende Dokumentation



Gemeinsamer
Bundesausschuss

**Bewertungsverfahren gemäß § 135 Absatz 1 SGB V
(Vertragsärztliche Versorgung)**

Systemische Therapie bei Erwachsenen

Stand: 10. Oktober 2018

nicht angenommen

Unterausschuss Methodenbewertung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06
10596 Berlin
Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassende Dokumentation	1
A Tragende Gründe und Beschluss	1
A-1 Rechtsgrundlage	1
A-2 Eckpunkte der Entscheidung	2
A-2.1 Medizinischer Hintergrund	3
A-2.1.1 Diagnostik.....	3
A-2.1.2 Behandlung	3
A-2.1.3 Methode	4
A-2.2 Bewertung des medizinischen Nutzens	4
A-2.2.1 Störungsbereich Angst- und Zwangsstörungen	5
A-2.2.2 Störungsbereich Demenz	5
A-2.2.3 Störungsbereich depressive Störungen	6
A-2.2.4 Störungsbereich Essstörungen.....	6
A-2.2.5 Störungsbereich gemischte Störungen	7
A-2.2.6 Störungsbereich körperliche Erkrankungen	7
A-2.2.7 Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen	8
A-2.2.8 Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen	8
A-2.2.9 Störungsbereich Substanzkonsumstörungen.....	8
A-2.3 Bewertung der medizinischen Notwendigkeit.....	10
A-2.3.1 Relevanz der medizinischen Problematik	10
A-2.3.2 Spontanverlauf der Erkrankung	11
A-2.3.3 Diagnostische oder therapeutische Alternativen	11
A-2.4 Bewertung des Potenzials	11
A-2.5 Erprobung.....	12
A-2.6 Bewertung der Wirtschaftlichkeit.....	13
A-2.7 Würdigung der Stellungnahmen.....	14
A-3 Verfahrensablauf	14
A-4 Fazit.....	14
A-5 Beschluss	15
A-6 Anhang.....	16
A-6.1 Antrag zur Beratung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen nach § 135 Abs. 1 SGB V	16
A-6.2 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V.....	24
A-6.3 Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung	25

B	Sektorenübergreifende Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit	26
B-1	Einleitung und Aufgabenstellung	26
B-1.1	Auftragsgegenstand und -umfang.....	26
B-1.2	Angaben aus dem IQWiG-Bericht zur Prüfintervention, Vergleichsbedingungen und Morbiditätsbezogenen Endpunkten.....	29
B-1.2.1	Prüfintervention im IQWiG-Bericht.....	29
	B-1.2.2 Klassifikation der Vergleichsbedingungen im IQWiG-Bericht	30
	B-1.2.3 Morbiditätsendpunkte im IQWiG-Bericht	31
B-2	Medizinische Grundlagen	32
B-2.1	Beschreibung der Systemischen Therapie.....	32
B-2.2	Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren (§ 19 PT-RL).....	33
B-2.3	Prävalenzen psychischer Störungen	35
B-2.4	Anwendungsbereiche für Psychotherapie gemäß § 26 der Psychotherapie-Richtlinie.....	38
B-3	Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens.....	45
B-3.1	Informationsgewinnung und -auswahl.....	45
B-3.2	Darstellung der Ergebnisse aus dem IQWiG-Abschlussbericht.....	47
	B-3.2.1 Angst- und Zwangsstörungen	49
	B-3.2.1.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie.....	49
	B-3.2.1.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Richtlinientherapie.....	50
	B-3.2.1.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie	52
	B-3.2.1.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie	53
	B-3.2.1.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Zwangsstörung	54
	B-3.2.1.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Zwangsstörungen.....	56
B-3.2.2	Demenz.....	57

B-3.2.2.1 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung	57
B-3.2.2.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung	57
B-3.2.3 Depressive Störungen	58
B-3.2.3.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie.....	58
B-3.2.3.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei depressiver Störung	70
B-3.2.3.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung	72
B-3.2.3.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei depressiver Störung.....	75
B-3.2.3.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung	77
B-3.2.3.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei depressiver Störung	79
B-3.2.4 Essstörungen.....	81
B-3.2.4.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei „Binge eating disorder“ und Anorexia nervosa	81
B-3.2.4.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei „Binge eating disorder“ und Anorexia nervosa.....	84
B-3.2.4.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei Anorexia nervosa.....	86
B-3.2.4.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei Anorexia nervosa	87
B-3.2.4.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung	87
B-3.2.5 Gemischte Störungen.....	88
B-3.2.5.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie.....	88
B-3.2.5.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. RL-Therapie (psychoanalytische Gruppentherapie) bei verschiedenen psychischen Störungen	89
B-3.2.6 Persönlichkeitsstörungen	91
B-3.2.6.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie.....	91
B-3.2.6.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen	91
B-3.2.6.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung	92
B-3.2.6.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung	92
B-3.2.7 Schizophrenie und affektive psychotische Störungen	93

B-3.2.7.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie.....	93
B-3.2.7.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei bipolarer Störung	93
B-3.2.7.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei bipolarer Störung.....	94
B-3.2.7.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Schizophrenie und bipolarer Störung	95
B-3.2.7.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei bipolarer Störung/Schizophrenie	97
B-3.2.8 Substanzkonsumstörungen.....	99
B-3.2.8.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei einer Störung durch Alkoholkonsum	99
B-3.2.8.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei einer Störung durch Alkoholkonsum	100
B-3.2.8.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei verschiedenen Substanzkonsumstörungen und Opioidabhängigkeit	101
B-3.2.8.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei verschiedenen Substanzkonsumstörungen und Opioidabhängigkeit	102
B-3.2.8.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Substanzkonsumstörungen durch Kokain und Opioide.....	104
B-3.2.8.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Substanzkonsumstörung durch Kokain, Alkohol und Opioide	105
B-3.3 Methodische Anmerkungen zur Nutzenbewertung	106
B-3.3.1 Allgemeine methodische Anmerkungen zur Studienlage	106
B-3.3.2 Methodische Anmerkungen zur Studie von Knekt 2004.....	107
B-3.3.3 Anmerkungen zu den Nutzensaussagen aus dem IQWiG-Bericht zu Störungsbereichen	108
B-3.4 Zusammengefasste indikationsbezogene Nutzenbewertung	109
B-3.4.1 Nutzenbewertung Angststörungen.....	111
B-3.4.2 Nutzenbewertung soziale Phobie.....	111
B-3.4.3 Nutzenbewertung Zwangsstörung	111
B-3.4.4 Nutzenbewertung Demenz	111
B-3.4.5 Nutzenbewertung depressive Störung	112
B-3.4.6 Nutzenbewertung Anorexia nervosa	113
B-3.4.7 Nutzenbewertung „Binge eating disorder“.....	114
B-3.4.8 Nutzenbewertung gemischte Störungen	114
B-3.4.9 Nutzenbewertung Persönlichkeitsstörungen	115
B-3.4.10 Nutzenbewertung bipolare Störung.....	115

B-3.4.11 Nutzenbewertung Schizophrenie	116
B-3.4.12 Nutzenbewertung psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	116
B-4 Zusammenfassung der sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit	119

nicht angenommen

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

nicht angenommen

A Tragende Gründe und Beschluss

A-1 Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat gemäß § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V in seinen Richtlinien über die ärztliche Behandlung insbesondere das Nähere über u.a. die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten sowie die zu deren Behandlung geeigneten Verfahren zu regeln. Hierzu überprüft er u.a. gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Absatz 1 SGB V vertragsärztliche Leistungen, welche ambulant zu Lasten der Krankenkassen erbringbar sind, auf die hinreichende Anerkennung ihres diagnostischen oder therapeutischen Nutzens, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu anderen bereits zu Lasten der Krankenkassen erbringbaren Methoden – nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Zu den vertragsärztlichen Leistungen gehören nach § 92 Absatz 6a i.V.m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V auch psychotherapeutische Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Methode ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht verordnet werden darf.

Der Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V wurde am 11. Februar 2013 gestellt.

Die Bewertung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie bei Erwachsenen berücksichtigt die Ergebnisse des Abschlussberichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und die Auswertung der beim G-BA anlässlich der Veröffentlichung des Beratungsthemas eingegangenen Stellungnahmen einschließlich der dort benannten Literatur.

A-2 Eckpunkte der Entscheidung

Die Bewertung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit erfolgt vorrangig auf der Grundlage der Ergebnisse des Abschlussberichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Die im IQWiG-Bericht eingeschlossenen Studien untersuchten einzelne psychische Störungen. Die zu diesen spezifischen Störungen zugehörigen Ergebnisse sind im IQWiG-Bericht teilweise zu Störungsbereichen zusammengefasst worden und hierzu sind Aussagen zum Nutzen der Systemischen Therapie im IQWiG-Bericht getroffen worden.

In keinem der im IQWiG-Bericht dargestellten Störungsbereiche hat das IQWiG einen Nutzenbeleg für die Systemische Therapie festgestellt, sondern in definierten Störungsbereichen Anhaltspunkte oder Hinweise für einen Nutzen der Systemischen Therapie gefunden.

Die untersuchten psychischen Störungen sind nicht selten. Behandlungsalternativen sind sowohl verfügbar als auch in die Versorgung eingeführt. Daher kann ein Nutznachweis hoher Aussagesicherheit gefordert werden.

Zur Beantwortung der Frage, ob die gefundenen Nutzaussagen ausreichen, eine Empfehlung über die Anerkennung des therapeutischen Nutzens auszusprechen, wird die vom IQWiG für Störungsbereiche zusammenfassend getroffene Nutzaussage unter dem Bezug auf die jeweils zugrundeliegenden Erkenntnisse bezüglich der tatsächlich in den Studien geprüften Indikation differenziert betrachtet (s. a. ausführliche Darstellung in der Zusammenfassenden Dokumentation, ZD). Der Indikationsbeleg ist der gemäß § 135 Abs. 1 SGB V vorzunehmenden Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entsprechend den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin immanent und somit auch Grundlage der Einschätzung der vorgelegten Nutzaussagen. Daher erfolgt im Kapitel 2.2 jeweils für jede einzelne psychische Störung, für die Ergebnisse zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie vorliegen, eine indikationsspezifische Einschätzung der Belastbarkeit der möglichen Nutzaussagen in Bezug auf eine Empfehlung über die Anerkennung des therapeutischen Nutzens.

Die im Rahmen der Nutzenbewertung nach § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V getroffenen Empfehlungen erfolgen somit in Bezug auf die in den Studien tatsächlich geprüften Indikationen. Eine Bewertung der Nutzaussagen hinsichtlich der in der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) beschriebenen Anwendungsbereiche und die Bewertung des Verfahrens insgesamt unter Anwendung des sogenannten Schwellenkriteriums wird unter Berücksichtigung der im Rahmen der Aussetzung gewonnenen Erkenntnisse zu einem späteren Zeitpunkt im zuständigen UA PT erfolgen.

Die Aussetzungsentscheidung führt dann zu folgenden weiteren Schritten: Es ist eine Richtlinie zur Erprobung zu beschließen, um die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens der Methode zu gewinnen. Aufgrund der Richtlinie wird das Verfahren in einem befristeten Zeitraum im Rahmen der Krankenbehandlung zulasten der Krankenkassen erbracht. Im Anschluss an die Erprobung erfolgt eine Entscheidung über die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie im Lichte der gewonnenen Erkenntnisse. Bei hinreichendem Nutzenbeleg in den für das Schwellenkriterium erforderlichen Anwendungsbereichen erfolgt die Aufnahmeentscheidung einschließlich der Umsetzungskonkretisierungen in der PT-RL; bei unzureichendem Nutzenbeleg nach Erprobung wird die Systemische Therapie Erwachsener in Ziffer II. der Anlage der PT-RL aufgenommen.

A-2.1 Medizinischer Hintergrund

A-2.1.1 Diagnostik

Eine valide Diagnostik psychischer Störungen stellt die Grundlage für eine Indikationsstellung und die Einleitung adäquater Behandlungsmaßnahmen dar.

Hierfür stehen die Klassifikationssysteme ICD-10, Kapitel V der WHO¹ und das DSM-5² der American Psychiatric Association (APA) zur Verfügung. ICD-10, Kapitel V und DSM verwenden überwiegend ähnliche Kategorien für die spezifischen psychischen Störungen. Für jedes dieser Klassifikationssysteme sind strukturierte Interviewleitfäden vorhanden (z. B. SKID-I und SKID-II für das DSM; DIPS für das ICD-10). Zum Ausschluss körperlicher Ursachen psychischer Störungen ist eine somatisch-medizinische Befunderhebung, ggfs. mit apparativen Untersuchungen, notwendig (z.B. Routinelabor, MRT, CT, EEG).

Darüber hinaus ist für eine differentielle Indikationsstellung eine ätiologisch und prognostisch ausgerichtete Diagnostik notwendig. Diese erfolgt mithilfe biografischer Anamnesen, Problem- und Verhaltensanalyse oder operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik, standardisierter psychometrischer Instrumente, Abklärung der Therapiemotivation sowie Ressourcen und Bewältigungsstilen des Patienten. Idealerweise sollte auch eine (interventionsbegleitende) Prozessdiagnostik erfolgen (Ansprechbarkeit des Patienten auf die Psychotherapie, Fortschritte oder das Ausbleiben von Fortschritten)³. Dies gilt unabhängig von den zur Behandlung einzusetzenden Verfahren. Unter Anwendung der Systemischen Therapie kommen spezifische systemorientierte diagnostische Verfahren zum Einsatz (s. 2.1.3).

A-2.1.2 Behandlung

Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist in der vom G-BA gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 1 u. 5 i.V.m. Absatz 6a des SGB V erlassenen G-BA Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) geregelt. Die PT-RL dient der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen. Psychotherapie gemäß der PT-RL wendet methodisch definierte Interventionen an, die auf als Krankheit diagnostizierte seelische Störungen einen systematisch verändernden Einfluss nehmen und Bewältigungsfähigkeiten des Individuums aufbauen (vgl. § 4 Absatz 1 der PT-RL).

Psychotherapie ist nur dann eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wenn sie dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Psychotherapie kann im Rahmen der PT-RL nur erbracht werden, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt. Konkrete – im Rahmen der PT-RL behandelbare – Indikationen (Erkrankungen) werden in § 26 PT-RL spezifiziert.

Psychotherapie kann in Form von Einzeltherapie auch unter Einbezug des Partners/der Partnerin, bei Kindern und Jugendlichen unter Einbezug von Bezugspersonen sowie in Form von Gruppentherapie durchgeführt werden.

Die PT-RL führt folgende Behandlungsformen auf: Verhaltenstherapie und psychoanalytisch begründete Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie). Diese Verfahren können in Form von Kurzzeit- oder Langzeittherapie

¹ Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & World Health Organization. (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F, klinisch-diagnostische Leitlinien).

² In der deutschen Übersetzung: Falkai, P. (Ed.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-5*. Hogrefe.

³ Auckenthaler, A. (2012). *Kurzlehrbuch klinische Psychologie und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag.

durchgeführt werden. Den in der PT-RL anerkannten Psychotherapieverfahren liegt ein umfassendes Theoriesystem zur Krankheitsentstehung zugrunde (vgl. §§ 16, 17 der PT-RL).

Unabhängig von der Wahl des Therapieverfahrens kommt der systematischen Berücksichtigung und der kontinuierlichen Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung eine im Einzel- wie im Gruppensetting zentrale Bedeutung zu (vgl. § 4 Absatz 3 der PT-RL).

A-2.1.3 Methode

Systemische Therapie ist nach dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) vom 14.12.2008 ein psychotherapeutisches Verfahren, welches psychische Symptome in einem interpersonellen Kontext betrachtet. Zwischen Verhalten und Erleben des sogenannten Indexpatienten und seinem sozialen Umfeld bestehen reziproke Wechselbeziehungen. Das Symptom des Indexpatienten wird als unangemessene Problemlösung psychosozialer Probleme gesehen. Der Behandlungsfokus der Systemischen Therapie liegt demnach in der Veränderung von Interaktionen zwischen Familienmitgliedern bzw. Mitgliedern des jeweiligen (familiären) Subsystems.

Als spezifisch systemorientierte diagnostische Verfahren werden im Gutachten des WBP psychometrisch evaluierte und anerkannte diagnostische Verfahren zur symptomorientierten Diagnostik, zur Diagnose familiärer und partnerschaftlicher Interaktionen (standardisierte Beobachtungsverfahren) und zur Fragebogendiagnostik der Einschätzung von Familie als Ganzem (z.B. Familien-Identifikationstest (FIT), zur Partnerschaft (z. B. Partnerschafts-Fragebogen PFB), zur Eltern-Kind-Beziehung, zu Erziehungsstilen und zu Geschwisterbeziehungen genannt. Eine Besonderheit der Systemischen Therapie ist nach dem Gutachten des WBP der Einsatz symbolisch-metaphorischer Verfahren (u. a. Genogramm und Familienskulptur). Weiterhin werden im Rahmen der Forschung Verfahren zur Therapieevaluation und Qualitätssicherung sowie Ratings zum Therapeutenverhalten und zur Manualtreue beschrieben.

Je nach Systemischem Ansatz wird von einer Therapiedauer von zwei bis ca. 25 Sitzungen ausgegangen. Die Systemische Therapie weist aus ihrer Sicht im Vergleich zu anderen Therapieverfahren eine niedrigere Sitzungszahl auf, „nur selten mehr als 20 – 25 Sitzungen, häufig nur etwa 5 – 10 Sitzungen.“ (von Sydow et al., 2007). Die Sitzungsfrequenz variiert von einer Stunde pro Woche bis zu mehrwöchigen/mehrmonatigen Abständen zwischen den Sitzungen (50 – 100 min. pro Sitzung).

A-2.2 Bewertung des medizinischen Nutzens

Methodisches Vorgehen

Die vom IQWiG für Störungsbereiche (Überschriften der nachfolgenden Abschnitte) zusammenfassend getroffene Nutzensaussage wird unter dem Bezug auf die jeweils zugrundeliegenden Erkenntnisse bezüglich der tatsächlich in den Studien geprüften Indikation differenziert betrachtet (s. a. ausführliche Darstellung in der ZD). Daher erfolgt für jede einzelne untersuchte psychische Störung, für die Ergebnisse zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie vorliegen, eine indikationsspezifische Einschätzung der Belastbarkeit der möglichen Nutzensaussagen in Bezug auf eine Empfehlung über die Anerkennung des therapeutischen Nutzens.

Ob die jeweils in den vorliegenden Studien geprüften Störungen eine Aussage bezüglich des gesamten Anwendungsbereiches der PT-RL, erlauben, ist durch den UA PT festzustellen. Eine Übertragung einzelner Nutzenaspekte auf den Anwendungsbereich hat in Abhängigkeit von der Anwendbarkeit des spezifischen theoretisch wissenschaftlichen Konzeptes und der Sicherheit der zugrundeliegende Erkenntnisse zu erfolgen.

Soweit bei bestehender Behandlungsbedürftigkeit nicht gegen eine bereits zu Lasten der Krankenkassen erbringbare Methode geprüft wurde, ist grundsätzlich nicht ohne weiteres erkennbar, weshalb es sich hierbei um eine im Rahmen der Methodenbewertung zulässige Vergleichstherapie handelt. Die Rechtsgrundlagen der Methodenbewertung sehen den

Vergleich mit bereits zu Lasten der Krankenkassen erbringbaren Methoden vor. Es wird daher unterschieden zwischen der Anerkennung des Nutzens und der Berücksichtigung der Aussagen des IQWiG-Berichtes in Bezug auf eine Einschätzung zum Potential.

A-2.2.1 Störungsbereich Angst- und Zwangsstörungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von vier Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen ergeben sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zur Beratung und Informationsvermittlung, ein Hinweis auf einen Nutzen im Vergleich zum Komparator „keine Zusatzbehandlung“ sowie ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen im Vergleich zu einer psychodynamischen Langzeittherapie.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

- Angststörungen: Zum Vergleich Systemische Therapie vs. Psychodynamische Psychotherapie sprechen die Ergebnisse aus einer Studie insgesamt für eine Gleichwertigkeit der Systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren. Dem steht einschränkend gegenüber, dass es nicht möglich war, die Subgruppe der nur von Angststörungen betroffenen Studienteilnehmer von der Klientel mit depressiven und Angstsymptomen abzugrenzen. Daher stützt dieser Effekt nicht die Annahme eines belastbaren Nutzens bei Angststörungen.
- soziale Phobie: zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung sind die Ergebnisse inkonsistent. Es finden sich zwar Effekte der Systemischen Therapie - nicht-signifikante Unterschiede sind jedoch deutlich häufiger als signifikante Unterschiede zugunsten der Systemischen Therapie. Bei den morbiditätsbezogenen Endpunkten liegen keine Effekte zugunsten der Systemischen Therapie vor.
- Zwangsstörung: zum Vergleich Systemische Therapie + Paroxetin vs. Paroxetin allein ergibt sich auf der Basis einer Meta-Analyse aus zwei Studien ein Nutznachweis der Systemischen Therapie, welcher aber eingeschränkt ist auf Patienten/Patientinnen mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung (vgl. IQWiG-Abschlussbericht).

Fazit:

Das Ergebnis aus der einen Studie zu Angststörungen stützt – wie oben ausgeführt – nicht die Annahme eines belastbaren Nutzens. Für alle anderen **Angststörungen** (z.B. Agoraphobie mit und ohne Panikstörung, generalisierte Angststörung, spezifische Phobien, Panikstörung) liegen keine Studien vor.

Bei der Indikation soziale Phobie kann auf der vorliegenden Basis keine Empfehlung zur Anerkennung des Nutzens abgegeben werden.

Der Nutznachweis bei der **Zwangsstörung** ist eingeschränkt auf Patienten/Patientinnen mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung.

Ob die geprüften Indikationen eine Aussage bezüglich des gesamten Anwendungsbereiches „Angststörungen und Zwangsstörungen“ der PT-RL, erlauben, ist durch den UA PT festzustellen.

Die darstellbaren Nutzenaspekte werden bei der Bewertung des Potentials berücksichtigt.

A-2.2.2 Störungsbereich Demenz

IQWiG Bericht

In der Gesamtschau von einer Studie mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Demenz ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie („solution-focused therapy“, durchgeführt durch Pflegekräfte) im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

Fazit: Auf der Grundlage einer Studie (n = 21) zu irreversibler Demenz ergibt sich keine Empfehlung für die Anerkennung des Nutzens für die Systemische Therapie.

A-2.2.3 Störungsbereich depressive Störungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von sechs Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich depressive Störungen ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie, zur Beratung und Informationsvermittlung sowie zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

In den sechs vorliegenden Studien wurden die „depressive Episode“ bzw. „Major Depression“ untersucht. Im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie, im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung und im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung ist der Nutzen der Systemischen Therapie nicht nachgewiesen, da bei den untersuchten Endpunkten die nicht signifikanten Unterschiede gegenüber den signifikanten Effekten überwogen (59 nicht-signifikante Unterschiede vs. 17 Effekte).

Im Vergleich zu Psychodynamischer Psychotherapie ist auf der Basis einer Studie von einer Gleichwertigkeit mit einem PT-RL-Verfahren auszugehen, da überwiegend keine statistisch signifikanten Unterschiede vorlagen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass auch zwei Effekte zugunsten der Psychodynamischen Psychotherapie ermittelt wurden und sich teilweise inkonsistente Ergebnisse je nach Vergleich mit Psychodynamischer Kurzzeit- oder Langzeittherapie ergaben.

Fazit: Für die „depressive Episode“ bzw. „Major Depression“ kann aufgrund der Aussageunsicherheit keine Empfehlung zum Nutzen ausgesprochen werden.

Ob die geprüften Indikationen eine Aussage bezüglich des gesamten Anwendungsbereiches „Affektive Störungen“ der PT-RL, erlauben, ist durch den UA PT zu prüfen.

Die darstellbaren Nutzenaspekte werden bei der Bewertung des Potentials berücksichtigt.

A-2.2.4 Störungsbereich Essstörungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von drei Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Essstörungen ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie und zur Beratung und Informationsvermittlung bei Patientinnen.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

Für diesen Störungsbereich lagen Ergebnisse zu „Anorexia nervosa“ und „Binge eating disorder“ vor; keine Ergebnisse lagen vor zu „Bulimia nervosa“.

- „Anorexia nervosa“: Auf der Basis von zwei Studien liegt im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie (kein PT-RL-Verfahren) kein Nutznachweis der Systemischen Therapie vor. In einer Studie ergibt sich im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren (Psychodynamische Psychotherapie) und im Vergleich zu „routine treatment“ (ohne PT) ein Hinweis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie (Dare 2001, drei Studienarme). Die externe Validität der Ergebnisse ist aufgrund der kleinen Fallzahlen in den Studien eingeschränkt, daneben liegt eine mangelnde Studienqualität vor.

Fazit: Eine Empfehlung zur Anerkennung des medizinischen Nutzens für die Indikation „Anorexia nervosa“ kann nicht ausgesprochen werden.

- „Binge eating disorder“: Im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren (Kognitive Verhaltenstherapie) ergibt sich auf der Basis einer Studie ein Hinweis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie.

Fazit: Eine Empfehlung zur Anerkennung des medizinischen Nutzens für die Indikation „binge eating disorder“ kann auf Grund des hohen Verzerrungspotentials nicht ausgesprochen werden.

- „Bulimia nervosa“: Für Bulimia nervosa lagen keine Studien vor.

Fazit: Eine Empfehlung zur Anerkennung des medizinischen Nutzens für die Indikation „Bulimia nervosa“ kann daher nicht ausgesprochen werden.

Ob die geprüften Indikationen eine Aussage bezüglich des gesamten Anwendungsbereiches „Essstörungen“ der PT-RL erlauben, ist durch den UA PT zu prüfen.

Die darstellbaren Nutzenaspekte werden bei der Bewertung des Potentials berücksichtigt.

A-2.2.5 Störungsbereich gemischte Störungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von einer Studie mit verwertbaren Daten im Störungsbereich gemischte Störungen ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie bei Patientinnen.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

Eine indikationsspezifische Aussage ist aufgrund der vorliegenden gemischten Diagnosen in der zugrundeliegenden Studie nicht möglich. Bezogen auf unspezifische psychische Symptome kann der Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu Psychodynamischer Gruppentherapie nachvollzogen werden. Es bleibt allerdings unklar, ob die zugrundeliegende Studie von Lau 2007 den „gemischten Störungen“ gem. § 19 Absatz 1 Nummer 2 PT-RL zugeordnet werden kann.

Fazit: Die Zuordnung des vom IQWiG so benannten Störungsbereichs zu einem der Anwendungsbereiche der PT-ist RL unklar. Für keine in der PT-RL konkretisierte Indikation kann eine Anerkennung des Nutzens ausgesprochen werden

Die darstellbaren Nutzenaspekte werden bei der Bewertung des Potentials berücksichtigt.

A-2.2.6 Störungsbereich körperliche Erkrankungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von neun Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich körperliche Erkrankungen ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie und zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

Die Ergebnisse der Studien zu körperlichen Erkrankungen können für eine Nutzenbewertung der Systemischen Therapie bei psychischen Störungen nicht herangezogen werden, da in den vorliegenden neun Studien neben körperlichen Erkrankungen wie z.B. Bronchialkrebs, Hepatitis-B entweder keine psychische Symptomatik erfasst war (vier Studien) oder keine krankheitswertige psychische Symptomatik vorgelegen hatte, weder in Form einer valide diagnostizierten psychischen Störung nach ICD-10 oder DSM-III bis DSM-IV-TR noch in Form klinisch relevanter psychischer Symptomatik (fünf Studien).

Fazit: Eine Empfehlung über die Anerkennung des Nutzens bei körperlichen Erkrankungen kann daher nicht gegeben werden.

A-2.2.7 Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von einer Studie mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

Auf der Basis einer Studie findet sich kein signifikanter Unterschied im Vergleich der Systemischen Therapie zur psychodynamischen Psychotherapie, tendenziell weist das Ergebnis Effekte zugunsten der Psychodynamischen Psychotherapie auf.

Das vorliegende Ergebnis ist zudem mit großer Unsicherheit behaftet (Ungeeignetheit des Endpunktes, kleine Fallzahl, keine eindeutige Aussage zu spezifischen Persönlichkeitsstörungen möglich) und kann daher für die Nutzenbewertung nicht herangezogen werden.

Fazit: Eine Empfehlung über die Anerkennung des Nutzens bei Persönlichkeitsstörungen kann auf dieser Basis nicht gegeben werden.

A-2.2.8 Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von fünf Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen ergibt sich ein Hinweis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

Es lagen Ergebnisse aus einer Studie zur bipolaren Störung (nach DSM-III-R) und vier Studien zur Schizophrenie vor. Zu weiteren Störungen aus diesem Störungsbereich lagen keine Studien vor.

- Bipolare Störung: Sowohl für den Vergleich zu psychoedukativer Multifamilientherapie (Beratung und Informationsvermittlung) als auch für den Vergleich mit keiner Zusatzbehandlung liegt kein Nutznachweis der Systemischen Therapie vor (eine Studie mit drei Studienarmen).

- Schizophrenie: Aufgrund der vorliegenden inkonsistenten Ergebnisse bei dem Vergleich Systemische Therapie + Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie allein ist keine eindeutige Aussage zum Nutzen der Systemischen Therapie bei Schizophrenie möglich. Darstellbar ist ein Effekt zugunsten Systemischer Therapie auf der Basis einer Meta-Analyse aus zwei Studien mit niedriger methodischer Qualität, auf Basis einer Studie mit hoher methodischer Qualität findet sich jedoch kein Effekt zugunsten Systemischer Therapie.

Fazit: Eine Anerkennung des Nutzens kann auf dieser Grundlage nicht erfolgen.

Die darstellbaren Nutzenaspekte werden bei der Bewertung des Potentials berücksichtigt.

Ob die geprüften Indikationen eine Aussage bezüglich des gesamten Anwendungsbereiches „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ der PT-RL, erlauben, ist durch den UA PT zu prüfen.

A-2.2.9 Störungsbereich Substanzkonsumstörungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von sechs Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Substanzkonsumstörungen ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zur Beratung und Informationsvermittlung.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

- Störung durch Alkoholkonsum (in der Studie verwendete Bezeichnung „alcoholic member“):

Auf der Grundlage einer Studie zum Vergleich Systemische Therapie vs. kognitive Verhaltenstherapie ergeben sich keine Unterschiede zu einem PT-RL-Verfahren. Aufgrund der kleinen Fallzahl in den Studienarmen (n = 6) ist die externe Validität aber erheblich eingeschränkt, zudem sind Art und Ausmaß der Alkoholkonsumstörung nicht bekannt, da keine Diagnosebezeichnung in der Studie angegeben ist. Auch ist die Randomisierung in der Studie unklar.

Fazit: Eine Empfehlung über die Anerkennung des Nutzens bei der Indikation „Störung durch Alkoholkonsum“ kann nicht gegeben werden.

Die darstellbaren Nutzenaspekte werden bei der Bewertung des Potentials berücksichtigt.

- „Opioidabhängigkeit bei gleichzeitiger Substitutionsbehandlung“: Aufgrund der vorliegenden inkonsistenten Ergebnisse aus einer Studie zum Vergleich Systemische Therapie vs. „standard Clinic treatment“ zu zwei Auswertungszeitpunkten ist keine eindeutige Aussage zum Nutzen der Systemischen Therapie möglich.

Fazit: Eine Empfehlung über die Anerkennung des Nutzens bei der Indikation „Opioidabhängigkeit in gleichzeitiger Substitutionsbehandlung“ kann nicht gegeben werden.

Die darstellbaren Nutzenaspekte werden bei der Bewertung des Potentials berücksichtigt.

- Störung durch Alkohol, Opioide, Cannabis, Kokain:

Zum Vergleich Systemische Therapie vs. Gesundheitstraining auf der Grundlage einer Studie ergibt sich kein Nachweis des Nutzens für die Systemische Therapie (in der Studie sind keine Diagnosen angegeben).

Zum Vergleich Systemische Therapie vs. healthgroup/Filmvorführung mit Bezahlung/nicht näher beschriebene Kontrollgruppe ergibt sich auf der Grundlage von drei Studien kein Nutznachweis der Systemischen Therapie (eindeutige Diagnosen waren nur in einer Studie angegeben).

Fazit: Eine Empfehlung über die Anerkennung des Nutzens bei der Indikation „Störung durch Alkohol, Opioide, Cannabis, Kokain“ kann nicht gegeben werden.

Ob die geprüften Indikationen eine Aussage bezüglich des gesamten Anwendungsbereiches „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ der PT-RL, erlauben, ist durch den UA PT zu prüfen.

Indikationsübergreifende Zusammenfassung der Ergebnisse zum Nutzen:

Derzeit kann in den geprüften Indikationen nur für die Indikation „Zwangsstörung, eingeschränkt auf Patienten/Patientinnen mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung“, eine Empfehlung zum medizinischen Nutzen ausgesprochen werden.

In der Gesamtbetrachtung liegt bei den anderen einbezogenen Studien laut IQWiG-Bericht überwiegend ein hohes Verzerrungspotential vor. Bei dieser Bewertung war auch die Verblindung bei Endpunkterhebung bewertet worden, welche auch bei Psychotherapiestudien realisierbar und erforderlich ist, um Beurteilungsverzerrungen möglichst auszuschließen. Im IQWiG-Abschlussbericht wird hierzu ausgeführt, dass *„überwiegend Aussagen mit der schwächsten Aussagesicherheit (Anhaltspunkt) getroffen wurden“* (vgl. S. 87 im Abschlussbericht).

Hinsichtlich der methodischen Qualität und der Berichterstattung der dem Ergebnis zugrundeliegenden Studien wird im IQWiG-Bericht darauf hingewiesen, dass den vorhandenen Nutzensaussagen die Absicherung beispielsweise *„durch eine hochwertige, prospektiv registrierte Studie“* fehle und es somit nicht unwahrscheinlich sei, dass eine *„hochwertig konzipierte Wiederholung den dort ermittelten Anhaltspunkt“* nicht bestätigen würde (vgl. S. 87 des IQWiG-Berichtes).

Somit bleibt bei der Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen für die Einführung eines neuen und bezüglich der Anwendungsgebiete breiten Therapieangebotes bei psychischen Störungen die Frage offen, ob Qualität und Wirksamkeit der mit dem Verfahren erbrachten Leistungen in einer Überprüfung zeigen, dass sie dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

In einer Erprobungsrichtlinie nach § 137e SGB V können die noch fehlenden Voraussetzungen für belastbare Nutzaussagen geschaffen werden.

A-2.3 Bewertung der medizinischen Notwendigkeit

Die Bewertung der medizinischen Notwendigkeit erfolgt im Versorgungskontext unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, Verlauf und Behandelbarkeit der Erkrankung und insbesondere der bereits in der GKV-Versorgung etablierten diagnostischen und therapeutischen Alternativen. Die Rechtsgrundlagen der Methodenbewertung sehen den Vergleich mit bereits zu Lasten der Krankenkassen erbringbaren Methoden vor. Eine Einordnung der Systemischen Therapie Erwachsener in den Regelungsberich der Psychotherapierichtlinie erfolgt im zuständigen UA PT. Derzeit kann mit Ausnahme der Indikation „Zwangsstörung, eingeschränkt auf Patienten/Patientinnen mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung“ eine Empfehlung zum medizinischen Nutzen in den geprüften Indikationen nicht ausgesprochen werden.

A-2.3.1 Relevanz der medizinischen Problematik

Nach den epidemiologischen Daten des Zusatzsurveys „Psychische Gesundheit“ der DEGS1-MH sind bei knapp einem Drittel der Bevölkerung in den zwölf Monaten vor dem Erhebungszeitpunkt die Kriterien für mindestens eine psychische Störung zumindest zeitweise erfüllt (Jacobi et al., 2014). Zu den häufigsten psychischen Störungen zählen Angststörungen, unipolare Depression, somatoforme Störungen (insbesondere Schmerzstörungen) sowie Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen (insbesondere Alkoholabhängigkeit).

Das Vorliegen einer psychischen Störung kann Fehltag und Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben. So sind Arbeitsunfähigkeit und Fehltag aufgrund psychischer Störungen in den letzten zehn Jahren konstant gestiegen und führten zu langen Ausfallzeiten⁴.

Bei den in § 26 PT-RL aufgeführten Indikationen ist von einer medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung auszugehen - das Vorliegen einer psychischen Störung ist nicht automatisch mit einem Behandlungsbedarf gleichzusetzen (Jacobi et al. 2014). Hierzu müssen weitere Aspekte hinzukommen. Die Schwere der Erkrankung, die signifikante Beeinträchtigung aufgrund der vorliegenden psychischen Störung, die subjektive Behandlungsbedürftigkeit der Betroffenen, die individuellen Voraussetzungen zu einer psychotherapeutischen Behandlung sowie die Akzeptanz und Inanspruchnahme der zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen müssen bei der Entscheidung berücksichtigt werden, ob und ggf. welche ambulanten oder stationären Maßnahmen im Einzelfall notwendig sind (Jacobi et al., 2014). Nach Wittchen et al. (2003)⁵ ist eine Gleichsetzung von „diagnostischer Prävalenz“ mit „Behandlungsbedarf“ problematisch.

Die Vergabe einer ICD-10-Diagnose setzt zusätzlich zu den definierten Symptomkriterien sowie den Dauer-, Schwere- und Frequenzmerkmalen klinisch bedeutsames Leiden, symptombedingte Einschränkungen und/oder aktives professionelles Hilfesuchverhalten voraus.

⁴ Z.B. AOK Fehlzeiten-Report 2017, Gesundheitsreport TK 2016.

⁵ Wittchen, H. U., Jacobi, F., & Hoyer, J. (2003). Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. In *Vortrag im Rahmen des Kongress: Psychosoziale Versorgung in der Medizin, Hamburg* (Vol. 28, No. 30.9, 2003).

A-2.3.2 Spontanverlauf der Erkrankung

Der Verlauf einer psychischen Erkrankung ist von der Art der jeweiligen Erkrankung sowie individuellen Faktoren im Sinne eines bio-psycho-sozialen Störungsmodells abhängig. Spontanremissionen können im Prinzip bei allen psychischen Erkrankungen auftreten, variieren aber sehr stark und hängen im Einzelfall von spezifischen Faktoren ab (z.B. Art, Dauer und Schwere der Erkrankung, soziale Unterstützung, partnerschaftliche Beziehungen). Bei bestimmten Störungsbildern kann der Krankheitsverlauf eine fluktuierende bzw. episodenhafte Gestalt annehmen (z.B. affektive Störungen, Schizophrenie).

A-2.3.3 Diagnostische oder therapeutische Alternativen

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen Erwachsener erfolgt aktuell durch für die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte sowie approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den drei PT-RL-Verfahren. An ambulanten Behandlungsalternativen stehen zudem auch psychiatrische (und psychosomatische) Institutsambulanzen an Krankenhäusern (PIA) oder an Hochschul- und Ausbildungsambulanzen zur Verfügung.

Wenn eine ambulante (psychotherapeutische) Behandlung der psychischen Störung nicht ausreicht oder zu keiner Verbesserung führt, können (teil-) stationäre Behandlungen notwendig werden, bei denen psychotherapeutische Interventionen über die PT-RL-Verfahren hinaus zur Anwendung kommen.

A-2.4 Bewertung des Potenzials

Ist der Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt, kann der G-BA unter Aussetzung seines Bewertungsverfahrens eine Richtlinie zur Erprobung beschließen, wenn er im Rahmen der Prüfung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu der Feststellung gelangt, dass die Methode das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet (§ 137e Absatz 1 Satz 1 SGB V).

Für die Systemische Therapie kann lediglich für die Indikation „Zwangsstörung, eingeschränkt auf Patienten/Patientinnen mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung“, eine positive Empfehlung zum medizinischen Nutzen ausgesprochen werden.

Für die anderen Indikationen ist bei fehlendem Nutzenbeleg für die Systemische Therapie zu prüfen, ob zumindest ein Potenzial vorliegt. Das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative kann sich etwa ergeben, wenn sie aufgrund ihres Wirkprinzips und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der Erwartung verbunden ist, dass andere aufwändigere, für den Patienten invasivere oder bei bestimmten Patienten nicht erfolgreich einsetzbare Methoden ersetzt werden können, die Methode weniger Nebenwirkungen hat, sie eine Optimierung der Behandlung bedeutet oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen kann.

Die Annahme eines Potenzials stützt sich auf die dem IQWiG-Bericht zugrunde liegenden Studien und die bezüglich der Indikationen dargestellten Effekte zugunsten der Systemischen Therapie.

Im Störungsbereich depressive Störungen ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie, zur Beratung und Informationsvermittlung sowie zum Komparator keine Zusatzbehandlung. Dies begründet die Annahme eines Potenzials hinreichend.

Bei Anorexia nervosa und „Binge eating disorder“ lassen sich diese Effekte (mit den in 2.2 aufgeführten Einschränkungen) ableiten. Das gilt ebenso für die Opioidabhängigkeit (bei gleichzeitiger Substitutionsbehandlung) und Schizophrenie, wobei bei diesen beiden Indikationen die beschriebenen Ergebnisse inkonsistent sind.

Bei den gemischten Störungen werden Effekte gefunden, aber es bleibt unklar, welchen Indikationen diese zugeordnet werden können. Bei körperlichen Erkrankungen können

Behandlungseffekte gezeigt werden, diese Erkrankungen konnten aber keiner Indikation der PT-RL zugeordnet werden.

Die vorliegenden Daten zu den Effekten der Systemischen Therapie bei einzelnen Indikationen lassen ein Potenzial erkennen.

Damit ist die Erwartung begründet, dass bei dem - im Vergleich zu den bisherigen PT-RL-Verfahren anderen Wirkprinzip - auch Patienten erreicht werden könnten, die von den bislang verfügbaren Behandlungsangeboten nicht in gleicher Weise profitieren. Indikationen mit therapieresistenten Verläufen wie z.B. Anorexia nervosa oder Schizophrenie könnten mit einer zusätzlichen Psychotherapieoption adressiert werden, da bei diesen Indikationen eine unsichere Evidenzlage für die anderen bereits in die Versorgung eingeführten Verfahren vorliegt (vgl. z.B. S3 LL Essstörungen, 2011; S3 LL zu Schizophrenie).

Durch die Bereitstellung einer alternativen psychotherapeutischen Behandlung kann für die Versorgung möglicherweise ein erweitertes Angebot an Behandlungsmöglichkeiten eröffnet werden, was eine in sonstiger Weise effektivere Behandlung darstellen kann.

Soweit die Systemische Therapie aus ihrer Sicht in Anspruch nimmt, im Vergleich zu anderen Therapieverfahren eine niedrigere Sitzungszahl zu benötigen („nur selten mehr als 20 – 25 Sitzungen, häufig nur etwa 5 – 10 Sitzungen“ von Sydow et al., 2007). könnte angesichts der gegenwärtigen Erkenntislage lediglich ein Potential in Bezug auf einen Vergleich mit der psychodynamischen LZT angenommen werden, wenn Erkenntnisse zur Vergleichbarkeit der Behandlungsergebnisse bereits vorlägen (siehe auch 2.6).

A-2.5 Erprobung

Für eine Erprobung der Systemischen Therapie als PT-RL-Verfahren ist zwischen der Bestätigung des Potentials in einzelnen Indikationen und dem Bedarf einer darüber hinausgehenden Erprobung des Verfahrens insgesamt zu unterscheiden.

In den Eckpunkten zur Erprobung, die in der noch zu entwickelnden Richtlinie nach § 137e SGB V darzustellen sind, sind mit Blick auf das zu bestätigende Potential der Systemischen Therapie für einzelne *Indikationen* insbesondere

- Depressive Störungen
- Soziale Phobie,
- Zwangsstörungen (außer Zwangsstörung mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung),
- Anorexia Nervosa,
- Binge eating disorder,
- Störungen durch Substanzkonsum (Abhängigkeitserkrankungen),
- Schizophrenie und
- Körperliche Erkrankungen

zu berücksichtigen, da für diese sich mit der Vorgehensweise des IQWiG bereits Aussagen zumindest zur Erreichung von Effekten unter den dargestellten Bedingungen treffen lassen.

Für die Konzeption einer Erprobung des *Verfahrens* „Systemische Therapie bei Erwachsenen“ ist zu berücksichtigen, dass Aussagen zur medizinischen Notwendigkeit umso valider getroffen werden können, je sicherer ein Vergleich zu bereits in der GKV-Versorgung etablierten therapeutischen Alternativen möglich ist. Damit kommen als Vergleichsintervention in erster Linie die Verfahren der PT-RL in Frage. Eine Aussage zu den Anwendungsbereichen und zum Schwellenkriterium nach der PT-RL wird umso sicherer möglich, je mehr Indikationen in der Erprobung berücksichtigt werden. Es ist zu gewährleisten, dass die für die Erreichung

des Schwellenkriteriums erforderliche Breite der Anwendung des Verfahrens auch in der Erprobung Berücksichtigung findet.

Eine Erprobung kann mit Blick auf die Umsetzung des Verfahrens in der PT-RL darüber hinaus die Möglichkeit bieten, eine gegenüber dem IQWiG-Bericht breitere Entscheidungsgrundlage zu schaffen. Die Angststörungen können vollständiger betrachtet werden als dies im IQWiG-Abschlussbericht möglich gewesen war. So könnten z.B. auch Panikstörungen, Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobien und die generalisierte Angststörung berücksichtigt werden. Bei körperlichen Erkrankungen könnte die Krankheitswertigkeit der psychischen Symptomatik beachtet werden.

Insbesondere mit depressiven Störungen, Angst- und Zwangsstörungen sowie Störungen durch Substanzkonsum wären in möglichen Erprobungsstudien ein Großteil der versorgungsrelevanten psychischen Störungen abgedeckt, so dass eine Nutzaussage für die Systemische Therapie als Verfahren auf einem hinreichend sicheren Niveau gelingen kann. Ergebnisse zu weiteren, seltener auftretenden, aber aufgrund ihrer Behandlungskomplexität versorgungsrelevanten Störungen, könnten die Nutzaussage vervollständigen. Weiterhin kann bei der Erprobung berücksichtigt werden, dass bislang aussagekräftige Studien zur Bulimie und zu Persönlichkeitsstörungen fehlen.

Um der Besonderheit der Bewertung der Psychotherapieverfahren mit Blick auf die etablierten Verfahren der Psychotherapierichtlinie und deren Anwendungsbedingungen gerecht zu werden, ist die Erprobung so auszurichten, dass bei bestehender Behandlungsbedürftigkeit dem zu prüfenden Verfahren die gleichen Anwendungschancen zufallen wie der jeweiligen zweckmäßigen Vergleichstherapie (RL-Therapie), die grundsätzlich in der Anwendung keiner Einschränkung unterliegen. Wo bereits Erkenntnisse zu Störungsbereichen vorliegen, erleichtern diese (mit den gebotenen Einschränkungen) eine Schätzung von Effektstärken zur Dimensionierung von entsprechenden Studienarmen.

Der Vergleich mit einer Langzeittherapie erscheint unter den Bedingungen einer Erprobung allerdings unangemessen.

Grundsätzlich würde damit für den zu bestimmenden Zeitraum der Erprobung das *Verfahren* „Systemische Therapie bei Erwachsenen“ zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Die Dauer der Erprobung orientiert sich dabei insofern an dem in der PT-RL definierten Schwellenkriterium, dass zumindest eine Aussage zu den in der Versorgung überwiegend auftretenden behandlungsbedürftigen Störungen gemacht werden kann.

A-2.6 Bewertung der Wirtschaftlichkeit

Bislang vorliegende Daten aus dem IQWiG-Abschlussbericht lassen nur begrenzte Aussagen zur Wirtschaftlichkeit zu. Eine abschließende Bewertung der Wirtschaftlichkeit erübrigt sich darüber hinaus angesichts der fehlenden Sicherheit der Nutzaussage. Es soll jedoch eine orientierende Betrachtung der Interventionskosten erfolgen.

Es lagen vier Studien vor, in denen die systemische Therapie mit einem PT-RL-Verfahren verglichen wurde. Aus den Angaben zu Behandlungsdauer und Sitzungsanzahl der jeweiligen Vergleichsbedingungen in diesen Studien ergibt sich für die Systemische Therapie eine Sitzungszahl von 8-14 Sitzungen, welche sich insgesamt betrachtet von der Sitzungszahl in den jeweiligen Vergleichsbedingungen (9 – 25 Sitzungen) nicht wesentlich unterscheidet, da für die Systemische Therapie eine längere Sitzungsdauer vorgesehen ist:

Bei der Studie von Dare 2001 zu Anorexia nervosa ergeben sich neun Sitzungen weniger als im Vergleich zur „focal psychoanalytic psychotherapy“, auch hier ist bei der Systemischen Bedingung aber eine längere Sitzungsdauer (60-75 min. vs. 50 min.) zu verzeichnen.

Bei der Studie von Castelnovo 2011 zu „binge eating disorder“ sind die Angaben zu Sitzungsanzahl, -dauer und Behandlungsdauer exakt gleich.

Ebenso ergeben sich bei der Studie von Bennun 1988 zu Alkoholkonsumstörung keine Unterschiede hinsichtlich Anzahl der Sitzungen und Behandlungsdauer (aus der Studie ergibt

sich kein Nutznachweis).

Auf der Grundlage dieser Unterlagen liegen demnach - außer im Vergleich zu einer psychodynamischen Langzeittherapie - in der Zusammenschau keine wesentlichen Argumente für Unterschiede in Behandlungsdauer und Sitzungsanzahl zwischen systemischer Therapie und den PT-RL-Verfahren vor.

A-2.7 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet und in die Entscheidungen einbezogen. Im Ergebnis der Auswertung wurde keine Änderungen am Beschlussentwurf vorgenommen.

A-3 Verfahrensablauf

Siehe Dokument „Tragende Gründe“

A-4 Fazit

Maßgeblich für die Nutzenbewertung ist die differenzierte Betrachtung der einzelnen Indikationen, wie sie hier vorgenommen wurde, denn der Indikationsbezug ist der gemäß § 135 Abs. 1 SGB V vorzunehmenden Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entsprechend den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin immanent. Antragsgegenstand ist die Anerkennung der Systemischen Therapie als Psychotherapie-Verfahren entsprechend den Anforderungen der PT-RL, was zusätzlich insbesondere die Erfüllung des Schwellenkriteriums voraussetzt. Sowohl bei Betrachtung auf der aggregierten Ebene der Störungsbereiche als auch bei Betrachtung der spezifischen Indikationen liegt kein hinreichender Nutzenbeleg für die Systemische Therapie als Verfahren gemäß PT-RL vor, da derzeit in den geprüften Indikationen nur für die Indikation „Zwangsstörung, eingeschränkt auf Patienten/Patientinnen mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung“, eine Empfehlung zum medizinischen Nutzen ausgesprochen werden kann. Insbesondere können für depressive Störungen und Angststörungen, welche zu den am häufigsten auftretenden psychischen Störungen zählen, mit den derzeitigen Studienergebnissen keine Aussagen zum Nutzen getroffen werden. Die Voraussetzungen für eine Anerkennung als Verfahren gemäß PT-RL liegen deshalb nicht vor.

Das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative ist – wie unter 2.4 dargelegt - für die Systemische Therapie als mögliches Verfahren gemäß PT-RL zu bejahen. Eine Erprobung gemäß § 137e SGB V ist das geeignete Instrument dafür, die noch fehlenden wissenschaftlichen Daten zu beschaffen und damit eine abschließende Nutzenbewertung zu ermöglichen.

Die Details hierfür sind in einer Erprobungsrichtlinie in einem zweiten Schritt zu beschließen. Dabei werden die Rahmenbedingungen hierfür so auszugestalten sein, dass für die Gewinnung der notwendigen Erkenntnisse zur Bewertung des Nutzens eine ausreichende Zahl von Studienzentren und von Patientinnen und Patienten gewonnen werden kann. Nach dem derzeitigen Kenntnisstand wird es aufgrund der noch geringen Anzahl von approbierten Therapeutinnen und Therapeuten mit Ausbildung in systemischer Therapie erforderlich sein, insbesondere die Ausbildungsinstitute für Systemische Therapie eng in die Durchführung der Erprobung einzubinden.

A-5 Beschluss

Veröffentlicht im BAnz am T. Monat JJJJ, AT ...

Hier Beschluss im Wordformat (nicht im BAnz-Veröffentlichungsformat) einstellen.

nicht angenommen

A-6 Anhang

A-6.1 Antrag zur Beratung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen nach § 135 Abs. 1 SGB V



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

gemäß § 91 SGB V
Unparteiisches Mitglied

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Dr. Edith Pfenning
Abteilung M-VL
Wegelystraße 8
10623 Berlin

451

Gemeinsamer Bundesausschuss			
Original:	Dr. Pfenning		
Kopie:	Kleinert		
Eingang:	12. Feb. 2013	UP	
G-BA	M-VL	QS-V	AM
PfO	Recht	FB-Med.	Verw.

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartner/in:
Dr. Harald Deisler

Telefon:
030 275838141

Telefax:
030 275838135

E-Mail:
Harald.deisler@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
HD


Datum:
11. Februar 2013

Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich auf der Rechtsgrundlage des § 135 Abs. 1 SGB V den Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Harald Deisler
Unparteiisches Mitglied gemäß § 91 SGB V
Gemeinsamer Bundesausschuss

Anlagen

- Antrag von Dr. Harald Deisler, Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsyThG: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie, 14.12.2008
- Schreiben der DGSF an den Gemeinsamen Bundesausschuss vom 14.11.2012

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts nach § 91 SGB V. Er wird gebildet von:
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin · GKV Spitzenverband, Berlin ·
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin · Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln

Dr. Harald Deisler

Unparteiliches Mitglied des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V

Begründung des Antrages

1. Wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 Psychotherapeutengesetz

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat am 14.12.2008 sein Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie¹ verabschiedet und festgestellt, dass die Systemische Therapie bei **Erwachsenen** für Behandlungen in folgenden Anwendungsbereichen² als wissenschaftlich anerkannt gelten kann:

- Affektive Störungen,
- Essstörungen,
- Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten,
- Abhängigkeiten und Missbrauch sowie
- Schizophrenie und wahnhafte Störungen.

Auch für den Bereich der Psychotherapie bei **Kindern und Jugendlichen** wurde die Systemische Therapie für Behandlungen in folgenden Anwendungsbereichen anerkannt:

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

Beschreibung der Methode

Im WBP-Gutachten wird zur Definition der Systemischen Therapie ausgeführt: „Von den beantragenden Fachverbänden wird die systemische Therapie als ein psychotherapeutisches Verfahren beschrieben, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt.“

¹ Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsyThG: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie, 14.12.2008.

² Die Anwendungsbereiche sind nicht deckungsgleich mit den Indikationsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie.

Dabei werden zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten („Indexpatienten“) weitere Mitglieder des für Patienten bedeutsamen sozialen Systems einbezogen. Die Therapie fokussiert auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie oder des Systems und deren weitere soziale Umwelt.“ Daher wird Systemische Therapie häufig im Familiensetting eingesetzt. Systemische Therapie kann allerdings nicht mit Familientherapie gleichgesetzt werden, die „in erster Linie (als) ein psychotherapeutisches Setting verstanden wird, welches auch im Rahmen anderer psychotherapeutischer Verfahren und Methoden realisiert wird“. Daher bezieht sich das WBP-Gutachten in Absprache mit den beantragenden Fachverbänden nur auf die Systemische Therapie, obwohl eine Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennung von Systemischer Therapie/Familientherapie beantragt wurde.

Bewertung der Studienlage durch den WBP

Die der Prüfung zugrunde liegenden Studien waren beim WBP von der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie e.V. (DGSF) und der Systemischen Gesellschaft (SG) zusammen mit einer Expertise zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie eingereicht worden³. Im Rahmen des WBP-Gutachtens wurden 30 Studien (in 40 Publikationen) zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Erwachsenen sowie sechs Metaanalysen bzw. systematische Reviews und drei Übersichtsartikel durch den WBP überprüft. Zudem erfolgte die Überprüfung von 55 eingereichten Studien (in 84 Publikationen) sowie zwei Metaanalysen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Für alle vom WBP als positiv gewerteten Anwendungsbereiche lag mindestens eine Studie mit Follow-up-Zeiträumen von mindestens sechs Monaten vor, in denen die Stabilität der Wirksamkeit der Systemischen Therapie belegt wurde.

Eine bilanzierende Nutzen/Risikoabwägung sowie ein Vergleich mit bereits erbrachten psychotherapeutischen Behandlungsformen wurden – aufgrund der anderen Fragestellung des WBP – nicht vorgenommen.

³ Der WBP hat Ende 2007 aufgrund seiner Erfahrungen bei den bisherigen Begutachtungen und unter Berücksichtigung aktueller methodologischer Entwicklungen in Abstimmung mit dem G-BA seine Verfahrensregeln weiterentwickelt und ein neues Methodenpapier beschlossen. Die Prüfung der Systemischen Therapie erfolgte noch nach den alten Verfahrensregeln, die beispielsweise keine systematische Literaturrecherche vorsahen. Aussagen zu den indikationsbezogenen Zielsetzungen sowie patientenrelevanten Endpunkten lassen sich dem Gutachten nicht entnehmen.

2. Angaben zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit

Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Antragsprüfung“

Nach dem Votum des WBP zur Systemischen Therapie am 14.12.2008 hat eine aus zwei Trägern des G-BA (KBV und GKV-SV) sowie den Patientenvertretern zusammengesetzte Arbeitsgruppe (AG) „Antragsprüfung“ kursorisch geprüft⁴, ob eine ausreichende Grundlage zur Antragstellung auf Prüfung der Anerkennung der Systemischen Therapie als Verfahren gegeben ist. Nach Sichtung der Studien, die vom WBP für die Anerkennung der Wissenschaftlichkeit der Systemischen Therapie bei Erwachsenen bzw. Kindern und Jugendlichen als „positiv“ gewertet wurden, sowie gezielter Nachfragen bei den Fachgesellschaften für Systemische Therapie, wurden von der AG „Antragsprüfung“ mögliche Referenzstudien für einen Beratungsantrag identifiziert und den Indikationsbereichen der Richtlinie des G-BA über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie, PT-Richtlinie) zugeordnet (vgl. Tabellen 1 und 2).

Tabelle 1: Indikationsbereiche laut § 22 PT-Richtlinie, für die durch die AG Antragsprüfung mögliche Referenzstudien bei Erwachsenen identifiziert wurden

Indikationsbereich	Referenzstudien
Affektive Störungen	Knekt 2004 ⁵ , 2008
Angststörungen und Zwangsstörungen ⁶	Knekt 2004, 2008
Essstörungen	(eingeschränkt ⁷) Dare 2001 und Espina 2000
Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen	Bressi 2008 und Cao 2007

4 Durch die AG wurden keine eigenen Recherchen vorgenommen. Um einer eventuell später erfolgenden Nutzenbewertung nicht vorzugreifen, wurde bewusst auf eine Bewertung der identifizierten Studien verzichtet.

5 Behandlungsarme: Solution focused therapy (SFT), Kurzzeitpsychodynamische PT, Langzeitpsychodynamische PT. Durch die AG „Antragsprüfung“ erfolgte eine Anfrage bei den systemischen Fachgesellschaften, um eine Zuordnung der SFT zur Systemischen Therapie (im Sinne der Antragsprüfung durch den WBP) zu klären. In der Antwort der Fachgesellschaften vom 22.09.2009 auf die von der AG gestellten Fragen bezüglich der Zuordnung der Solution focused therapy legten diese eine Zuordnung zur Systemischen Therapie dar.

6 Die AG „Antragsprüfung“ hat sich bei der Zuordnung der Knekt-Studie zum Indikationsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen insbesondere auf das Schreiben der Fachgesellschaften DGSF und SG vom 22.09.2009 gestützt, das eine entsprechende Zuordnung nahe legte.

7 Fehlende Methodenbeschreibung der Familientherapie (daher unklar, ob Systemische Familientherapie)

Tabelle 2: Indikationsbereiche laut § 22 PT-Richtlinie, für die mögliche Referenzstudien bei Kindern und Jugendlichen identifiziert wurden

Indikationsbereich	Referenzstudien
Affektive Störungen	Diamond 2002
Essstörungen/andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	Le Grange 2007 (eingeschränkt geeignet Schmidt 2007)
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen/Abhängigkeit und Missbrauch	Liddle 2001 und Liddle 2004 und unveröffentlichtes Manuskript Liddle et al. beim WPB 2007 nachgereicht ⁸

Als Ergebnis dieser kursorischen Prüfung im Bereich der Systemischen Therapie wurde dem Unterausschuss (UA) Methodenbewertung am 04.02.2010 vorgetragen, dass das sogenannte Schwellenkriterium⁹ gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 2 der PT-Richtlinie für die Anerkennung als Verfahren nur bei Erwachsenen möglicherweise als erfüllt gelten könne. Eine Antragsstellung zur Prüfung der Systemischen Therapie für die Anerkennung als Verfahren bei Kindern und Jugendlichen erscheine unter Berücksichtigung des Schwellenkriteriums (wegen des Fehlens einer ausreichenden Anzahl von Studien in maßgeblichen Indikationsbereichen der PT-Richtlinie) nicht begründet.

Psychotherapie kann im Rahmen der PT-Richtlinie nur erbracht werden, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt. Konkrete – im Rahmen der PT-Richtlinie behandelbare – Indikationen (Erkrankungen) werden in § 22 der PT-Richtlinie des G-BA spezifiziert. Psychotherapie ist nur dann eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wenn sie dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Bei den in § 22 aufgeführten Erkrankungen ist daher grundsätzlich von der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung auszugehen. Für alle in § 22 aufgeführten Indikationsbereiche stehen anerkannte Psychotherapieverfahren im Sinne der PT-Richtlinie (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychothera-

⁸ Publierte Studie: Liddle HA, Dakof GA, Turner RM, Henderson CE, Greenbaum PE. Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction* 2008; 103 (10): 1660-70.

⁹ Mit Beschluss vom 20.12.2007 hat der G-BA die Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren davon abhängig gemacht, dass der Nutznachweis für mindestens die am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen beziehungsweise bei Kindern und Jugendlichen geführt wird. Bei Erwachsenen muss mindestens ein Nutznachweis für Affektive Störungen und Angststörungen zuzüglich entweder ein Nutznachweis bei mindestens einem der folgenden Anwendungsbereiche: Somatoforme Störungen einschließlich Konversionsstörungen; Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung; Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen oder ein Nutznachweis bei mindestens zwei der übrigen Anwendungsbereiche der PT-Richtlinie vorliegen.

pie, Verhaltenstherapie) als therapeutische Alternativen zur Verfügung (vgl. §§ 14-15 PT-Richtlinie).

Dem Ergebnis der AG „Antragsprüfung“ folgend, wird zunächst der Antrag zur Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen bei den in § 22 aufgeführten Indikationsbereichen der PT-Richtlinie gestellt. Im Rahmen der Verfahrensprüfung ist dabei insbesondere das sogenannte Schwellenkriterium gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 2 der PT-Richtlinie zu beachten.

Aussagen zur Wirtschaftlichkeit und zu konkreten Behandlungskontingenten sind dem Gutachten des WBP nicht zu entnehmen. In den von der AG „Antragsprüfung“ identifizierten Referenzstudien wurde die Systemische Therapie als Kurzzeittherapie angewandt. Beispielsweise fanden in der Studie von Knekt (2004) im Mittel 10 Therapiesitzungen in der Gruppe mit Solution focused therapy statt (SD=2,8).

Nachfolgende Aussagen zu Frequenzmustern sowie Umfängen und Kosten der Systemischen Therapie wurden auf Nachfrage von der DGSP¹⁰ zur Verfügung gestellt:

Systemische Therapie sei ein niederfrequentes und/oder kurzeitorientiertes Verfahren. Häufig finde sich eines der beiden Frequenzmuster „Lange Kurzzeittherapie“ (wenige Sitzungen mit relativ großen Abständen, die sich über längere Zeiträume erstrecken können) bzw. „Kurze Intensivtherapie“ (häufigere Sitzungen über einen Zeitraum von ca. 6 bis 9 Monaten)¹¹. In der Versorgungspraxis fänden sich folgende Umfänge:

- Systemische Konsultation – bis zu 2 Doppelsitzungen
- Systemische Krisenintervention – ca. 5 Doppelsitzungen in kurzem Zeitraum
- Systemische „Kurzzeittherapie“ – ca. 10 Doppel- oder 20 Einzelsitzungen über 6 bis 9 Monate
- Systemische „Langzeittherapie“ – bis zu 30 Doppel- oder 60 Einzelsitzungen verteilt über mehrere Jahre.

¹⁰ Schreiben der DGSP an den G-BA vom 14.11.2012. Die DGSP hat zudem weitere aktuelle Studien bei Erwachsenen zur Verfügung gestellt, die bei Annahme des Beratungsantrages in den Beratungsprozess einfließen würden.

¹¹ Je nach Setting sei u.U. mehr als ein Therapeut an einer Sitzung beteiligt.

Die Kosten für Therapiestunden für Systemische Therapie würden sich in Deutschland an den Kosten für die anerkannten Richtlinienverfahren (ca. 100 € pro Zeitzunde, angelehnt an die Vergütung nach EBM¹²) orientieren.

Der Aspekt der Wirtschaftlichkeit und die ggf. erforderliche Kosten-Nutzen-Abwägung müssen im Rahmen einer zu erfolgenden Beratung weiter vertieft werden.

3. Angaben zur Relevanz und Dringlichkeit

Im Gutachten des WBP wird ausgeführt: „Systemische Therapie wird seit Langem im Kontext stationärer und ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen sowohl im Erwachsenenbereich, vor allem aber im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie eingesetzt. Über die heilkundliche Anwendung hinaus spielt die Systemische Therapie auch in verschiedenen anderen psychosozialen Bereichen eine bedeutende Rolle, insbesondere als Ansatz in Familien- und Erziehungsberatungsstellen.“

Indem der WBP im Jahre 2008 die Wissenschaftlichkeit der Systemischen Therapie festgestellt hat und die AG „Antragsprüfung“ 2010 nach kursorischer Prüfung im UA Methodenbewertung berichtet hat, dass das sogenannte Schwellenkriterium gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 2 der PT-Richtlinie für die Anerkennung als Verfahren bei Erwachsenen möglicherweise als erfüllt gelten könne, sind die Voraussetzungen für eine Antragsstellung erfüllt.

Aufgrund der oben genannten Hintergründe wird daher eine prioritäre Verfahrensprüfung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen als geboten angesehen.



Dr. Harald Deisler
Unparteiisches Mitglied gemäß § 91 SGB V
Gemeinsamer Bundesausschuss

Anlagen

- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsyThG: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie, 14.12.2008
- Schreiben der DGSF an den Gemeinsamen Bundesausschuss vom 14.11.2012

¹² derzeit 81,14 € pro 50 Minuten Einzeltherapie

Literatur (Tabellen 1 und 2)

Bressi C, Manenti S, Frongia P, Porcellana M, Invernizzi G. Systemic family therapy in schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness. *Psychother Psychosom* 2008; 77 (1): 43-9.

Cao YK. Influence of systemic family therapy on the quality of life in schizophrenic patients. *J Clin Psychol Med* 2007; 17 (6): 403-4.

Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 216-21.

Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41 (10): 1190-6.

Espina A, Ortego A, Ochoa de Alda I. Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. *Anales de psiquiatría* 2000; 16 (8): 322-336.

Knekt P. A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: Kela, 2004. (Studies in social security and health ; 77)

Knekt P, Lindfors O, Harkanen T, Valikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, et al. Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 2008; 38 (5): 689-703.

le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, Leventhal BL. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64 (9): 1049-56.

Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond GS, Barrett K, Tejada M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001; 27 (4): 651-88.

Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, Ungaro RA, Henderson CE. 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* 2004; 36 (1): 49-63.

Liddle HA, Dakof GA, Turner RM, Henderson CE, Greenbaum PE. Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction* 2008; 103 (10): 1660-70.

Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure J, Yi I, et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (4): 591-8.

A-6.2 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V

Hier Schreiben des BMG einstellen.

nicht angenommen

A-6.3 Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung

Dieses Kapitel wird ggf. nach Beschlussfassung im Plenum ergänzt.

nicht angenommen

B Sektorenübergreifende Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit

B-1 Einleitung und Aufgabenstellung

In diesem Bericht ist die Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der systemischen Therapie durch eine vom Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB) gemäß 2. Kapitel § 7 Absatz 2 VerfO eingerichtete themenbezogene Arbeitsgruppe (AG) abgebildet. Dieser Bewertung sind der Bericht des IQWiG und die mit dem Beratungsantrag gemäß 2. Kapitel § 4 VerfO vorgelegten Unterlagen und die Einschätzungen nach Kapitel 2, § 6 VerfO, die anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens eingeholt wurden, zugrunde gelegt.

B-1.1 Auftragsgegenstand und -umfang

Mit Schreiben vom 11. Februar 2013 war durch ein unparteiisches Mitglied des G-BA die Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen nach § 135 Abs. 1 SGB V beantragt worden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte in seiner Sitzung vom 21.08.2014 beschlossen, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß §§ 139b Abs. 1 S. 1 i.V.m. 139a Abs. 3 SGB V zu beauftragen.

Zur Nutzenbewertung sollte das IQWiG die Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen Wissensstandes zur Anwendung des Psychotherapie-Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen zu folgender Fragestellung durchführen:

- Hat das Psychotherapie-Verfahren Systemische Therapie bei Erwachsenen einen Nutzen oder Schaden hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte (Mortalität, Morbidität und Lebensqualität)?

Bei der Formulierung der Fragestellung sollten insbesondere folgende Punkte vom IQWiG adressiert werden:

- Zielpopulation
- Konkretisierung des Verfahrens
- Vergleichsbehandlung
- Outcome-Parameter

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

Die beim G-BA im Zusammenhang mit der Ankündigung des Bewertungsverfahrens eingegangenen Einschätzungen sollten im Rahmen dieses Auftrages berücksichtigt werden.

Die Arbeitsergebnisse des IQWiG sollten eine Grundlage für die Bewertung des G-BA bilden, ob das Verfahren für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten insbesondere unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Standes der medizinischen Erkenntnisse geeignet ist.

Mit dem Auftrag wurden dem IQWiG folgende Unterlagen zugeleitet:

- Antrag des unparteiischen Mitgliedes vom 11. Februar 2013,
- Beschluss zur Annahme des Antrags auf Überprüfung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen durch den G-BA vom 18. April 2013,
- Beschluss zur Beauftragung des IQWiG vom 21.08.2014,
- Fragenkatalog zur strukturierten Einholung von Einschätzungen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens,
- Einschätzungen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens,
- Ergebnis des Austausches mit dem IQWiG zur Auftragskonkretisierung,
- Hinweise zur Operationalisierung.

Im Rahmen des Austausches mit dem IQWiG vom 30.04.2014 war der Auftrag insbesondere zu nachfolgenden Punkten konkretisiert worden:

Einschlusskriterium „Krankheitswertige Störung“

- Die Krankheitswertigkeit der Störung muss in der zu berücksichtigenden Literatur anhand ICD, DSM oder ersatzweise anhand etablierter Standard-Messinstrumente festgestellt worden sein.

Zuordnung von Indikationen zu Indikationsbereichen / Schwellenkriterium

- Das IQWiG recherchiert bei einer Verfahrensprüfung der Systemischen Therapie zunächst indikationsoffen und ordnet die Primärstudien dann den jeweiligen Indikationen zu. Die Zuordnung der Indikationen zu den Anwendungsbereichen der PT-RL (vgl. § 22 PT-RL) wird im Anschluss von der AG des G-BA übernommen.
- Besonderheit Komorbidität / „Gemischte Störungen“: angesichts der hohen Zahl von Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen wurde festgehalten, dass die Hauptdiagnose entscheidend ist: eine Studie wird demnach, wie im Methodenpapier des IQWiG (Version 4.0, S. 115) vorgesehen, immer dann einer Indikation zugerechnet, wenn mindestens 80 % der Population die entsprechende Hauptdiagnose erhielten. Die Nebendiagnosen spielen für diese Zuordnung keine Rolle, sie werden vom IQWiG aber angegeben. Ggf. erfolgt eine Subgruppen-Analyse.
- Studien, bei denen weniger als 80 % der Population einer Hauptdiagnose zugeordnet wurden, werden vom IQWiG einer Rubrik „Sonstige“ zugeordnet. Die Zuordnung zu dem Anwendungsbereich „Gemischte Störungen“ erfolgt ggf. durch den G-BA.

Operationalisierung des Verfahrens „Systemische Therapie“ / Beschreibung des Settings

- Operationalisierung: vgl. „Orientierende Hinweise zur Operationalisierung der Systemischen Therapie und Kurzbeschreibung der Systemischen Therapie“ (vgl. Kapitel B.5.3),
- Professionen, durch die Systemische Therapie erbracht wird. Hierzu wurde festgehalten, dass in Bezug auf die Durchführung der Therapie durch Krankenschwestern oder andere Pflegeberufe und die Übertragbarkeit von entsprechenden Studienergebnissen auf den deutschen Versorgungskontext jeweils im Einzelfall durch den G-BA zu klären ist.
- Setting, in welchem die Systemische Therapie erbracht werden kann (Anzahl der Sitzungen / Sitzungsfrequenz): Vor dem Hintergrund der variablen Sitzungsdauer und Sitzungsfrequenz systemischer Interventionen und der geringeren Gesamtanzahl von Sitzungen im Vergleich zu anderen Psychotherapieformen, wurde das IQWiG gebeten, bei

jeder einzelnen Studienauswertung die jeweilige Sitzungsfrequenz und Sitzungsanzahl in der Auswertung zu dokumentieren.

Mindest-Studiendauer (Intervention plus Mindestbeobachtungsdauer/-Follow-up)

Es wurde keine Mindest-Studiendauer bzw. Mindest-Beobachtungsdauer als Ausschlusskriterium festgelegt.

Studiendesign:

Es sollten ausschließlich RCTs in die Literaturrecherche einbezogen werden. Ggf. kann in Bezug auf einzelne Indikationen nach Abschluss der Nutzenbewertung ein Rapid Report in Auftrag gegeben werden, falls sich in der Nutzenbewertung konkrete Hinweise auf kontrollierte klinische Studien ergeben haben (z.B. durch die Stellungnehmer) und der G-BA diese Informationen für eine Beschlussfassung benötigt.

Beschränkungen bezüglich Sprache / Kulturraum:

Bei der Literatursuche und -auswahl wurden keine Beschränkungen im Hinblick auf die Sprache bzw. den Kulturraum vorgenommen.

Patientenrelevante Endpunkte:

- In der Regel werden Mortalität, Morbidität und Lebensqualität als patientenrelevante Endpunkte definiert, nicht aber Zufriedenheit. Die entsprechenden Messskalen müssen für möglichst viele Sprachen validiert oder aber etabliert sein; selbstentwickelte Skalen werden nicht berücksichtigt.
- In Bezug auf den patientenrelevanten Endpunkt „Morbidität“ wurde festgehalten, dass in den Studien ein Krankheitsbezug abgebildet sein muss bzw. krankheitswertige Symptome anhand ICD, DSM oder ersatzweise anhand etablierter Standard-Messinstrumente gemessen worden sein müssen.

Vergleichsinterventionen

- Treatment as usual / Standardbehandlung (definiert als Form der Routineversorgung, jedoch ohne spezifische Psycho- oder Pharmakotherapie)
- Warteliste
- Placebo
- Verfahren der Psychotherapie-Richtlinie
- medikamentöse Behandlung mit für die jeweilige Indikation zugelassenen Arzneimitteln

Vergleiche von Methoden/Techniken der Systemischen Therapie untereinander bzw. ein Vergleich zu einer medikamentösen Behandlung mit für die jeweilige Indikation nicht zugelassenen Arzneimitteln sollten nicht einbezogen werden.

Studienauswertung

Soweit möglich, sollte eine Extraktion zu folgenden Kriterien vorgenommen werden:

- Operationale Definition der Interventionen (Experimental- und ggfls. Kontrollgruppe)
- Operationale Definition der Kontrollbedingungen
- Strukturelle Äquivalenz bei Kontrollbedingungen
- Manualtreue, Treatment Integrity

- Zulässigkeit, Dokumentation und Analyse des Einflusses begleitender nicht-randomisierter Interventionen (insbesondere Pharmakotherapie)
- Zulässigkeit begleitender Interventionen (z. B. Pharmakotherapie)
- Qualifikation der Behandler

B-1.2 Angaben aus dem IQWiG-Bericht zur Prüfintervention, Vergleichsbedingungen und Morbiditätsbezogenen Endpunkten

B-1.2.1 Prüfintervention im IQWiG-Bericht

Zur Definition der systemischen Therapie wurde im IQWiG- Bericht folgendes ausgeführt:

„Eine mögliche Definition von systemischer Therapie bestimmt sie „als Intervention in komplexe menschliche Systeme (sowohl psychische wie interpersonale Systeme) mit dem Ziel, Leiden zu lindern bzw. zu beseitigen“ [7] (andere Definitionen finden sich zum Beispiel bei von Sydow et al. [8] oder bei von Schlippe et al. [9]). Die Systemische Therapie ist theoretisch in verschiedene Ansätze eingebettet wie den Konstruktivismus oder die Systemtheorie (siehe hierzu vertiefend [10]). Diese Ansätze finden sich in theoretischen Grundannahmen und Kernmerkmalen der systemischen Therapie wieder, die unter anderem folgende Bereiche betreffen (zu allen Bereichen können über die unten genannten Beispiele hinaus der einschlägigen Literatur weitere Beispiele entnommen werden [7,9-13]):

- *Ätiologische Konzepte beziehungsweise Störungsmodelle: Beispielsweise wird Umgebungsfaktoren, biologischen, sozialen und gesellschaftlichen Aspekten bei der Entstehung psychischer Störungen ebenso eine Bedeutung beigemessen wie Wirklichkeitskonstruktionen [7].*
- *Annahmen über das Wirkprinzip und Ziel von Interventionen: Beispielsweise sollen Veränderungen durch die Auflösung problematischer Kommunikationsmuster erreicht werden [8].*
- *Konkrete Behandlungsmethoden: Ein Beispiel sind symbolisch-metaphorische Methoden, welche relevante Systeme, Systemmitglieder und deren Beziehungen untereinander symbolisch-visuell darstellen (beispielsweise Genogramme [14]).*
- *Konzepte zur Indikationsstellung: Beispielsweise hängt die Indikation zur systemischen Therapie nicht nur von der Art und Schwere der Störung ab, sondern auch von störungsübergreifenden Aspekten, die neben individuellen unter anderem auch soziale Faktoren umfassen [8].*
- *Allgemeine Aspekte des Therapeutenverhaltens, der therapeutischen Grundhaltung und Beziehungsgestaltung sowie der Behandlungsplanung: Beispielsweise wird einer von Allparteilichkeit und Neutralität geprägten therapeutischen Grundhaltung ein hoher Stellenwert beigemessen [9].*

Systemische Therapie lässt sich in einer Vielzahl therapeutischer Settings im ambulanten und stationären Bereich realisieren [9]. Hierzu zählen unter anderem das Familiensetting, das Einzelsetting und das Gruppensetting. Solche Settings finden auch bei anderen psychotherapeutischen Verfahren und Methoden Verwendung, wie bei der kognitiv-behavioralen Psychotherapie [2], sodass ein Familien- oder Gruppensetting für sich kein definierendes Merkmal der systemischen Therapie darstellt.“

B-1.2.2 Klassifikation der Vergleichsbedingungen im IQWiG-Bericht

Die Vergleichsinterventionen wurden im vorliegenden Bericht folgendermaßen klassifiziert:

- Andere Psychotherapie:
„alle aktiven psychotherapeutischen Interventionen zur systematischen Beeinflussung von psychischen Störungen. Psychotherapeutische Interventionen, die sich der Verhaltenstherapie oder den psychoanalytisch begründeten Verfahren (analytische Psychotherapie sowie tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) zuordnen lassen, wurden in der vorliegenden Nutzenbewertung als Richtlinientherapie im Sinne der PT-RL [1] verstanden und als solche bezeichnet.“
- Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie:
„informierende und unterstützende Maßnahmen wie Psychoedukation oder Beratung (Counselling)“.
- Keine Zusatzbehandlung:
„zumeist passive Interventionen ohne einen primären therapeutischen Zweck. Hierzu zählen bspw. Placebo-, Attention- Control- oder Wartelisten-Gruppen. Ebenfalls unter diese Rubrik fallen Vergleichsinterventionen, die als Sockeltherapie in Interventions- und Vergleichsstudienarm gleichermaßen Anwendung finden (Sockel- oder Begleitbehandlung).“

Hinsichtlich der Definition der Vergleichsbedingungen kommentiert das IQWiG in seinem Abschlussbericht auf S. 515 ff, dass die *„verwendete Einteilung der Vergleichsinterventionen bzw. Komparatoren in andere Psychotherapie, Beratung und Informationsvermittlung (ohne Psycho- und Pharmakotherapie) und keine Zusatzbehandlung“* die Studien in zwei aktive Vergleichsgruppen und eine nicht aktive Vergleichsgruppe gruppierte.

Mit dieser Einteilung in psychotherapeutische und nicht psychotherapeutische Interventionen sollte lt. Bericht den Unterschieden zwischen der Psychotherapie und eher beratenden, unterstützenden Maßnahmen Rechnung getragen werden.

Zur Vergleichsgruppe „keine Zusatzbehandlung“ wird im IQWiG-Bericht darüber hinaus angemerkt, dass hiervon vorrangig nicht aktive Kontrollinterventionen umfasst sind, die keinen primären therapeutischen Zweck besitzen. Hierunter fallen lt. Abschlussbericht u. a. *„Scheininterventionsgruppen bzw. Attention-Control-Gruppen zur Kontrolle bekannter Wirkfaktoren einer Psychotherapie oder Wartelistengruppen, in denen tatsächlich keine Behandlung stattfindet. Darüber hinaus werden dieser Vergleichsgruppe auch solche Vergleichsinterventionen zugerechnet, die als Sockeltherapie im Interventions- und Vergleichsstudienarm gleichermaßen Anwendung finden (Sockel- oder Begleitbehandlung). Da unter Vernachlässigung von Wechselwirkungen zwischen der Sockeltherapie und Prüfintervention die Wirkung einer Sockeltherapie für Patienten im Interventions- und Vergleichsarm vergleichbar sein sollte (und nur Patienten im Interventionsarm eine zusätzliche Behandlung erhalten), werden Patienten mit alleiniger Sockeltherapie als Patienten ohne zusätzliche Behandlung gedeutet. Allerdings muss bei der Interpretation von Ergebnissen dieses Vergleichs beachtet werden, dass diese nur für solche Patientengruppen gelten, die die beschriebene Form der Sockel- bzw. Begleittherapie erhalten.“* (vgl. S. 516 im Abschlussbericht).

„Für den vorliegenden Bericht erschien eine gesonderte Betrachtung der verschiedenen Vergleiche der systemischen Therapie versus keine Zusatzbehandlung nicht notwendig, da diese Vergleiche in keinem untersuchten Störungsbereich zusammen auftraten. Studien mit einer Scheininterventionsgruppe oder keiner tatsächlichen Behandlung wurden in die Störungsbereiche Demenz und Substanzkonsumstörung, Studien mit einer Begleittherapie in die Störungsbereiche Angst- und Zwangsstörungen, depressive Störungen sowie Schizophrenie und andere affektive Störungen eingeschlossen. Somit fand eine gemeinsame Bewertung und Analyse beider Typen dieser Vergleichsgruppe nicht statt.“

B-1.2.3 Morbiditätsendpunkte im IQWiG-Bericht

Die als relevant erachteten und verwendeten Morbiditätsendpunkte wurden vom IQWiG wie folgt definiert (vgl. S. 5 im Abschlussbericht):

- *„Vollremission: Zum Zeitpunkt der Erhebung ist kein Kriteriensymptom bzw. diagnostisches Kriterium einer psychischen Störung erfüllt.*
- *Teilremission: Zum Zeitpunkt der Erhebung sind nicht mehr alle Kriteriensymptome bzw. diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung erfüllt.*
- *Symptomverbesserung: Verbesserung der Ausprägung auf einer Symptomskala, ermittelt über
 - *Reduktion der Ausprägung auf einer Symptomskala um mindestens 50 % gegenüber dem Ausgangswert oder*
 - *Reduktion der Ausprägung auf einer Symptomskala im Sinne eines Unter- oder Überschreitens eines absoluten Skalenwertes (Cut-off) oder*
 - *Reduktion der Ausprägung auf einer Symptomskala um eine Minimal important Difference (MID).**
- *Symptomatik: Ausprägung auf einer Symptomskala“*

Im IQWiG-Bericht wird auf S. 5 ausgeführt: *„Für jeden Endpunkt wurde eine Aussage zur Beleglage des (Zusatz-)Nutzens und (höheren) Schadens in vier Abstufungen bezüglich der jeweiligen Aussagesicherheit getroffen: Es liegt entweder ein Beleg (höchste Aussagesicherheit), ein Hinweis (mittlere Aussagesicherheit), ein Anhaltspunkt (schwächste Aussagesicherheit) oder keine dieser drei Situationen vor. Der letzte Fall tritt ein, wenn keine Daten vorliegen oder die vorliegenden Daten keine der drei übrigen Aussagen zulassen. In diesem Fall wird die Aussage „Es liegt kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden vor“ getroffen.“* (vgl. hierzu auch das Methodenpapier des IQWiG).

B-2 Medizinische Grundlagen

B-2.1 Beschreibung der Systemischen Therapie

Nach den Ausführungen der Fachverbände für Systemische Therapie betrachtet die Systemische Therapie wechselseitige intrapsychische (kognitiv-emotive) und biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen. Die Systemische Therapie wird als psychotherapeutisches Verfahren beschrieben, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. Dabei werden zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten („Indexpatienten“) weitere Mitglieder des für Patienten bedeutsamen sozialen Systems einbezogen. Die Therapie fokussiert auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie oder des Systems und deren weitere soziale Umwelt.⁶

Grundlage für die Systemische Therapie sind verschiedenen Ansätze aus der (Familien-) Systemtheorie, Kybernetik, Kommunikationstheorie, erkenntnistheoretische Ansätze sowie Konstruktivismus, darüber hinaus bindungstheoretische Annahmen und linguistische Konzepte⁷. Historisch gesehen haben sich verschiedene familientherapeutische und systemische Behandlungsansätze entwickelt (z.B. Minuchin, Boszormenyi-Nagy & Spark, Palazzoli et al., Haley, Bateson, Satir, Watzlawick, Stierlin, De Shazer etc.).

Konsens der verschiedenen systemischen Ansätze besteht u.a. zu folgenden Bereichen: es besteht eine Wechselbeziehung zwischen Mensch und seiner Umwelt. Soziale Beziehungen basieren auf dauerhaften Interaktionsmustern, die sich durch wechselseitige Verstärkung verfestigen. Ein psychisches Symptom wird als paradoxer Lösungsversuch angesehen, der das in die Krise geratene System stabilisiert.

In der Systemischen Therapie werden psychische Symptome in einem interpersonellen Kontext betrachtet. Zwischen Verhalten und Erleben des Indexpatienten und seinem sozialen Umfeld bestehen reziproke Wechselbeziehungen. Das Symptom des Indexpatienten wird als unangemessene Problemlösung psychosozialer Probleme gesehen. Daher wird nicht nur der „Indexpatient“, sondern es werden auch seine Bezugspersonen, also das soziale System als Ganzes, direkt oder indirekt systematisch in die Behandlung miteinbezogen. Der Fokus der Systemischen Therapie liegt also auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen.

Systemische Therapie wird in unterschiedlichen Settings oder Anwendungsformen eingesetzt: Familientherapie, Paartherapie, Einzeltherapie, Gruppentherapie mit Multifamilientherapiegruppen sowie mit größeren Helfer- und Nachbarschaftssystemen.

Systemische Methoden sind durch Problemaktualisierung und Handlungsorientierung gekennzeichnet. So kann man unterscheiden nach:

⁶ Vgl. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 14.12.2008

⁷ Zur Beschreibung von systemischer Therapie vgl. hierzu auch u.a. folgende Literatur: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., & Wilke, E. (Eds.). (2007). Psychotherapie. Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Schiepek, G. (1999). Die Grundlagen der systemischen Therapie: CD-ROM. Vandenhoeck & Ruprecht.

Von Schlippe, A.; Schweizer, J. (2012). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen. Vandenhoeck & Ruprecht.

Von Sydow, K., Beher, S., Retzlaff, R., & Schweitzer, J. (2006). Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Hogrefe Verlag.

- strukturellen Methoden (Joining, Enactment, Verändern von Koalitionen etc.),
- strategischen Methoden (positives Umdeuten/„reframing“ von Symptomverhalten, Symptomverschreibungen),
- symbolisch- metaphorischen Methoden (Genogramm und Familienskulptur für die Darstellungen komplexer familiärer und nicht-familiärer Beziehungen),
- zirkulären Methoden (systemisches Fragen, Entwicklung von Hypothesen, Bemühen um Neutralität, paradoxe Interventionen),
- lösungsorientierten Methoden (z. B. „Wunderfragen“) und
- dialogischen Methoden („reflecting team“, offener Dialog zur Dekonstruktion narrativ hergestellter Wirklichkeiten).

B-2.2 Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren (§ 19 PT-RL)

Neben der sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens (vgl. VerfO, 3. Abschnitt, § 10 Absatz 2), welche sich auf einzelne Indikationen bezieht, ist hinsichtlich der Bewertung der systemischen Therapie als Psychotherapie-Verfahren die in § 19 der PT-RL gefasste Regelung zur Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren und -methoden zu beachten. Diese Regelung fand mit Beschluss des G-BA vom 20.12.2007 Eingang in die PT-RL und trat am 20.03.2008 in Kraft.

In § 19 der PT-RL wurde festgelegt, dass *„als Psychotherapie gemäß Abschnitt A der Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung andere Verfahren Anwendung finden“* können, wenn sie die nachstehenden Voraussetzungen nach Nummer eins bis drei erfüllen:

„1. Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 des Psychotherapeutengesetzes, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt für eine vertiefte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angesehen werden kann.

2. Für Verfahren der Psychotherapie bei Erwachsenen ist ein Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA für mindestens die Anwendungsbereiche § 26 Absatz 1 Nummer 1, 2⁸ und entweder

a) zusätzlich für mindestens einen der folgenden Anwendungsbereiche: § 26 Absatz 1 Nummer 3, 8, Absatz 2 Nummer 1⁹ oder

b) zusätzlich für mindestens zwei der folgenden Anwendungsbereiche: § 26 Absatz 1 Nummer 4 bis 7, 9, Absatz 2 Nummer 2 bis 4¹⁰ zu erbringen“.

⁸ Anwendungsbereiche Affektive Störungen sowie Angststörungen und Zwangsstörungen

⁹ Anwendungsbereiche: Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen; Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen; Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

¹⁰ Anwendungsbereiche: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen; Essstörungen; Nicht-organische Schlafstörungen; Sexuelle Funktionsstörungen; Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend; Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe; Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

Der wichtigste Grundsatz bei der Regelung zur Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren war: *„Ein zur Krankenbehandlung geeignetes Verfahren sollte eine so große Bandbreite an Indikationen abdecken, dass eine umfassende Versorgung der Versicherten gewährleistet bleibt.“* Dies war *„in der hohen Zahl von Komorbiditäten in der Versorgung, den schutzwürdigen Interessen von Patienten, von einem breit ausgebildeten Therapeuten behandelt zu werden“* und in der *„Struktur der ambulanten Versorgung, die keine Entscheidungs- oder Zuweisungsinstanz von Patienten zu Therapeuten je nach Indikation vorhält.“* begründet (vgl. Tragende Gründe vom 20.12.2007).

Den Tragenden Gründen vom 20.12.2007, S.10, ist zu entnehmen, dass die konkrete Ausgestaltung zur Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren *„auf Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse“* erfolgen sollte, unter Aspekten wie epidemiologische Relevanz und Versorgungsrelevanz.

Grundlage für die Ausgestaltung von § 19 PT-RL waren daher Auswertungen der Daten des Robert-Koch- Instituts aus dem Bundesgesundheitsurvey (BGS)¹¹ und dem Zusatzsurvey Psychische Störungen. Die Auswertung der Daten des BGS war mit der Zielsetzung erfolgt, *„dass die Summe der Indikationen, welche das Schwellenkriterium bilden, mindestens zwei Drittel der psychischen Störungsbilder, die in der Bevölkerung vorkommen, bzw. die ein Therapeut in seiner Praxis zu behandeln hat, abbilden“* sollten.

Nach der damaligen Datenlage wurde festgehalten, dass die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland affektive Störungen sowie Angst- und Zwangsstörungen sind, welche auch den häufigsten Grund für die Aufnahme einer Psychotherapie darstellen. Durch die Hinzunahme eines dritten Störungsbildes aus mindestens einem der anderen Anwendungsbereiche der PT-RL wurde in den Tragenden Gründen vom 20.12.2007 davon ausgegangen, dass *„sowohl über zwei Drittel der bevölkerungsepidemiologisch überhaupt auftretenden psychischen Störungen als auch über zwei Drittel der in der Versorgung von psychisch Kranken psychotherapeutisch zu behandelnden Krankheitskomplexe abgedeckt werden“*. Alternativ sei *„diese Schwelle durch die Kombination von Affektiven Störungen und Angststörungen mit zwei der relativ betrachtet weniger häufig auftretenden Störungsbilder, wie sie in der Liste der Anwendungsbereiche“* in § 26 Absatz 1 und 2 PT-RL *„aufgeführt sind, zu erreichen.“*¹²

Die in § 19, Satz 1 Pt-RL festgelegte Voraussetzung der wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie bei Erwachsenen wurde durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie am 14.12.2008 festgestellt (vgl. auch § 11 PsychThG).

¹¹ Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsveys 1998. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 44, 993-1000.

¹² Tragende Gründe vom 20.12.2007, S. 12

B-2.3 Prävalenzen psychischer Störungen

Da die Daten zur Epidemiologie und Versorgungsrelevanz, auf welchen die Ausgestaltung des § 19 PT-RL zur Anerkennung neuer Psychotherapie-Verfahren beruhte, aus dem Jahre 1998 stammen, werden an dieser Stelle aktuellere Daten zur Verteilung psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung dargestellt.

Wittchen und Jacobi wiesen bereits in ihrer Publikation aus dem Jahre 2005 darauf hin, dass sich aus repräsentativen epidemiologischen Studien in Europa, die in den vergangenen 20 Jahren durchgeführt wurden, ergibt, dass bei etwa jedem dritten bis vierten Erwachsenen die Kriterien für mindestens eine psychische Störung zumindest zeitweise erfüllt waren¹³. Das Lebenszeitrisiko, irgendwann im Laufe seines Lebens von einer psychischen Störung betroffen zu sein, wird auf etwa 50% geschätzt (Kessler et al. 2005, Studie in den USA durchgeführt)¹⁴.

Die vom Robert-Koch-Institut in den Jahren 2008 – 2011 durchgeführte „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)“ erfasst die gesundheitliche Situation von rund 8000 Frauen und Männern im Alter von 18 bis 79 Jahren¹⁵. Neben der körperlichen Gesundheit waren auch die psychische Gesundheit und Lebensqualität sowie das Gesundheitsverhalten und die soziale Lage der Erwachsenen Kernpunkte der Untersuchung.

Dem Zusatzmodul *Psychische Gesundheit* der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1-MH) ist zu entnehmen, dass knapp 30% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland innerhalb des zwölf-Monatszeitraums vor Untersuchung von mindestens einer psychischen Störung betroffen waren.

Ein weiteres Ergebnis war, dass bei den von psychischer Störung Betroffenen ein hohes Ausmaß an Komorbiditäten besteht. So waren bei 56 % der Untersuchten die Kriterien für eine DSM-IV-Diagnose erfüllt, 22% wiesen zwei Diagnosen nach DSM-IV auf und bei 22 % der Untersuchten lagen drei oder mehr Diagnosen nach DSM-IV vor. 49,8 % der betroffenen Frauen und 36 % der Männer wiesen mehr als eine Diagnose auf.

Nach der DEGS-Studie erfüllte in den zwölf Monaten vor der Untersuchung „etwa jede dritte Frau (33,3%) und etwa jeder vierte bis fünfte Mann (22,0%) die Kriterien für mindestens eine der aufgeführten Diagnosen (ohne Nikotinabhängigkeit). Die geschätzte Gesamtprävalenz für die 18- bis 79-jährigen Erwachsenen in Deutschland lag bei 27,7%. Angststörungen stellten mit insgesamt 15,3% die größte Störungsgruppe dar, gefolgt von unipolaren Depressionen (7,7%) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7%) [...] 49,8% der betroffenen Frauen und 36% der betroffenen Männer hatten mehr als eine Diagnose.“¹⁶

¹³ Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.

¹⁴ Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.

¹⁵ Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 2014;85(1):77-87. Und Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... & Maier, W. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87(1), 88-90.

¹⁶ ebd.

In der nachfolgenden Tabelle 1 sind jeweils Prozentzahlen für die untersuchten psychischen Störungen (in Klammern das Konfidenzintervall) aus der Studie von Jacobi et al. 2014/2016 angegeben. Hierbei ist zu beachten, dass die Studienautoren angeben, dass „eine Addition der einzelnen Prävalenzen (insgesamt und in Unterkategorien) aufgrund Komorbidität der Diagnosen untereinander eine höhere Zahl“ ergebe, „als die jeweils angegebene Gesamtprävalenz und daher nicht zulässig“ sei.

Psychische Störung	Prävalenz
Störung durch Substanzgebrauch (ohne Nikotinabhängigkeit):	16,7 % (15,5 – 18%)
- Alkoholabhängigkeit:	3,0 % (2,5 – 3,6)
- Alkoholmissbrauch:	1,8 % (1,4 – 2,3%)
- Medikamentenabhängigkeit:	0,5 % (0,3 bis 0,8)
- Medikamentenmissbrauch:	1,6 (1,2 bis 2,0%)
Angststörungen: gesamt	15,4% (14,2 bis 16,6)
- Panikstörung:	2,0 % (1,6 – 2,5)
- Agoraphobie:	4,0 % (3,4 – 4,7)
- Soziale Phobie:	2,8 % (2,2 – 3,4)
- Generalisierte Angststörung:	2,3 % (1,8 – 2,9)
- Spezifische Phobien:	10,3 % (9,3 – 11,4)
Affektive Störungen: gesamt	9,8 (8,8 % - 10,8%)
- Unipolare Depression	8,2 % (7,3 – 9,2)
- Major Depression	6,8 % (6,0 – 7,7)
- Dysthyme Störung	1,7 % (1,3 – 2,1)
- bipolare Störungen	1,5 % (1,1 – 2,0%)
Zwangsstörungen:	3,6% (3,0 – 4,3%)
somatoforme Störungen	3,5% (3,0 – 4,2%)
mögliche psychotische Störung (F2 und andere psychotische Störungen)	2,6% (2,1 – 3,2%)
posttraumatische Belastungsstörungen	2,3% (1,8 – 2,9%)
Psychische Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors:	1,2 % (0,9- 1,6%)
Essstörungen: Gesamt	0,9 % (0,7 – 1,3%)
- Anorexia nervosa:	0,8 % (0,5 – 1,1%)
- Bulimia nervosa	0,2 % (0,1 – 0,3 %)
- Binge-eating-Störung	0,1 % (0,0 – 0,2 %)

Tabelle 1: Prävalenzen psychischer Störungen nach Jacobi et al., 2014/2016

In der DEGS-1-MH-Studie waren in Bezug auf Substanzkonsumstörungen nur Alkohol- oder Medikamentenkonsum untersucht worden. Zu anderen Substanzen wurden daher aktuell Informationen aus dem epidemiologischen Suchtsurvey aus dem Jahre 2012 herangezogen¹⁷.

¹⁷ Pabst, A., Kraus, L., de Matos, E. G., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*; IFT, Institut für Therapieforchung München.

Hier wurden 9084 Personen mittels des „Münchener Composite International Diagnostic Interview“ (M-CIDI) ¹⁸ im Hinblick auf das Vorliegen einer Substanzkonsumstörung nach DSM-IV untersucht.

Zu Störungen durch Substanzkonsum im letzten Monat seit Befragung ergaben sich folgende Prävalenzzahlen:

- Störung durch Cannabiskonsum: 1,0 %
- Störung durch Amphetamine 0,2 %.
- Störung durch Kokain 0,3 %.
- Störung durch Schmerzmittelkonsum: 13,1 %
- Störung durch Schlafmittel bzw. durch Beruhigungsmittel: 1,6 % bzw. 2,2 %.

Festzuhalten bleibt, dass die in der DEGS1-MH-Studie ermittelten aktuellen Prävalenzzahlen sich im Wesentlichen mit der Datengrundlage des Bundesgesundheits surveys aus 1998 decken, die im Jahr 2007 bei der Formulierung der Anforderungen für den Nutznachweis eines Richtlinienverfahrens für versorgungsrelevante Anwendungsbereiche verwendet worden war¹⁹. Die Autoren der DEGS1-MH- Studie schreiben hierzu: „Es finden sich beim oberflächlichen Vergleich keine deutlichen Prävalenzänderungen verglichen mit der Vorgängeruntersuchung (BGS98²⁰), wobei zu dieser Frage noch weitere Analysen nötig sind...“; vgl. hierzu auch folgende Abbildung aus der Veröffentlichung von Jacobi et al. 2014:

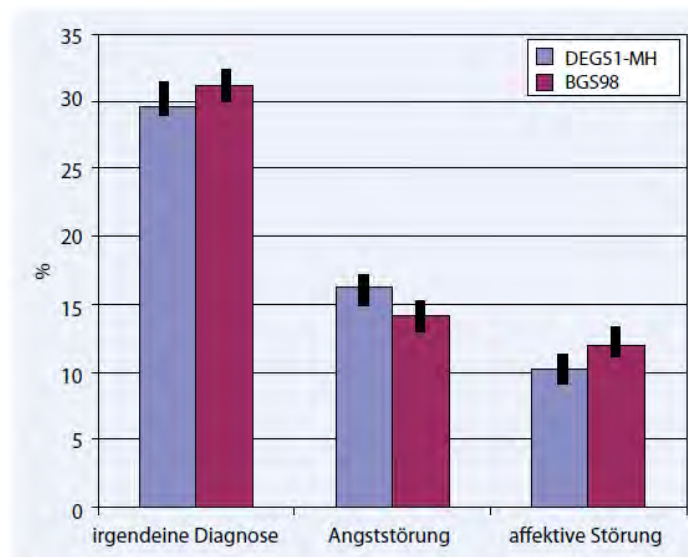


Abb. 1 ▲ 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen (mit 95%-Konfidenzintervallen): Querschnittsvergleich der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland plus Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) und des Bundesgesundheits survey (BGS98; BGS98 bezieht sich auf irgendeine psychische Störung [12 Monate] im Alter von 18–65 Jahren). Beachte: keine vollständige Äquivalenz der beiden Erhebungen hinsichtlich Diagnosen und diagnostischer Konventionen sowie Designeffekten

¹⁸ Erhebung an 9084 Personen mittels Münchener Composite International Diagnostic Interview, M-CIDI; Wittchen, 1994; Wittchen et al., 1995; Antwortrate lag bei 53 %.

¹⁹ Vgl. beispielsweise Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys 1998. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 44, 993-1000.

B-2.4 Anwendungsbereiche für Psychotherapie gemäß § 26 der Psychotherapie-Richtlinie

In der PT-RL werden psychische Störungen als krankhafte Störungen der Wahrnehmung, der Erlebnisverarbeitung, des Verhaltens, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen verstanden, die durch seelische oder körperliche Faktoren verursacht und in seelischen und körperlichen Symptomen sowie in krankhaften Verhaltensweisen erkennbar werden.

Unter § 26 der PT-RL ist festgelegt, bei welchen Indikationen ambulante Psychotherapie zur Anwendung kommen kann.

Bei der Beschreibung der Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie werden die im Jahr 2006 vom G-BA vorgenommenen Zuordnungen der Anwendungsbereiche zu der Nomenklatur des Kapitel V (F) der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, Kapitel V (F))²¹ und die in der ICD-10 enthaltenen Ausführungen zu einzelnen psychischen Störungen verwendet.

Anwendungsbereich „Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 1 PT-RL)

Störungen aus diesem Anwendungsbereich sind in Kapitel F3, „Affektive Störungen“ der ICD-10 enthalten. Unter diesen Anwendungsbereich fallen ausschließlich depressive Störungen wie die depressive Episode (ICD-10 F32), rezidivierende depressive Störungen (F33) sowie die Dysthymie (F34). Diese Störungen unterscheiden sich in Schwere und Verlauf, ihnen gemeinsam sind die depressiven Symptome.

Die ebenfalls im Kapitel F3 der ICD-10 enthaltenen Störungen wie die manische Episode (F30), die bipolare affektive Störung (F31) und die schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) sind dem Anwendungsbereich „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ der PT-RL zugeordnet.

Bei den affektiven Störungen *„die Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, meist zur Depression hin, mit oder ohne begleitende Angst, oder zur gehobenen Stimmung“* (vgl. ICD-10, F3).

Die unipolar verlaufenden Depressionen machen unter den affektiven Störungen den größten Anteil aus. Im Vordergrund der unipolaren Depression stehen Symptome wie Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Verstimmtheit, Interessenverlust und Hoffnungslosigkeit, häufig begleitet von Ängstlichkeit und Unruhe. Auch Veränderungen von Appetit, Gewicht, Antrieb und Schlaf sind vorhanden. Depressive Symptome treten auch in Verbindung mit anderen psychischen und somatischen Erkrankungen auf.

Anwendungsbereich „Angststörungen und Zwangsstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 2 PT-RL)

Störungen aus diesem Anwendungsbereich sind im Kapitel F4, Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, der ICD-10 enthalten.

Im Anwendungsbereich „Angststörungen und Zwangsstörungen“ werden Phobische Störungen, (F40, z.B. Agoraphobie mit und ohne Panikstörung, soziale Phobien, spezifische Phobien), andere Angststörungen (F41, z.B. Panikstörung, generalisierte Angststörung) sowie

²¹ Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & World Health Organization. (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F, klinisch-diagnostische Leitlinien.

Zwangsstörungen in Form von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (F42) zusammengefasst.

Bei den Phobischen Störungen (F40) wird *„Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen oder Objekte – außerhalb des Patienten - hervorgerufen. Diese Situationen oder Objekte werden typischerweise gemieden oder voller Angst ertragen... Befürchtungen des Patienten können sich auf Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl beziehen und treten häufig gemeinsam mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden, auf. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt meist schon Erwartungsangst“* (vgl. ICD-10, Kapitel F4)

Der Begriff Agoraphobie beschreibt nach der ICD-10 Ängste, *„das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben...Auch wenn der Schweregrad der Angst und das Ausmaß des Vermeidungsverhaltens differieren, ist diese Phobie besonders einschränkend“*.

Unter sozialer Phobie wird die Angst davor verstanden, in vergleichsweise kleinen Gruppen im Mittelpunkt zu stehen (z.B. öffentliches Sprechen). Die Angst tritt dann auf, wenn die Person glaubt, sie könne etwas Peinliches tun, oder andere könnten Anzeichen Ihrer Angst bemerken.

Mit spezifischen Phobien sind Angststörungen gemeint, die lt. ICD-10 *„auf ganz spezifische Situationen beschränkt sind wie auf die Nähe bestimmter Tiere, Höhen, Donner, Dunkelheit...Obwohl die auslösende Situation eng begrenzt ist, kann sie wie bei der Agoraphobie oder einer sozialen Phobie Panik auslösen.“*

Das Hauptsymptom anderer Angststörungen (F41) umfasst nach der ICD-10 eine *„nicht auf bestimmte Umgebungssituationen begrenzte Angst... Depressive und Zwangssymptome sogar einige Elemente phobischer Angst können vorhanden sein“*. Hierzu zählen nach der ICD-10 u.a. die „Panikstörung“, die „generalisierte Angststörung“ sowie „Angst und Depression gemischt“.

Zentrale Merkmale der Zwangsstörungen sind hingegen wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (F42). Zwangsgedanken sind *„Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, weil sie gewalttätigen Inhalts oder obszön sind, oder weil sie einfach als sinnlos erlebt werden; erfolglos versucht die betroffene Person Widerstand zu leisten“*. Zwangshandlungen oder – rituale sind nach der ICD-10 *„ständig wiederholte Stereotypen. Sie werden weder als angenehm empfunden, noch dienen sie dazu, an sich nützliche Aufgaben zu erfüllen. Die Patienten erleben sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihnen Schaden bringt oder bei denen sie selbst Unheil anrichten können. Im Allgemeinen, wenn auch nicht immer, wird dieses Verhalten von der betroffenen Person als sinnlos und ineffektiv erlebt.“* (vgl. ICD-10, Kapitel F42)

Anwendungsbereich „Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 3 PT-RL)

Die Indikationen zu diesem Anwendungsbereich finden sich in der ICD-10 ebenfalls im Kapitel F4, Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.

Als Somatoforme Störungen (ICD-10, F45) werden körperliche Symptome bezeichnet, die auf einen körperlichen Defekt oder eine körperliche Dysfunktion hindeuten, ohne dass sich eine organische Grundlage dafür finden lässt. Hierzu zählen u.a. die Somatisierungsstörung (F45.0), die undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1), die hypochondrische Störung (F45.2) und z.B. auch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4). Charakteristisch

für somatoforme Störungen ist nach der ICD-10 *„die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen, trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind“*.

Bei den selteneren dissoziativen Störungen (auch Konversionsstörungen, ICD-10 F44) ist das allgemeine Kennzeichen dissoziativer oder Konversionsstörungen *„der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen, sowie der Kontrolle von Körperbewegungen... Von den dissoziativen Störungen wird angenommen, dass die Fähigkeit zu bewusster und selektiver Kontrolle gestört ist, in einem Ausmaß, das von Tag zu Tag oder von Stunde zu Stunde wechseln kann“* (vgl. ICD-10, F44).

Anwendungsbereich „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 4 PT-RL)

Störungen aus diesem Anwendungsbereich sind bezogen auf die ICD-10 im Kapitel F4, Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, enthalten.

Bei „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (ICD-10, F43) können die akute Belastungsreaktion (F43.0), die posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) sowie Anpassungsstörungen (F43.2) nach Art, Schwere und Dauer der ursächlichen Störung und der Reaktion differenziert werden. Diese Störungsbilder können nach der ICD-10 als *„unangepasste Reaktionen auf schwere oder kontinuierliche Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsmechanismen verhindern und aus diesem Grund zu einer Störung der sozialen Leistungsfähigkeit führen“*.

Anwendungsbereich „Essstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 5 PT-RL)

Störungen aus diesem Anwendungsbereich sind bezogen auf die ICD-10 im Kapitel F5, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, enthalten.

Unter dem Obergriff „Essstörungen“ (ICD-10, F50) werden die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa beschrieben. Sie sind durch intensive Furcht vor Gewichtszunahme, verändertes Essverhalten sowie eine Störung der Körperwahrnehmung charakterisiert. Sekundäre somatische Veränderungen kommen bei beiden Störungen vor.

Nach der ICD-10 ist aber die Anorexia nervosa (F50.0) *„durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust“* charakterisiert. Daneben kommt es zu typischen Symptomen wie z.B. Körperschemastörung, Wachstumsstopp und fehlender Brustentwicklung, Amenorrhoe, bei Männern zu Libido- und Potenzverlust.

Hingegen stehen bei der Bulimia nervosa (F50.2) Heißhungerattacken und oft selbstinduziertes Erbrechen im Vordergrund.

Das Störungsbild der „Binge eating disorder“ (BED) ist gekennzeichnet von Essattacken/Heißhungeranfälle ohne gewichtsreduzierende Gegenmaßnahmen und war bis 2013 als Forschungskategorie im Anhang des DSM-IV aufgeführt. Im DSM-5 ist die BED als eigenständige Störung aufgenommen. In der ICD-10 kann die BED als „Essstörung nicht näher bezeichnet“ (F50.9) kodiert werden.

Anwendungsbereich „Nichtorganische Schlafstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 6 PT-RL)

Störungen aus diesem Anwendungsbereich sind bezogen auf die ICD-10 ebenfalls im Kapitel F5, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, enthalten.

Bei „Nichtorganischen Schlafstörungen“ (ICD-10, F51) handelt es sich um ein heterogenes Störungsbild, bei welchem *„emotionale Ursachen einen primären Faktor darstellen“*. Nichtorganische Schlafstörungen stehen vielfach in Verbindung zu anderen medizinischen Erkrankungen und psychischen Störungen. Nichtorganischen Schlafstörungen umfassen nach der ICD-10 Dyssomnien, bei denen *„Dauer, Qualität oder Zeitpunkt des Schlafs aufgrund emotionaler Ursachen“* gestört ist (z.B. Insomnie, F51.0; Hypersomnie, F51.1; Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Schlafwandeln, F51.3; Pavor nocturnus, F51.4; Alpträume, F51.5).

Anwendungsbereich „Sexuelle Funktionsstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 7 PT-RL)

Störungen aus diesem Anwendungsbereich sind bezogen auf die ICD-10 im Kapitel F5, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, unter dem Abschnitt F52, „nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen“ enthalten. Sexuelle Funktionsstörungen verhindern nach der ICD-10 *„die von der betroffenen Person gewünschte sexuelle Beziehung.“* Hierzu zählen Störungen des sexuellen Verlangens, der sexuellen Erregung und der Orgasmusfähigkeit. Es bestehen Beeinträchtigungen im Verhalten und Erleben von Sexualität. Darüber hinaus treten physiologische Reaktionen auf, die eine befriedigende sexuelle Interaktion behindern oder unmöglich machen, obwohl die organischen Voraussetzungen dazu vorhanden sind.

Anwendungsbereich „Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 8 PT-RL)

Störungen aus diesem Anwendungsbereich sind bezogen auf die ICD-10 im Kapitel F6, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen enthalten.

Unter diesen Anwendungsbereich fallen u.a. Persönlichkeitsstörungen (F60), abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63), Störung der Geschlechtsidentität (F64), Störungen der Sexualpräferenz (F65) sowie nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F69). Hierbei handelt es sich um *„eine Reihe von klinisch wichtigen, meist lang anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen früh im Verlauf der individuellen Entwicklung als Folge konstitutioneller Faktoren wie auch sozialer Erfahrungen, während andere später im Leben erworben wurden.“* (vgl. ICD-10, Kapitel F6).

Persönlichkeitsstörungen werden in der ICD-10 (F60/F61) als *„tief verwurzelte, weitgehend stabile Verhaltensmuster“* beschrieben, *„die sich in starren, unflexiblen, sozial wenig angepassten Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen.“* Sie stellen Extremvarianten einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur dar, und gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung zeigen sich deutliche Abweichungen in Wahrnehmung, Denken, Fühlen, Antrieb, Impulskontrolle und in sozialen Beziehungen.

Verhaltensstörungen i. S. von abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle sind nach der ICD-10 (F63) charakteristischerweise *„wiederholte Handlungen ohne vernünftige Motivation..., die nicht kontrolliert werden können und die meist die Interessen der betroffenen Person oder anderer Menschen schädigen.“*

Anwendungsbereich „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 9 PT-RL)

Indikationen aus diesem Anwendungsbereich finden sich in der ICD-10 im Kapitel F9.

Zu den „Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ zählen u.a. hyperkinetische Störungen (F90), Störungen des Sozialverhaltens (F91), kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92), Ticstörungen (F95).

Symptome der hyperkinetischen Störung sind beispielsweise gestörte Aufmerksamkeit, Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, erhöhte Impulsivität, ein Überschuss an motorischer Aktivität sowie emotional und sozial störende Verhaltensweisen. Bei Letzteren besteht teilweise Überlappung mit der Störung des Sozialverhaltens, unter der insbesondere persistierende Verletzungen gesellschaftlicher Regeln und Normen und aggressives Verhalten verstanden werden.

Unter emotionale Störungen fallen beispielsweise Trennungsangst, phobische Störungen und soziale Ängstlichkeit.

Bei einer Ticstörung handelt es sich um *„eine unwillkürliche, rasche, wiederholte nichtrhythmische Bewegung (gewöhnlich umschriebener Muskelgruppen) oder eine Lautproduktion, die plötzlich einsetzt und keinem offensichtlichen Zweck dient.“* (vgl. ICD-10, F95)

Anwendungsbereich „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente), im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz“ (§ 26 Absatz 2 Nummer 1a PT-RL) und „Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substituionsgestützte Behandlung“ (§ 26 Absatz 2 Nummer 1b PT-RL)

Indikationen aus diesem Anwendungsbereich finden sich in der ICD-10 im Kapitel F1, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15) sowie durch Tabak (F17) sind in diesem Anwendungsbereich nicht enthalten.

„Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ beinhalten ein breites Spektrum von Störungen, die von einer unkomplizierten Intoxikation, schädlichem Gebrauch bis zu eindeutig psychotischen Störungen reichen können. Je nach Art und Ausprägung wird zwischen Missbrauch, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit unterschieden.

Voraussetzung für die Diagnosestellung „schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen“ ist gemäß ICD-10 eine tatsächliche körperliche oder psychische Gesundheitsschädigung.

Bei dem Abhängigkeitssyndrom hat der Substanzkonsum Vorrang gegenüber anderen Interessen des Betroffenen, und es erfolgt ein anhaltender Konsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Abhängigkeit ist beschrieben als übermächtiges, unwiderstehliches Verlangen, die Substanz zu konsumieren, Toleranzentwicklung (Dosissteigerung), Kontrollverlust sowie das Auftreten von Entzugerscheinungen.

Bei Betroffenen mit Abhängigkeit von Opioiden, die substituiert werden, besteht nach § 26, Absatz 2, Nummer 1b der PT-RL die Besonderheit, dass in diesen Fällen eine psychotherapeutische Behandlung nur *„bei regelmäßiger Zusammenarbeit und Abstimmung hinsichtlich der Behandlungsziele und insbesondere der Beigebrauchsfreiheit mit der substituierenden Ärztin oder dem Arzt...“* zulässig ist.

Anwendungsbereich „Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Missbildungen stehen“ (§ 26 Absatz 2 Nummer 2 PT-RL)

Dieser Anwendungsbereich findet sich in Kapitel F8 der ICD-10 und bezeichnet Störungen, die durch qualitative Beeinträchtigungen in sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern sowie durch z.B. eingeschränktes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten charakterisiert sind (ICD-10, F84). Zu diesen psychischen Störungen zählen nach der ICD-10 u.a. frühkindlicher Autismus (F84.0), Rett-Syndrom (F84.2), Asperger Syndrom (F84.5) sowie sonstige bzw. nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen (F84.8 und F84.9). In den meisten Fällen besteht von frühester Kindheit an eine auffällige Entwicklung. Meist bestehen auch Beeinträchtigungen in den kognitiven Fähigkeiten bzw. eine Intelligenzminderung.

Anwendungsbereich „Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe“ (§ 26 Absatz 2 Nummer 3 PT-RL)

Der Anwendungsbereich „Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe“ beschreibt psychische Störungen, die in Folge somatischer Erkrankungen auftreten können, z.B.: depressive Störungen oder Angststörungen bei koronarer Herzerkrankung, bei Tumorerkrankungen oder nach cerebralen Insulten. Hierunter fällt auch die ICD-10-Kategorie F54: „Psychische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“. Diese Kategorie wird nach der ICD-10 verwendet, *„um psychische und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die eine wesentliche Rolle in der Manifestation körperlicher Krankheiten spielen“*. Diese psychischen Störungen sind nach der ICD-10 *„meist leicht, oft lang anhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung) und rechtfertigen daher nicht die Zuordnung zu einer anderen Kategorie im Kapitel V“* (F). Hierbei ist auch die zusätzliche Kodierung der körperlichen Störung erforderlich (z.B. Asthma: F54 und J45).

Anwendungsbereich „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ (§ 26 Absatz 2 Nummer 4 PT-RL)

Indikationen aus diesem Anwendungsbereich finden sich sowohl im Kapitel F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F22) als auch im Kapitel F3 (manische Episode, F30; bipolare Störung, F31) der ICD-10.

Die schizophrenen Störungen sind nach der ICD-10, Kapitel F2 *„im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet. Die Klarheit des Bewusstseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Im Laufe der Zeit können sich jedoch gewisse kognitive Defizite entwickeln“*.

Bei den affektiven psychotischen Störungen (F30, F31) stehen Störungen des Affektes und des Antriebes im Vordergrund. Bei manischen Störungen liegen eine inadäquat gehobene Stimmung, Antriebssteigerung sowie z.B. Rededrang (Logorrhoe), Ideenflucht und erhöhte Ablenkbarkeit vor. Bei der Depression mit psychotischen Symptomen bestehen neben typisch depressiven Symptomen zusätzlich auch Wahnideen (z.B. Verarmungswahn), Halluzinationen und eine erhebliche Antriebsstörung bzw. psychomotorische Hemmung.

Die bipolare affektive Störung, früher als manisch-depressive Erkrankung bezeichnet, ist *„durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ..., in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer*

Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression)“ (vgl. ICD-10, F31). Zwischen den Episoden liegt in der Regel ein unauffälliger Zustand mit ungestörtem Antrieb und ungestörter Affektlage vor.

Gemischte Störungen

Gemischte psychische Störungen sind nicht als eigenständiger Anwendungsbereich in § 26 PT-RL aufgeführt. Gemischte Störungen werden im Sinne der Richtlinie von Studien erfasst, in denen überwiegend Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen und/oder diagnostisch gemischte Patientengruppen untersucht werden. Den psychischen Störungen der in den Studien behandelten Patientinnen und Patienten muss dabei Krankheitswert zukommen.

nicht angenommen

B-3 Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens

B-3.1 Informationsgewinnung und -auswahl

Die sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens der systemischen Therapie bei psychischen Störungen stützt sich auf die Ergebnisse des IQWiG-Abschlussberichtes zur „Systemischen Therapie bei Erwachsenen“ vom 24.05.2017.

Insgesamt wurden vom IQWiG 42 RCTS in die Bewertung einbezogen, von denen laut Abschlussbericht 36 Studien für die Auswertung verwertbare Daten geliefert hatten. Diese Unterlagen entsprechen der Evidenzstufe Ib (vgl. § 11 VerFO des G-BA).

Das IQWiG weist hinsichtlich der methodischen Qualität und der Berichterstattung in den einbezogenen Studien in seinem Abschlussbericht auf folgende Punkte hin (S. 87):

„Jedoch sind nicht nur mit Blick auf die systematische Erfassung und Berichterstattung von unerwünschten Ereignissen dringliche Verbesserungen notwendig: Generell scheinen insbesondere psychologische und sozialwissenschaftliche Publikationen die Empfehlungen zur Berichterstattung (bspw. CONSORT-Statement [77]) nur anteilig zu erfüllen: Informationen zur Verblindung, Generierung der Randomisierungssequenz oder zu unerwünschten Ereignissen werden nur in wenigen Publikationen in ausreichendem Maße berichtet [...] Dieses generelle Ergebnis spiegelt sich auch in den Studien des vorliegenden Berichts wider: Insgesamt nur 4 der in den Bericht eingeschlossenen 42 Studien waren derart hochwertig konzipiert und umfassend berichtet, dass deren Verzerrungspotenzial auf Studienebene als gering bewertet wurde. Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass im vorliegenden Bericht keine Aussagen zur Beleglage mit der höchsten Aussagesicherheit (Beleg) sowie nur in wenigen Fällen Aussagen mit einer mittleren Aussagesicherheit (Hinweis) möglich waren, sondern überwiegend Aussagen mit der schwächsten Aussagesicherheit (Anhaltspunkt) getroffen wurden. Dies heißt, an diesen Stellen fehlt den Nutzensaussagen eine Absicherung bspw. durch eine hochwertige, prospektiv registrierte Studie. Insofern ist es bei den ermittelten Anhaltspunkten für einen Nutzen nicht unwahrscheinlich, dass eine hochwertig konzipierte Wiederholung den dort ermittelten Anhaltspunkt nicht replizieren könnte.“

Aus den Angaben im IQWiG-Abschlussbericht geht hervor, dass bei den Studien zu „körperlichen Erkrankungen“ die Krankheitswertigkeit einer möglichen psychischen Störung fraglich ist, vgl. S. 515: *„...So erfolgte kein Ausschluss von Studien, deren Population nicht eindeutig Anwendungsbereichen der PT-RL zuzuordnen war. [...] Für diese Studien konnte nicht sicher bestimmt werden, ob und inwieweit deren Studienpopulationen den Kriterien der in § 22 der PT-RL genannten Anwendungsbereichen genügten [...] „Eine Zuordnung der Studien zu bestimmten psychischen Störungen war aufgrund unzureichender Angaben in den Publikationen nicht möglich: Es blieb unklar, ob die eingeschlossenen Patienten neben den jeweiligen körperlichen Erkrankungen an einer (und ggf. wenn ja, an welcher) psychischen Störung litten“.*

Daher wurden die in diesem Störungsbereich eingeschlossenen neun Studien²² zu körperlichen Erkrankungen mit verwertbaren Daten aktuell durch den G-BA dahingehend überprüft, ob bei den Studienteilnehmern neben der körperlichen Erkrankung auch eine krankheitswertige psychische Symptomatik vorgelegen hatte - entweder in Form einer diagnostizierten psychischen Störung oder zumindest in Form klinisch relevanter psychischer Symptomatik.

²² Arvand 2012, Cockburn 1999, Priebe 2011, Rakowska 2015, Saarijärvi 1991, Shadick 2013, Szapocznik 2004, Vogelaar 2014, Wirsching 1989)

Diese Prüfung ergab, dass bei acht der neun Studien zu körperlichen Erkrankungen eine psychische Störung nach einem anerkannten Diagnosesystem (ICD-10, DSM-III bis DSM-5) nicht erkennbar bzw. nicht angegeben war. Bei der Studie von Rakowska 2015 waren zwar DSM-IV Diagnosen erhoben worden, bei den statistischen Analysen wurden aber vorwiegend gesundheitsbezogene Aspekte im Zusammenhang mit einer Myokarderkrankung untersucht²³.

Alternativ wäre eine klinisch relevante psychische Symptomatik auf einem validierten Selbst- oder Fremdbeurteilungsinstrument (z.B. BDI-II oder HAMD) für die Hinzunahme dieser Studien zur Nutzenbewertung ausreichend gewesen. Zu diesem Aspekt ergab die Prüfung der Studien durch den G-BA, dass entweder keine psychische Symptomatik mit einem entsprechendem Instrument erhoben worden war (Cockburn 1999, Saarijärvi 1991, Wirsching 1989) oder die Ausprägung der erhobenen psychischen Symptomatik keine klinische Relevanz erreichte (Arvand 2012, Priebe 2011, Shadick 2013, Szapocznik 2004, Vogelaar 2014).²⁴

Die Ergebnisse der Studien zu körperlichen Erkrankungen können daher nicht in die Nutzenbewertung der systemischen Therapie durch den G-BA miteinbezogen werden, da bei den Studienteilnehmern überwiegend keine krankheitswertige psychische Symptomatik vorgelegen hatte.

Aufgrund der oben beschriebenen Ergebnisse einer fehlenden bzw. fraglichen Krankheitswertigkeit der in den Studien zu körperlichen Erkrankungen untersuchten psychischen Symptomatik wurden alle anderen, vom IQWiG in die Bewertung einbezogenen Einzelstudien vom G-BA dahingehend geprüft, ob bei den Studienteilnehmern eine psychische Störung von Krankheitswert vorgelegen hatte. Fehlende Diagnose, fehlender Krankheitswert oder diesbezügliche Unklarheiten werden in den nachfolgenden Bewertungen jeweils angegeben.

Im IQWiG-Bericht wurden die Einzelstudien bereits vor der Ergebnisauswertung in Störungsbereichen zusammengefasst. Das IQWiG führte hierzu aus:

Bei der Zusammenfassung von Studien zu Störungsbereichen wurde es als sinnvoll angesehen, die Anwendungsbereiche gemäß § 22 der PT-RL zu berücksichtigen, um dem G-BA in seinen folgenden Beratungen eine spezifische Bewertung der Anwendungsbereiche der PT-RL zu ermöglichen. Als Anwendungsbereiche werden Krankheitsbilder bzw. Diagnosegruppen verstanden, bei denen gemäß PT-RL die Anwendung von Psychotherapie indiziert ist. Störungen wurden zu Störungsbereichen bis zum Aggregationsgrad der Anwendungsbereiche der PT-RL zusammengefasst, sodass der Aggregationsgrad im vorliegenden Bericht nicht über den der Anwendungsbereiche der PT-RL hinausgeht. Bei einer kleinteiligeren Betrachtung von Störungen wäre gegebenenfalls eine andere Bewertung erfolgt als bei einer gemeinsamen Betrachtung von Störungen, die in der PT-RL einem Anwendungsbereich zugeordnet sind (vor allem die Möglichkeit einer metaanalytischen Zusammenfassung von Studien kann zu anderen Bewertungsergebnissen führen als die Bewertung einzelner Studien)...“.

²³ Hier wurde der SF-36 eingesetzt, ein allgemeiner, krankheitsunspezifischer Gesundheitsfragebogen zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Ware JE, Jr. SF-36 health survey update. Spine (Phila Pa 1976) 2000; 25:3130-9). 5 Items bzgl. „Mental Health“: „nervous, down in dumps, peaceful, blue/sad, happy“.

²⁴ vgl. auch Kapitel B.5.4 Krankheitswertigkeit der psychischen Symptome bei den Studien zu körperlichen Erkrankungen.

Im Rahmen des Austausches zur Auftragskonkretisierung war angesichts der hohen Zahl von Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen zwischen G-BA und IQWiG festgelegt worden, dass die Hauptdiagnose entscheidend ist:

„Eine Studie wird demnach, wie im Methodenpapier des IQWiG (Version 4.0, S. 115) vorgesehen, immer dann einer Indikation zugerechnet, wenn mindestens 80 % der Population die entsprechende Hauptdiagnose erhielten. Die Nebendiagnosen spielen für diese Zuordnung keine Rolle, sie werden vom IQWiG aber angegeben. Ggf. erfolgt eine Subgruppen-Analyse. Studien, bei denen weniger als 80 % der Population einer Hauptdiagnose zugeordnet wurden, werden vom IQWiG einer Rubrik „Sonstige“ zugeordnet. Die Zuordnung zu dem Anwendungsbereich „Gemischte Störungen“ erfolgt ggf. durch den G-BA.“ (vgl. Auftragskonkretisierung vom 21.08.2014).

B-3.2 Darstellung der Ergebnisse aus dem IQWiG-Abschlussbericht

Vorbemerkungen:

Die im IQWiG-Bericht eingeschlossenen Studien untersuchten einzelne psychische Störungen. Die zu diesen spezifischen Störungen zugehörigen Ergebnisse sind im IQWiG-Bericht teilweise zu Störungsbereichen zusammengefasst worden und hierzu sind Aussagen zum Nutzen der systemischen Therapie im IQWiG-Bericht getroffen worden.

Der Indikationsbezug ist aber der gemäß § 135 Abs.1 SGB V vorzunehmenden Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entsprechend den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin immanent; der Indikationsbezug gilt somit auch für die Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren.²⁵

Daher wird im Folgenden jeweils für jede einzelne psychische Störung, für die Ergebnisse zur Wirksamkeit der systemischen Therapie vorliegen, eine indikationsspezifische Nutzenbewertung vorgenommen.

Zunächst werden die statistischen Ergebnisse aus dem IQWiG-Abschlussbericht hinsichtlich der in den Studien untersuchten psychischen Störungen und die Bewertungen und Nutzensaussagen aus dem IQWiG-Bericht zusammenfassend dargestellt. Daran schließt sich die indikationsspezifische Nutzenbewertung durch den G-BA für die jeweiligen psychischen Störungen an.

Von Relevanz für die Nutzenbewertung der systemischen Therapie als Krankenbehandlung bei psychischen Störungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind patientenbezogene Endpunkte wie z.B. Mortalität, Morbidität und Lebensqualität (vgl. Verfo des G-BA).

Störungsunspezifische Endpunkte wie Arbeitsfähigkeit, Erwerbsstatus, psychosoziales Funktionsniveau sind für eine allgemeine Beurteilung einer Intervention wichtig (z.B. wenn es um die Bewertung von Rehabilitationszielen wie die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit geht). Da es sich bei der vorliegenden Nutzenbewertung um die Einschätzung der Wirksamkeit einer Krankenbehandlung bei psychischen Störungen handelt, können diese Endpunkte als sekundäre Parameter herangezogen werden, sie liefern aber keine spezifische Aussagen zur

²⁵ Das Nähere zu den methodischen Anforderungen an die wissenschaftliche Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit ist in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. Ihr Anwendungs- und Geltungsbereich erstreckt sich gemäß § 91 Abs.3 Satz 1 Nr.1 SGB V iVm §§ 3 u. 8 Abs.1 Satz 2 Nr.1 Verfahrensordnung auch auf die Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren.

Wirksamkeit der untersuchten Intervention hinsichtlich der Symptome einer psychischen Störung.

Definition von Nutzensnachweis:

Unter der Voraussetzung, dass sich aus den Studienergebnissen keine Hinweise auf einen Schaden ergeben, gilt der Nutzen des hier untersuchten Verfahrens als dann nachgewiesen, wenn für die jeweilige Indikation ausschließlich statistisch signifikante Effekte mit ausreichender externer Validität bei den relevanten Endpunkten Mortalität, Morbidität und Lebensqualität auf Basis von qualitativ hochwertigen Unterlagen mit Evidenzlevel 1b zugunsten der untersuchten Methode vorliegen.

Wenn keine signifikanten Effekte zugunsten des untersuchten Verfahrens vorliegen, kann hieraus kein Nutzensnachweis für das hier untersuchte Verfahren abgeleitet werden.

Wenn sowohl nicht signifikante Unterschiede als auch signifikante Effekte zugunsten des untersuchten Verfahrens vorliegen, sollten die statistisch signifikanten Effekte aus den Studien mit Evidenzlevel 1b überwiegen, um von einem Nutzensnachweis ausgehen zu können. Auch hier sollten die Ergebnisse generalisierbar (ausreichende externe Validität) und eine adäquate methodische Studienqualität vorhanden sein. Wenn die Generalisierbarkeit der Ergebnisse und/oder die Studienqualität eingeschränkt sind, wird abgewogen, ob diese Ergebnisse einem Nutzensnachweis gleichkommen oder auf einen Nutzen hinweisen.

Wenn die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen, kann hieraus kein Nutzensnachweis abgeleitet werden.

Wenn die Anzahl der nicht signifikanten Unterschiede und der statistisch signifikanten Effekte gleich groß, ist keine eindeutige Aussage zum Nutzen des untersuchten Verfahrens möglich.

Wenn beim Vergleich mit einem PT-RL-Verfahren keine signifikanten Unterschiede vorliegen, ist von einer Gleichwertigkeit der beiden Verfahren und somit von einem Nutzen des untersuchten Verfahrens auszugehen. Wenn die Generalisierbarkeit der Ergebnisse und/oder die Studienqualität eingeschränkt sind, wird abgewogen, ob diese Ergebnisse einem Nutzensnachweis gleichkommen oder nur auf einen Nutzen hinweisen.

Abkürzungen

IST = Individuelle supportive Therapie

KZT= Kurzzeittherapie

LZT= Langzeittherapie

KVT = Kognitive Verhaltenstherapie

PDKZT = psychodynamische Kurzzeittherapie

PDLZT = psychodynamische Langzeittherapie

PDPT = Psychodynamische Psychotherapie

ST = Systemische Therapie

VT = Verhaltenstherapie

B-3.2.1 Angst- und Zwangsstörungen

Grundlage sind lt. Abschlussbericht vier Studien mit verwertbaren Daten zu den Vergleichen Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie, Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung und Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung.

Das Verzerrungspotential auf Studienebene wurde vom IQWiG bei drei der vier Studien als hoch bewertet, nicht nur wegen u.a. unklarer Verdeckung der Gruppenzuteilung, sondern auch wegen unklarer Erzeugung der Randomisierungssequenz. Nur die Studie von Knekt 2004 wurde mit einem niedrigen Verzerrungspotential auf Studienebene bewertet.

Es lagen Daten zu folgenden Endpunkten vor:

- Vollremission der Angststörung,
- Symptomverbesserung Angst,
- Angstsymptomatik,
- Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit,
- Symptomverbesserung Zwang.

Zu den folgenden Endpunkten lagen keine Daten vor:

- Mortalität,
- gesundheitsbezogene Lebensqualität
- soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- sowie unerwünschte Ereignisse.

B-3.2.1.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Im Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie liegen Daten zu Vollremission der Angststörung vor.

Grundlage sind Teilergebnisse der Studie von Knekt (2004, 2008, 2011) zu Patienten mit Angststörungen (43,1 % inkl. Teilnehmer mit depressiver Störung)²⁶; lösungsfokussierte Therapie vs. psychodynamische KZT vs. psychodynamischen LZT. Im ST-Studienarm: 53 % nur depressive Störung; 13,4 % Angststörungen; 33 % Komorbidität (Depression & Angst).

In der nachfolgenden Tabelle 11 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Vollremission Angst (Teilergebnisse von Knekt 2004)
7 Monate	Kein stat. sign. Unterschied
1 Jahr	Kein stat. sign. Unterschied zu PDKZT und PDLZT
3 Jahre	Kein stat. sign. Unterschied zur PDKZT Stat. sign. Unterschied zugunsten PDLZT
5 Jahre	Kein stat. sign. Unterschied zu PDLZT

Tabelle 11: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts zu „Angststörungen“

²⁶Angaben aus Knekt 2004: Angststörungen: 43,1 %; davon soziale Phobie: 17,2 %, Generalisierte Angststörung 10,4 %, Panikstörung 9,3 %, spezifische Phobie 3,3%, Zwangsstörung 3,5 %, Angststörung nicht näher bezeichnet 8,2 %.

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu dem oben genannten Endpunkt Vollremission Angststörung bewertet das IQWiG wie folgt:

- Auswertungszeitpunkt ein Jahr: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- Auswertungszeitpunkt drei Jahre: Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer psychodynamischen Langzeitpsychotherapie

Zu den Auswertungszeitpunkten sieben Monate und fünf Jahre (nicht signifikanter Unterschied) ist im IQWiG-Bericht nicht angegeben, ob diese mit „kein Anhaltspunkt für einen Nutzen“ bewertet wurden.

B-3.2.1.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Richtlinientherapie

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt zum Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinienpsychotherapie“. Dieses Ergebnis beruht auf:

- Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie zum Auswertungszeitpunkt ein Jahr
- einem Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie beim Endpunkt Vollremission Angststörung zum Zeitpunkt drei Jahre.

Bei dem vorliegenden Endpunkt ergaben sich lt. IQWiG – Bericht keine Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Zusammenfassend liegen inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen Auswertungszeitpunkte bei dem einzigen vorhandenen Endpunkt Vollremission Angststörung vor. So ergab sich kein Unterschied zur psychodynamischen Kurzzeittherapie über alle Auswertungszeitpunkte (sieben Monate, ein und drei Jahre). Zugunsten der psychodynamischen Langzeittherapie liegt ein signifikanter Effekt zum Auswertungszeitpunkt drei Jahre vor. Zum Auswertungszeitpunkt fünf Jahre liegt aber kein signifikanter Unterschied im Vergleich zu psychodynamischer LZT mehr vor.

Auf dieser Basis lässt sich keine eindeutige Aussage zu einem geringeren Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Psychodynamischen Langzeittherapie ableiten. Die Ergebnisse sprechen insgesamt für eine Gleichwertigkeit mit einem PT-RL-Verfahren, da die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen.

Bei der zusammenfassenden Bewertung ist allerdings zu berücksichtigen, dass es anhand der Berichtslage in der Studie von Knekt 2004 nicht möglich ist, die Subgruppe der von Angststörungen betroffenen Studienteilnehmer von der Population mit depressiven und Angstsymptomen abzugrenzen. In der Publikation von Knekt aus 2004 ist angegeben, dass 14,4 % der Gesamtstichprobe eine Angststörung aufgewiesen habe. Zum anderen habe bei

28,6 % eine Mischung aus depressiver und Angststörung vorgelegen (vgl. S. 33 der Publikation)²⁷.

Bei der Ergebnisdarstellung auf S. 55/57 der Publikation von Knekt 2004 ist nicht nachvollziehbar, auf welche Subgruppe sich das Ergebnis zu Angststörungen bezieht. Bei den Auswertungen zum Endpunkt „Remission Angststörung“ sind beide Störungsgruppen in der Stichprobe gemischt, d.h. man kann anhand der Publikation nicht nachvollziehen, welcher Anteil der 56 % remittierten Angstpatienten ausschließlich die Diagnose einer Angststörung oder beide Störungen aufgewiesen hatte. Somit ist es nicht möglich, Ergebnisse getrennt nach depressiver Störung oder Angststörung zu extrahieren.

Darüber hinaus bleibt offen, auf welche Form von Angststörungen sich das signifikante Ergebnis zu Angstsymptomen bezieht, da „Angststörung“ keine eigenständige Diagnose einer psychischen Störung darstellt, sondern als Obergriff von Störungen verwendet wird, deren Kernsymptomatik sich auf Angst bezieht.

Aufgrund dieser Unklarheiten können diese Ergebnisse für eine Nutzenbewertung bei Angststörungen nicht herangezogen werden.

Aus den vorgenannten Gründen war die Studie von Knekt 2004 vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie im Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie vom 14.12.2008 nur bei depressiven Störungen nicht bei Angststörungen berücksichtigt worden.

²⁷ Bei der Studie von Knekt 2004 handelte es sich u.a. um eine vergleichende Untersuchung der Wirksamkeit von Kurzzeit- und Langzeitpsychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen.

B-3.2.1.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie

Grundlage ist die Studie von Rakowska 2011²⁸: n = 120 mit sozialer Phobie nach DSM-IV, davon n = 60 mit zusätzlicher selbstunsicher vermeidender Persönlichkeitsstörung; strategische Kurzzeittherapie vs. minimal supportive Therapie.

Daten liegen vor für die Endpunkte:

- Vollremission Angststörung
- Symptomverbesserung Angst
- Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit.

In der nachfolgenden Tabelle 12 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Vollremission Angst (Fremdbeurteilung)	Klinisch relevante Verbesserung: Skala „Phobische Angst“ der SCL-90 – R²⁹ (Selbstbeurteilung)	Klinisch relevante Verbesserung: Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“, SCL-90 – R (Selbstbeurteilung)
2 Monate	--	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	Kein stat. sign. Unterschied
5 Monate	--	Kein stat. sign. Unterschied	Kein stat. sign. Unterschied
8 Monate	Kein stat. sign. Unterschied	--	--

Tabelle 12: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG –Vergleich Systemische Therapie vs. minimal supportive Therapie bei sozialer Phobie.

²⁸ Die Studie von Rakowska 2011 untersuchte die Wirksamkeit von „brief strategic therapy“ (BST) im Vergleich zu minimaler supportiver Therapie bei sozialer Phobie mit und ohne zusätzliche selbstunsichere-vermeidende Persönlichkeitsstörung. Hauptergebnis war eine größere Reduktion auf den Skalen phobische Angst und Unsicherheit im Sozialkontakt der SCL-90 in der Gruppe mit BST bei Behandlungsende und im follow-up. Insgesamt ergab sich eine höhere Reduktion der Symptomatik in der Gruppe ohne zusätzliche PS-Störung.

²⁹ Die SCL-90-R ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Sie bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit der Messwiederholung. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, paranoides Denken, phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit.

B-3.2.1.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- Endpunkt **Vollremission der Angststörung:**
Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

- Endpunktkategorie **Angstsymptomatik:**
Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie, basierend auf
 - Endpunkt **Symptomverbesserung Angst:**
Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie³⁰
 - Endpunkt **Symptomatik Angst:** keine Daten

- Endpunkt **Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit:**
Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

Das IQWiG kommt auf der Basis von zweimal kein Anhaltspunkt und einem Anhaltspunkt für einen Nutzen zum Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie“ verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie.

Bei den vorliegenden Endpunkten ergaben sich lt. IQWiG – Bericht keine Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Es liegen inkonsistente Ergebnisse über die drei Endpunkte und die unterschiedlichen Auswertungszeitpunkte zu der in der Studie von Rakowska untersuchten Störung „soziale Phobie“ vor. Insgesamt überwiegen die nicht signifikanten Unterschiede zwischen systemischer Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung.

Beim Endpunkt „Vollremission Angst“ (Fremdbeurteilung) wurde kein statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie gefunden. Bei den weiteren symptombezogenen Endpunkten (phobische Angst, soziale Unsicherheit) liegen ein signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie sowie drei nicht signifikante Unterschiede vor.

Im IQWiG-Abschlussbericht wird darauf hingewiesen, dass die Werte der Unterskala „soziale Unsicherheit“ der SCL-90-R für eine weiterführende Analyse der Wirksamkeit der systemischen Therapie bei sozialer Phobie zu unspezifisch seien. Hiermit werde lt. IQWiG nur eine „Begleitsymptomatik“ der sozialen Phobie erfasst (vgl. S. 14 im Abschlussbericht).

Im Manual der SCL-90-R wird im Gegensatz dazu ausgeführt, dass die Skala „soziale Unsicherheit“ eine Kernproblematik von Betroffenen mit Sozialer Phobie erfasst, nämlich

³⁰ Im IQWiG-Bericht, S. 143 finden sich keine spezifischen Nutzaussagen zu verschiedenen Auswertungszeitpunkten, sondern nur eine Gesamtaussage zu beiden Auswertungszeitpunkten.

soziale Unsicherheit, Gefühl der persönlichen Unzulänglichkeit, Unbehagen bei interpersoneller Kommunikation etc.³¹

Hingegen bezieht sich die Skala „phobische Angst“ entsprechend der Beschreibung im Manual der SCL-90-R vorrangig auf agoraphobische Symptome, und zwar „auf die Definition von Agoraphobie von Marks (1969), die auch phobisch-ängstliches Depersonalisationssyndrom (Roth, 1959) genannt wird“.³² Dementsprechend erfasst diese Skala gerade *nicht* die Symptomatik der sozialen Phobie³³, so dass die zu dieser Skala vorliegenden Ergebnisse nur wenig Aussagekraft im Hinblick auf die Wirksamkeit der systemischen Therapie bei sozialer Phobie haben.

Bei den morbiditätsbezogenen, störungsspezifischen Endpunkten der sozialen Phobie, nämlich Vollremission und „soziale Unsicherheit“, liegen keine statistisch signifikanten Unterschiede vor. Einzig zum Zeitpunkt zwei Monate liegt auf einer Skala, welche die Symptomatik der sozialen Phobie nicht im Kern trifft, ein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie vor, nicht aber zum Auswertungszeitpunkt fünf Monate.

Zusammenfassend überwiegen die nicht signifikanten Unterschiede (fünffmal) gegenüber dem einen signifikanten Effekt zugunsten der systemischen Therapie.

Aus diesen Ergebnissen kann daher kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie abgeleitet werden.

B-3.2.1.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Zwangsstörung

Grundlage hier sind zwei Studien, die Zwangsstörungen untersuchten:

Li 2010: n = 32, Zwangsstörung nach ICD-10, systemische Familientherapie + medikamentöse Therapie mit Paroxetin vs. medikamentöse Therapie mit Paroxetin allein;

Yang 2005: n = 60; Zwangsstörung nach der „Chinese Classification of Mental Disorders“³⁴, lösungsfokussierte Kurzzeittherapie + Paroxetin vs. Paroxetin allein.

Es liegen Daten für die Endpunkte: Symptomverbesserung Angst (bei Zwangsstörung) und Symptomverbesserung Zwang vor.

³¹ „Neun Items beschreiben leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit. Die dritte Skala bezieht sich vor allem auf Gefühle der persönlichen Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit im Vergleich mit anderen. Selbstabwertung und Gefühle des Unwohlseins sowie deutliches Unbehagen bei interpersoneller Kommunikation sind charakteristische Manifestationen des Syndroms. Patienten mit hohem Wert auf dieser Skala berichten akute Selbstunsicherheit und negative Erwartungen in Bezug auf die Kommunikation und das zwischenmenschliche Verhalten mit anderen“.

³² S. 22 Handbuch der SCL-90-R, 2. Auflage: „Sieben Items beschreiben ein leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst. Die siebente Skala umfasst andauernde und unangemessene Furcht als Reaktion auf eine bestimmte Personen, einen Platz, ein Objekt oder eine charakteristische Situation, die zu Vermeidungs- oder Fluchtverhalten führt. Die Items fokussieren auf die mehr pathogene und spaltende Manifestation des phobischen Verhaltens. Derogatis bezieht sich hier auf die Definition von Agoraphobie von Marks (1969), die auch phobisch-ängstliches Depersonalisationssyndrom (Roth, 1959) genannt wird.“

³³ Bei sozialer Phobie besteht insbesondere Angst vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen (nicht dagegen in Menschenmengen), weswegen soziale Situationen gemieden werden. Die Betroffenen haben z.B. Angst vor Sprechen in der Öffentlichkeit, niedriges Selbstwertgefühl und Angst vor Kritik (vgl. ICD-10, F40.1).

³⁴ Wikipedia: Das CCMD „is intentionally similar in structure and categorisation to the ICD-10 and DSM, the two most well-known diagnostic manuals, though includes some variations on their main diagnoses and around 40 culturally related diagnoses“ (Zugriff am 08.12.2017).

In Tabelle 13 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Symptomverbesserung Angst (HAMA) ³⁵ , Li 2010 (Fremdbeurteilung)	Symptomverbesserung Zwang 50 % Reduktion auf der YBOC-S ³⁶ ; Yang 2005, Li 2010 (Selbstbeurteilung)
1 Monat	Kein stat. sign. Unterschied	--
2 Monate	Kein stat. sign. Unterschied	stat. sign. Unterschied zugunsten ST (Metaanalyse)
3 Monate	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	

Tabelle 13: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Zwangsstörung

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Symptomatik Angst:**
 - Auswertungszeitpunkt drei Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen
- **Endpunkt Symptomverbesserung Zwang:**
 - Auswertungszeitpunkt drei Monate: Hinweis auf einen Nutzen

³⁵ Hamilton Angstskala („Hamilton Anxiety Rating Scale“): „The HAM-A was one of the first rating scales developed to measure the severity of anxiety symptoms, and is still widely used today in both clinical and research settings. The scale consists of 14 items, each defined by a series of symptoms, and measures both psychic anxiety (mental agitation and psychological distress) and somatic anxiety (physical complaints related to anxiety). Although the HAM-A remains widely used as an outcome measure in clinical trials, it has been criticized for its sometimes poor ability to discriminate between anxiolytic and antidepressant effects, and somatic anxiety versus somatic side effects. Br J Med Psychol 1959; 32:50–55.

³⁶ Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere der Zwangsgedanken und Zwangsverhalten.

B-3.2.1.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Zwangsstörungen

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt auf der Basis von einem Anhaltspunkt und einem Hinweis für einen Nutzen zum Gesamtfazit *„Hinweis für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit keiner Zusatzbehandlung“* bei Angststörungen und Zwangsstörungen.

Bei den vorliegenden Endpunkten ergaben sich lt. IQWiG-Bericht keine Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Im IQWiG-Bericht wird darauf hingewiesen, dass zur Einordnung dieser Ergebnisse zu beachten sei, *„der Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Zwang auf zwei Studien basiert, deren Patienten in allen Studienarmen eine medikamentöse Sockeltherapie mit Paroxetin erhielten. Diese Studienergebnisse lassen sich daher nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung übertragen“*.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Hinsichtlich der im IQWiG-Bericht verwendeten Bezeichnung „keine Zusatzbehandlung“ ist darauf hinzuweisen, dass es sich in der Kontrollbedingung in den beiden Studien zu Zwangsstörung um eine medikamentöse Behandlung handelte. Somit ging es hier streng genommen nicht um den Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung, sondern um den Vergleich Systemische Therapie + Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie alleine.

Bei dem morbiditätsbezogenen Endpunkt Symptomverbesserung Zwang liegt ein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung vor. Dieser basiert auf einer Metaanalyse von zwei Studien.

Bei dem Endpunkt, „Symptomverbesserung Angst“ liegt zum Auswertungszeitpunkt drei Monate ebenfalls ein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie vor. Bei den Auswertungszeitpunkten ein und zwei Monate liegt jeweils kein signifikanter Unterschied vor. Grundlage ist die Studie von Li 2010, in der zusätzlich zur untersuchten Zwangssymptomatik auch Angstsymptome der von Zwangsstörung betroffenen Probanden mittels der HAMA-Skala untersucht wurden.

Aus der Studie von Li 2010 geht hervor, dass bei Behandlungsende die Werte der HAMA in beiden Gruppen bereits im Bereich „mild bis mäßig ausgeprägte Symptomatik“ lagen (24,5 vs. 22,7). Zum Auswertungszeitpunkt zwei Monate nach Interventionsende lagen beide Werte bereits unter 17 – einem Wertebereich, der lt. Hamilton 1959 eine mild ausgeprägte Angstsymptomatik hindeutet.³⁷ Vor diesem Hintergrund erschließt sich nicht, welche klinische Relevanz die Berechnung eines Unterschiedes von zwei Werten haben soll, die beide bereits im unteren, klinisch - nicht mehr relevanten - Wertebereich liegen.

In Bezug auf das Ergebnis zur störungsspezifischen Symptomatik einer Zwangsstörung ist von einem Nutzen der systemischen Therapie + Pharmakotherapie im Vergleich zu Pharmakotherapie allein auszugehen. Allerdings lassen sich diese Studienergebnisse nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung mit Paroxetin übertragen.

³⁷ Each item is scored on a scale of 0 (not present) to 4 (severe), with a total score range of 0–56, **where <17 indicates mild severity**, 18–24 mild to moderate severity and 25–30 moderate to severe. Aus: Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959; 32:50–55.

B-3.2.2 Demenz

Hier lag für den Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung eine Studie vor (Ingersoll-Dayton, 1999), deren Verzerrungspotential vom IQWiG nicht nur wegen u.a. unklarer Verdeckung der Gruppenzugehörigkeit, sondern auch wegen unklarer Erzeugung der Randomisierungssequenz als hoch bewertet wurde.

Für den Endpunkt Morbidität lagen Daten vor.

Für alle anderen Endpunkte lagen keine Daten vor:

- Mortalität,
- gesundheitsbezogene Lebensqualität,
- allgemeines und soziales Funktionsniveau sowie
- unerwünschte Ereignisse.

Für die beiden anderen Vergleiche Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie und Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung lagen lt. Abschlussbericht des IQWiG keine Studien mit verwertbaren Daten vor.

B-3.2.2.1 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung

Grundlage ist eine Studie: Ingersoll-Dayton 1999: irreversible Demenz; n = 21; lösungsfokussierte Therapie vs. Kontrollgruppe.

Es ergaben sich für die Endpunkte Aggressivität (Häufigkeit, Schweregrad) und zielloses Herumirren (Häufigkeit, Schweregrad) keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen lösungsfokussierte Therapie und Kontrollgruppe zum Auswertungszeitpunkt sieben Wochen nach Interventionsende. Es wird noch darauf hingewiesen, dass es sich bei den untersuchten Endpunkten nicht um diagnoserelevante Kriterien einer Demenz handelt.

B-3.2.2.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt zum Gesamtfazit „*Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung*“.

Für die anderen Endpunkte wurde keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten vorlagen.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Da sich kein statistisch signifikanter Effekt bei den untersuchten Endpunkten ergab, ist der Nutzen für die Systemische Therapie bei Demenz nicht nachgewiesen. Es ist abschließend darauf hinzuweisen, dass Demenz keine Indikation für eine Psychotherapie i. S. der PT-Richtlinie darstellt.

B-3.2.3 Depressive Störungen

Grundlage sind laut IQWiG-Bericht Ergebnisse von sechs Studien mit verwertbaren Daten zu den Vergleichen Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie, Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung sowie Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung.

Das Verzerrungspotential auf Studienebene wurde vom IQWiG bei vier Studien (Fabbri 2007, Lemmens 2009, Seikkula 2013, Wang 2011) als „hoch“ bewertet, u.a. wegen unklarer Verdeckung der Gruppenzuteilung und unklarer Erzeugung der Randomisierungssequenz, was sich laut Abschlussbericht auch auf das Verzerrungspotential auf Endpunktebene überträgt. Bei zwei Studien stellte das IQWiG ein niedriges Verzerrungspotential auf Studienebene fest (Knekt 2004, Rodriguez-Vega 2011). Aufgrund der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung wurde das Verzerrungspotential auch bei diesen beiden Studien auf Ebene der Endpunkte (Ergebnisse) als hoch bewertet.

Für folgende Endpunkte lagen Daten vor:

- Gesamtmortalität
- Morbidität
- Allgemeines und Soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

Für folgenden Endpunkt lagen keine Daten vor:

- unerwünschte Ereignisse.

B-3.2.3.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Grundlage sind zwei Studien:

Knekt 2004³⁸: n = 326, lösungsfokussierte Therapie (n = 97) vs. psychodynamische KZT (n = 101) vs. psychodynamischen LZT (n = 128); hier relevant: depressive Störung nach DSM-IV (85,6 %³⁹).⁴⁰

Seikkula 2013: n = 66, systemische Paartherapie vs. TAU (Einzelbehandlung mit z.B. psychiatrischen Konsultationen), depressive Störung nach DSM-IV (depressive Episode oder rezidivierende depressive Störung)

Endpunktkategorien „Vollremission Depression“ und „Depressivität“

In der nachfolgenden Tabelle 2 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zu den o.g. Endpunkten zusammengefasst:

³⁸ Die verschiedenen Ergebnisse der Studie von Knekt et al. wurden, insbesondere nach Beendigung der PDLZT mehrfach publiziert (u.a. 2004, 2008, 2011, 2016 vgl. hierzu Literaturliste im Abschlussbericht)

³⁹ Etwas mehr als 80 % der Probanden wiesen eine depressive Störung auf. Bei 56,9 % der Studienteilnehmer lag ausschließlich eine „mood disorder“ vor, bei 14,4 % ausschließlich eine Angststörung und bei 28,6 % lag eine Mischung aus „mood disorder“ und „anxiety disorder“ vor.

⁴⁰ Im Zusammenhang mit den umfangreichen statistischen Auswertungen der Ergebnisse der Studie Knekt 2004 ist auf das Problem des multiplen Testens hinzuweisen. Das Problem entsteht, wenn an derselben Stichprobe mehrere Signifikanztests zum Niveau α durchgeführt werden. Die Wahrscheinlichkeit eines Fehlers 1. Art, d.h. einer falsch positiven Aussage, erhöht sich durch multiples Testen. Statistischen Korrekturen sind nicht vorgenommen worden.

Auswertungszeitpunkt	Vollremission depressive Störung (Knekt 2004, 2008)	Symptomverbesserung Depressivität, BDI < 10 (Knekt 2004, 2008; Seikkula 2013)	Symptomverbesserung Depressivität Ansprechen/ Schwellenwert BDI ⁴¹ (Knekt 2004, 2008)	Symptomverbesserung Depressivität Schwellenwert SCL-90 ⁴² (Knekt 2004)	Symptomverbesserung Depressivität; BDI klin. rel. Symptomreduktion Jacobson/ Truax (Seikkula 2013)
6/7 Monate	--	Stat. sign. Unterschied zugunsten ST im Vergleich zu PDKZT/PDLZT (Metaanalyse, nur Knekt)	--	--	Kein stat. sign. Unterschied (Ergebnis aus Studie genommen, keine eigene Berechnung)
1 Jahr	Kein stat. sign. Unterschied zu PDKZT und PDLZT	--	Kein stat. sign. Unterschied	--	--
2 Jahre	--	Kein stat. sign. Unterschied	--	--	Kein stat. sign. Unterschied (Ergebnis aus Studie, s.o.)
3 Jahre	Kein stat. sign. Unterschied zu PDKZT und PDLZT	--	Kein stat. sign. Unterschied	--	--
5 Jahre	Kein stat. sign. Unterschied zu PDKZT und PDLZT (nur deskriptiv)	Kein stat. sign. Unterschied (Metaanalyse)	kein stat. sign. Unterschied	--	--
10 Jahre	--	--	--	Stat. sign. Unterschied zugunsten ST im Vergleich zu PDKZT; kein stat. sign. Unterschied im Vergleich zu PDLZT	--

Tabelle 2: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei depressiven Störungen zu den Endpunkten „Vollremission Depression“ und „Depressivität“.

⁴¹ Operationalisiert war dieser Endpunkt lt. IQWiG-Bericht folgendermaßen: Anzahl von Patienten ohne Zusatztherapie (Psychopharmaka oder Psychotherapie mit mind. 20 Sitzungen oder psychiatrische Hospitalisierung) und zusätzlich mindestens 50%ige Reduktion des BDI-Gesamtscore oder BDI-Gesamt-Score < 10.

⁴² Operationalisiert: mind. 50%ige Reduktion der Depressionsskala der SCL-90 oder Wert auf der Depressionsskala < 0,9. Die SCL-90-R ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Vollremission Depression:**

- Auswertungszeitpunkt eins, drei und fünf Jahre: jeweils kein Anhaltspunkt⁴³ für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer psychodynamischen Psychotherapie.

- **Endpunktkategorie Depressivität:**

Diese Endpunktkategorie setzt sich aus folgenden Endpunkten zusammen:

- **Endpunkt „Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert, BDI < 10; Knekt 2004, Seikulla 2013)“:**
 - Auswertungszeitpunkt 6/7 Monaten: Hinweis auf einen Nutzen der ST verglichen mit einer anderen PT
 - Auswertungszeitpunkte zwei und fünf Jahre: jeweils kein Anhaltspunkt auf einen Nutzen der ST verglichen mit einer anderen PT
- **Endpunkt „Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen/Schwellenwert; BDI = 50 %ige Reduktion des BDI – Gesamtscore oder BDI < 10, keine Zusatztherapie)“:**
 - Auswertungszeitpunkt eins, drei und fünf Jahre: jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der ST verglichen mit psychodynamischer Psychotherapie
- **Endpunkt „Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen/Schwellenwert SCL-90)“:**
 - Auswertungszeitpunkt zehn Jahre: Anhaltspunkt für einen Nutzen der ST verglichen mit Psychodynamischer LZT; kein Unterschied zur PDKZT⁴⁴
- **Endpunkt „Symptomverbesserung Depressivität (BDI-Wert, klinisch relevante Verbesserung nach Jacobson/Truax)“:**
 - Auswertungszeitpunkte sechs Monate und zwei Jahre: jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der ST im Vergleich zu anderer Psychotherapie

Für die Endpunktkategorie „Depressivität“ kommt das IQWiG auf der Basis von einem Hinweis für einen Nutzen, einem Anhaltspunkt und zehn mal keinen Anhaltspunkt für einen Nutzen zu

⁴³ Das IQWiG unterscheidet bei der Nutzenbewertung zwischen Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg auf einen Nutzen, vgl. S. 5 im Abschlussbericht in Verbindung mit dem Methodenpapier des IQWiG.

⁴⁴ Zur Studie von Knekt 2004 ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei dieser Studie um eine vergleichende Untersuchung der Wirksamkeit von Kurzzeit- und Langzeitpsychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen handelt. Im IQWiG – Abschlussbericht wurden die Daten der beiden psychodynamischen Therapieformen (Kurzzeit- und Langzeittherapie) als inhaltlich gleichwertig aufgefasst und – wenn statistisch möglich - die Ergebnisse metaanalytisch zusammengefasst. Z.B. S. 274, Abschlussbericht des IQWiG : „Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Kontrollstudienarme mit einer psychotherapeutischen Behandlung testet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden. ...“. Wenn die verschiedenen Effekte im Vergleich zur Kurzzeit- oder Langzeittherapie meta-analytisch zusammengefasst werden, heben sich die in den Originalpublikationen von Knekt 2004 herausgestellten Unterschiede oder tendenziellen Unterschiede zwischen KZT und LZT teilweise auf.

dem Gesamtfazit „Anhaltspunkt“⁴⁵ für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen psychotherapeutischen Behandlung“.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Über die morbiditätsbezogenen Endpunkte (Vollremission Depression, Symptomverbesserung Depression) und die verschiedenen Auswertungszeitpunkte hinweg liegen überwiegend keine statistisch signifikanten Interventionseffekte zugunsten der systemischen Therapie vor.

Endpunkt „Vollremission Depression“: zu den drei Erhebungszeitpunkten ein, drei und fünf Jahre wurde jeweils kein statistisch signifikanter Effekt gefunden.

Endpunktkategorie Symptomverbesserung Depressivität:

- Bei dem Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (BDI-Wert kleiner 10) liegen Daten zu drei Auswertungszeitpunkten vor. Beim Erhebungszeitpunkt sechs/sieben Monate ergibt sich auf der Basis einer Meta-Analyse⁴⁶ ein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu psychodynamischer Psychotherapie. Zu den Erhebungszeitpunkten zwei und fünf Jahren ergab sich jeweils kein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie.
- Beim Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität, Ansprechen/Schwellenwert (BDI<10 oder 50%ige Reduktion des BDI-Wertes), wurden zu den drei Erhebungszeitpunkten zwei, drei und fünf Jahren keine statistisch signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie gefunden.
- Beim Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert SCL-90) wurde zum einzigen Auswertungszeitpunkt zehn Jahre ein statistisch signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie gefunden.
- Beim Endpunkt Depressivität (BDI-Wert, klinisch signifikante Verbesserung nach Jacobson & Truax) ergaben sich keine statistisch signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie zu den beiden Auswertungszeitpunkten eins und drei Jahren.

In der Gesamtschau dieser Ergebnisse zu den morbiditätsbezogenen Endpunkten stehen zwei statistisch signifikante Effekte zugunsten der Systemischen Therapie zehn nicht signifikanten Unterschieden gegenüber. Zudem liegt ein widersprüchliches Ergebnis zwischen den zwei Studien vor: beim Endpunkt Depressivität ergab sich bei der Studie von Knekt 2004 ein signifikanter Effekt (BDI < 10), aber bei der Studie von Seikkula 2011 kein signifikanter Effekt (klinisch signifikante Verbesserung nach Jacobson & Truax).

Da zu den morbiditätsbezogenen Endpunkten überwiegend keine statistisch signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie vorliegen und zudem noch ein widersprüchliches Ergebnis zwischen den zwei Studien vorliegt, kann auf dieser Basis kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie abgeleitet werden.

⁴⁵ Im Abschlussbericht findet sich auf S. 34 und auf S. 39 die Angabe „Hinweis auf Nutzen“, auf S. 209 steht „Anhaltspunkt“ - hier scheint es sich um ein Erratum im Dokument zu handeln.

⁴⁶ Daten aus den 2 Studienarmen der Knekt-Studie (PDKZT und PDLZT) meta-analytisch zusammengefasst.

Bei der Vergleichsbedingung in der Studie von Knekt 2004 handelt es sich um psychodynamische Psychotherapie (KZT/LZT), die einem PT-RL-Verfahren entspricht. Daher ist bei nicht signifikanten Unterschieden von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren auszugehen.

Die Ergebnisse (nicht signifikante Unterschiede) zu den morbiditätsbezogenen Endpunkten aus der Studie von Knekt 2004 weisen überwiegend auf eine Gleichwertigkeit bzw. beim Endpunkt Depressivität zum Auswertungszeitpunkt sechs Monate auf eine Überlegenheit der Systemischen Therapie im Vergleich mit einem PT-RL-Verfahren (psychodynamische Psychotherapie) hin.

nicht angenommen

Endpunktkategorie Angstsymptomatik bei Depression

In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zu der Endpunktkategorie „Angstsymptomatik“ bei Depression zusammengefasst.

Eingeschlossen wurden Daten zu vier Zeitpunkten der Studie Knekt 2004 (vgl. Tabelle 3):

Auswertungszeitpunkt	Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert, HARS ⁴⁷ < 8) Knekt 2004	Symptomverbesserung Angst (Ansprechen/Schwellenwert; Anxiety Scale der SCL-90) Knekt 2004
1 Jahr	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied
3 Jahre	kein stat. sign. Unterschied	stat. sign. Unterschied zugunsten PDLZT
5 Jahre	stat. sign. Unterschied zugunsten psychodynamischer Psychotherapie	kein stat. sign. Unterschied
10 Jahre	--	stat. sign. Unterschied zugunsten ST vs. PDKZT

Tabelle 3: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt „Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert)“:**
 - Auswertungszeitpunkt ein Jahr: keine Angaben im Bericht, ob „kein Anhaltspunkt“ (kein stat. sign. Unterschied)
 - Auswertungszeitpunkt drei Jahre: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen
 - Auswertungszeitpunkt fünf Jahre: Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der ST verglichen mit psychodynamische Psychotherapie
- **Endpunkt „Symptomverbesserung Angst, Ansprechen/Schwellenwert“:**
 - Auswertungszeitpunkt ein Jahr: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - Auswertungszeitpunkt drei Jahre: Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu PDLZT
 - Auswertungszeitpunkt fünf Jahre: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - Auswertungszeitpunkt zehn Jahre: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer psychodynamischen Kurzzeittherapie

⁴⁷ Hamilton Anxiety Rating Scale

Auf der Basis von vier Mal kein Anhaltspunkt, zwei Anhaltspunkte für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie und einen Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie kommt das IQWiG zu dem Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen Psychotherapie“ für die Endpunktkategorie „Angstsymptomatik bei Depression“.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Da zu der Endpunktkategorie Angstsymptomatik bei Depression nur die Studie von Knekt 2004 vorliegt, und es sich bei der Vergleichsbedingung in dieser Studie um psychodynamische Psychotherapie (KZT/LZT) handelt, die einem PT-RL-Verfahren entspricht, ist bei den nicht signifikanten Unterschieden von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren auszugehen.

Beim Endpunkt Symptomverbesserung Angst (Fremdbeurteilung HARS) ergeben sich zu den Auswertungszeitpunkten eins und drei Jahre keine statistisch signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie. Zum Auswertungszeitpunkt fünf Jahre ergibt sich ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie.

Beim Endpunkt Symptomverbesserung Angst (Angstskala der SCL-90, Schwellenwert) ergeben sich keine statistisch signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie zu den Auswertungszeitpunkten eins und fünf Jahren. Zum Auswertungszeitpunkt drei Jahre ergibt sich ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der psychodynamischen Langzeittherapie, während sich zum Auswertungszeitpunkt zehn Jahre ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu psychodynamischer Kurzzeittherapie ergibt.

Zusammenfassend ergeben sich demnach viermal kein statistisch signifikanter Unterschied, zweimal ein Effekt zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie und ein Effekt zugunsten der systemischen Therapie.

Auf dieser Basis kann daher bei dem Endpunkt Angstsymptomatik bei Depression von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren ausgegangen werden.

Endpunktkategorie generelle psychiatrische Symptomatik bei Depression

In der nachfolgenden Tabelle 4 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zu der Endpunktkategorie „Generelle psychiatrische Symptomatik“ bei Depression zusammengefasst. Eingeschlossen wurden Daten aus den Studien Knekt 2004 und Seikkula 2013 zu drei verschiedenen Endpunkten und sechs verschiedenen Zeitpunkten.

Auswertungszeitpunkt	Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik Knekt 2004 (50%ige Reduktion des GSI (SCL-90) oder GSI < 0,9;)	Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik Seikkula 2013 (klin. rel. Verbesserung nach Jacobson & Truax, GSI der SCL-90)	Generelle psychiatr. Symptomatik (SCL-90 GSI) Knekt 2004, Seikkula 2013
6 Monate		kein stat. sign. Unterschied	
1 Jahr	kein stat. sign. Unterschied		kein stat. sign. Unterschied
2 Jahre		kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied (Metaanalyse)
3 Jahre	kein stat. sign. Unterschied		
5 Jahre	kein stat. sign. Unterschied		kein stat. sign. Unterschied
10 Jahre	kein stat. sign. Unterschied		kein stat. sign. Unterschied

Tabelle 4: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie, generelle psychiatrische Symptomatik bei Depression; in Klammern sind die Tendenzen für die Vergleiche ST vs. psychodynamische KZT oder LZT angegeben.

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt „Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (GSI der SCL-90):**
 - Auswertungszeitpunkt eins, drei, fünf und zehn Jahre: jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen
- **Endpunkt „Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (klinisch signifikante Verbesserung nach Jacobson & Truax)“:**
 - Auswertungszeitpunkt sechs Monate und zwei Jahre: jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt „generelle psychiatrische Symptomatik (klinisch signifikante Verbesserung nach Jacobson & Truax)“:**
 - Auswertungszeitpunkt eins, zwei, fünf und zehn Jahre: jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

Auf der Basis von zehnmal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie kommt das IQWiG zu dem Gesamtfazit: „kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie“ bei der Endpunktkategorie „generelle psychiatrische Symptomatik“.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA:

Aus den in Tabelle 3 dargestellten Ergebnissen wurde bei keinem der Endpunkte ein statistisch signifikanter Unterschied (zehnmal) zwischen den Vergleichsbedingungen ermittelt, so dass hieraus zusammenfassend über alle Endpunkte zur Endpunktkategorie generelle psychiatrische Symptomatik kein Nutznachweis zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie abgeleitet werden kann.

Bezogen auf die Studie von Knekt 2004 weisen die zehn nicht signifikanten Unterschiede zu der Endpunktkategorie generelle psychiatrische Symptomatik auf eine Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren hin, da sich keine statistisch signifikanten Unterschiede bei diesem störungsunspezifischen Endpunkt im Vergleich zur psychodynamischen Psychotherapie ergeben.

Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Hier ergab sich zu keinem der Auswertungszeitpunkte (eins, drei und fünf Jahre) ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen systemischer Therapie und psychodynamischer KZT und LZT (Knekt 2004), so dass das IQWiG zum Gesamtfazit: „*kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie*“ kommt.

Bewertung durch den G-BA:

Da es sich bei der Studie um Knekt 2004 um Vergleiche mit einem anderen PT-RL-Verfahren (psychodynamische PT) handelt, ist aufgrund der nicht signifikanten Unterschiede zu drei Auswertungszeitpunkten beim Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren bei diesem störungsunspezifischen Endpunkt auszugehen⁴⁸.

⁴⁸ Je nach Vergleich mit psychodynamischer KZT oder psychodynamischer LZT sind die Ergebnisse bezogen auf die unterschiedlichen Auswertungszeitpunkte teilweise inkonsistent. Auch hier heben sich die in den Publikationen von Knekt herausgestellten Unterschiede zwischen KZT und LZT teilweise auf, wenn die Effekte metaanalytisch zusammengefasst werden.

Endpunkt Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zu der Endpunktkategorie „Allgemeines und soziales Funktionsniveau“ bei Depression zusammengefasst. Zum Endpunkt Arbeitsfähigkeit wurden Daten der Studie Knekt 2004 zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten einbezogen (vgl. Tabelle 5).

Auswertungszeitpunkt	Arbeitsfähigkeit ⁴⁹ Knekt 2004	Erwerbsstatus ⁵⁰ Knekt 2004	Soziales Funktionsniveau Gesamtwert SAS-SR Knekt 2004	Soziales und berufliches Funktionsniveau (GAF) Knekt 2004, Seikkula 2013
1 Jahr	kein stat. sign. Unterschied	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied (Metaanalyse)
2 Jahre	--	--	--	kein stat. sign. Unterschied
3 Jahre	stat. sign. Unterschied zugunsten PDLZT; kein stat. sign. Unterschied im Vergleich zu PDKZT	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied	--
5 Jahre	stat. sign. Unterschied zugunsten PDLZT; kein stat. sign. Unterschied im Vergleich zu PDKZT	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied	--
10 Jahre	--	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	kein stat. sign. Unterschied	--

Tabelle 5: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie, Allgemeines und soziales Funktionsniveau bei Depression

⁴⁹ Anzahl Patienten ohne Zusatztherapie (Psychopharmaka oder Psychotherapie oder psychiatrische Hospitalisierung oder work-ability-index ≥ 36)

⁵⁰ Anzahl von Patienten, die einer Erwerbstätigkeit/Studium nachgingen

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt „Arbeitsfähigkeit“:**
 - Auswertungszeitpunkt ein Jahr:
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - Auswertungszeitpunkte drei und fünf Jahre:
jeweils Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu PDLZT
- **Endpunkt Erwerbsstatus: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie, beruhend auf:**
 - Auswertungszeitpunkte ein Jahr und zehn Jahre:
jeweils Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie gegenüber PDLPT
 - Auswertungszeitpunkte drei und fünf Jahre:
jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu PDLPT
- **Endpunkt soziales Funktionsniveau:**
 - Auswertungszeitpunkte eins, drei, fünf und zehn Jahre:
jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau/ psychische Symptome:**
 - Auswertungszeitpunkte ein und zwei Jahre:
jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt „Hospitalisierung“:**
 - Auswertungszeitpunkte ein, drei, fünf Jahre:
jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Bei der Vergleichsbedingung in der Studie von Knekt 2004 handelt es sich um psychodynamische Psychotherapie (KZT/LZT), die einem PT-RL-Verfahren entspricht. Daher ist bei nicht signifikanten Unterschieden von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren auszugehen.

Beim Endpunkt Arbeitsfähigkeit ergeben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede im Vergleich zu psychodynamischen KZT bei ein und drei Jahren und kein statistisch signifikanter Unterschied im Vergleich zur psychodynamischen LZT bei einem Jahr. Zu den Auswertungszeitpunkten drei und fünf Jahre liegt ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der PDLZT vor.

Beim Endpunkt Erwerbsstatus ergibt sich zu den Auswertungszeitpunkten ein und zehn Jahre ein Effekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu PDPT. Zu den Auswertungszeitpunkten drei und fünf Jahren ergibt sich kein statistisch signifikanter Unterschied.

Bei den drei übrigen Endpunkten soziales Funktionsniveau, soziales und berufliches Funktionsniveau/psychische Symptome sowie Hospitalisierung ergaben sich jeweils keine statistisch signifikanten Unterschiede zu den verschiedenen Auswertungszeitpunkten.

Zusammenfassend liegen in Bezug auf den Endpunkt Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit überwiegend keine statistisch signifikanten Unterschiede vor (elf Mal). Darüber hinaus ergab sich in zwei Fällen ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der psychodynamischen Langzeitpsychotherapie, in zwei Fällen ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie.

Insgesamt ist auf dieser Ergebnisgrundlage überwiegend von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL Verfahren auszugehen. Allerdings handelt es sich bei diesen Endpunkten nicht um störungsspezifische, sondern um krankheitsunspezifische Parameter, so dass den dazugehörigen Ergebnissen bei der Bewertung der Wirksamkeit der systemischen Therapie bei psychischen Störungen weniger Gewicht beigemessen werden kann als den morbiditätsbezogenen Endpunkten.

nicht angenommen

B-3.2.3.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei depressiver Störung

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt beim Vergleich Systemische Therapie mit einer anderen Psychotherapie zum Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie“. Dieses Ergebnis beruht auf:

- zweimal Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei: Endpunktkategorie Depressivität⁵¹ und Endpunkt Erwerbsstatus
- zweimal Anhaltspunkt geringerer Nutzen der systemischen Therapie bei: Endpunktkategorie Angstsymptomatik bei Depression und Endpunkt Arbeitsfähigkeit
- achtmal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei: Vollremission depressive Störung, gesundheitsbezogene Lebensqualität, soziales Funktionsniveau, soziales und berufliches Funktionsniveau, psychische Symptome, Hospitalisierung, Endpunktkategorie psychiatrische Symptomatik

In keinem Fall ergaben sich lt. IQWiG – Bericht Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Für die Nutzenbewertung sind insbesondere Endpunkte wie Mortalität, Morbidität und Lebensqualität relevant (vgl. Verfahrensordnung G-BA). Ergebnisse zu Mortalität wurden nicht berichtet.

Beim Endpunkt Vollremission der depressiven Störung liegen über alle Auswertungszeitpunkte hinweg drei statistisch nicht signifikante Unterschiede vor. Bei der Endpunktkategorie Depressivität liegen zwei signifikante Interventionseffekte zugunsten der systemischen Therapie und sieben statistisch nicht signifikante Unterschiede vor. Beim Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität liegen über alle Auswertungszeitpunkte hinweg drei statistisch nicht signifikante Unterschiede vor. In der Endpunktkategorie Angstsymptomatik bei Depression liegen vier nicht signifikante Unterschiede, zwei signifikante Effekte zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie und ein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie vor.

Zusammengenommen liegen somit bei den Endpunkten Morbidität und Lebensqualität liegen folgende Ergebnisse vor:

- 17 mal keine statistisch signifikanter Unterschied
- drei signifikante Effekte zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie.
- zwei signifikante Effekte zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie.

Zusammenfassend überwiegen demnach bei den für die Nutzenbewertung relevanten Endpunkten zu Morbidität und Lebensqualität die nicht signifikanten Unterschiede zwischen systemischer Therapie und Vergleichsbedingung. Aus diesen Ergebnissen kann daher kein

⁵¹ Im Abschlussbericht findet sich auf S. 34 und auf S. 39 die Angabe „Hinweis auf Nutzen“ für die Endpunktkategorie Depressivität, auf S. 209 steht „Anhaltspunkt“ - hier scheint es sich um ein Erratum im Dokument zu handeln. Richtig ist, dass für einen Endpunkt (Symptomverbesserung Depressivität) ein Hinweis für einen Nutzen gefunden wurde.

Nutzennachweis der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie abgeleitet werden.

Werden die Ergebnisse zu störungsunspezifischen Endpunkten, generelle psychiatrische Symptomatik und allgemeines soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, noch hinzugenommen, so ergeben sich über sämtliche Endpunkte und Auswertungszeitpunkte bei depressiver Störung hinweg insgesamt:

- 38-mal kein statistisch signifikanter Unterschied
- fünf signifikante Effekte zugunsten der systemischen Therapie und
- vier signifikante Effekte zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie.

Insgesamt überwiegen demnach die nicht signifikanten Unterschiede zwischen systemischer Therapie und Vergleichsbedingung (38-mal).

Auf der Basis dieser widersprüchlichen Ergebnisse bzw. der überwiegend vorliegenden nicht signifikanten Unterschiede über die verschiedenen Endpunkte und Auswertungszeitpunkte hinweg kann daher kein Nutzennachweis der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie abgeleitet werden.

Vergleich Systemische Therapie vs. PT-RL-Verfahren

Bezogen auf den Vergleich zur psychodynamischen Psychotherapie ist überwiegend von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit psychodynamischer Psychotherapie bei den morbiditätsbezogenen Endpunkten und gesundheitsbezogener Lebensqualität auszugehen.

Da teilweise inkonsistente Ergebnisse im Vergleich zu psychodynamischer Kurzzeit- und Langzeittherapie vorliegen⁵² und zu berücksichtigen ist, dass sich in zwei Fällen ein Effekt zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie ergeben hat, ist aus diesen Ergebnissen ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie ableitbar.

⁵² Bei der Studie von Knekt 2004 handelte es sich u.a. um eine vergleichende Untersuchung der Wirksamkeit von Kurzzeit- und Langzeitpsychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen. Dementsprechend fanden die Studienautoren, dass die Kurzzeittherapien (Psychodynamische KZT und lösungsorientierte Therapie) in den ersten beiden Jahren nach Behandlungsende in verschiedenen Endpunkten signifikant effektiver als die psychodynamische Langzeittherapie abschnitten. Ab dem Zeitpunkt 3 Jahre nach Behandlungsende ergaben sich für die psychodynamische LZT im Vergleich zu den beiden Kurzzeittherapien signifikant höhere Effekte.

Vgl. hierzu auch Knekt 2008: „*The present trial compared the effectiveness of two short-term therapies and long-term psychodynamic psychotherapy among patients with depressive and anxiety disorders. During the first year of follow-up, patients treated with short-term psychodynamic psychotherapy recovered faster from both depressive and anxiety symptoms, and patients treated with solution-focused therapy recovered faster from depressive symptoms than patients receiving long-term psychodynamic psychotherapy. After 3 years of follow-up, however, the situation was reversed with a stronger treatment effect in the long-term psychodynamic treatment group both for patients with depressive and anxiety symptoms. Thus in the long run, long-term psychodynamic psychotherapy was more effective than the brief therapies. The differences in effects observed were moderate but they were consistent over all five outcome measures considered.*”

B-3.2.3.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung

Grundlage sind folgende Studien:

Fabbri 2007: n = 20; Rezidiv einer „Major Depression“ während einer antidepressiven LZT; Familientherapie + trizyklisches Antidepressivum vs. klinisches Management + trizyklisches Antidepressivum; hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene.

Rodriguez Vega 2011: n = 72; depressive Episode („Major Depression“) bei onkologischen Patienten; narrative Therapie + Escitalopram vs. Standardbehandlung (Escitalopram); niedriges Verzerrungspotential auf Studienebene, hohes Verzerrungspotential auf Endpunktebene.

Bei der Studie (Rodriguez Vega 2011) wurden neben dem Endpunkt Morbidität (Depressivität) auch störungs^{un}spezifische Endpunkte wie Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Fatigue und kognitive Funktionen betrachtet. Die Daten zu diesen Endpunkten stammen aus dem EORTC QLQ-C30⁵³, bei dem es sich um einen Fragebogen zur Lebensqualität von Krebspatienten handelt. Darauf bezogene Ergebnisse sind hinsichtlich der Frage der Wirksamkeit der untersuchten Intervention bei spezifischen psychischen Störungen von untergeordneter Priorität.

Endpunktkategorie „Morbidität“:

In der nachfolgenden Tabelle 6 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Rückfall/ Symptomverbesserung Fabbri 2007	Depressivität Fabbri 2007 (Fremdbeurteilung: Paykel`s Clinical Interview for Depr.); Rodriguez Vega 2011 (Selbstbeurteilung HADS ⁵⁴ -Subskala Depression).
3 Monate	--	kein stat. sign. Unterschied (Meta-Analyse)
6 Monate	--	kein stat. sign. Unterschied
15 Monate	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	--

Tabelle 6: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei Depression

⁵³ Die „European Organization for Research and Treatment of Cancer“ ist eine gemeinnützige Organisation, um die Forschung im Gebiet der Onkologie voranzutreiben. 1986 begann die Organisation die Entwicklung eines integrativen, modularen Quality of Life Fragebogens als Patient Reported Outcome (PRO)-Instrument. Sie publizierten diesen 1993 unter dem Namen EORTC QLQ-C30 als EORTC Core Quality of Life Questionnaire. Der EORTC QLQ-C30 Fragebogen beinhaltet 30 Fragen und beurteilt die Lebensqualität onkologischer Patienten multidimensional über 10 Subskalen. Da die Onkologie ein breites Spektrum an Tumorerkrankungen und damit Krankheitsbildern hat, wird er zu den eher nicht-krankheitsspezifischen Fragebögen gezählt.

⁵⁴ Hospital Anxiety and Depression Scale

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Rückfall/Symptomverbesserung:**
 - Auswertungszeitpunkt 15 Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung/Informationsvermittlung.
- **Endpunkt Depressivität:**
 - Auswertungszeitpunkt drei und sechs Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung/Informationsvermittlung

Auf der Grundlage der Studie von Rodriguez Vega 2011 hinsichtlich der nachfolgenden störungsunspezifischen Endpunkte aus den Unterskalen des EORTC QLQ-C30 kommt das IQWiG zu folgenden Bewertungen (vgl. Tabelle 7):

Auswertungszeitpunkt	Skala Appetitlosigkeit	Skala Schlafstörungen	Skala Fatigue	Skala Kognitive Funktion	Skala Lebensqualität
3 Monate	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied	stat. sign. und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST	kein stat. sign. Unterschied
6 Monate	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied	stat. sign. und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST	stat. sign. und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST

Tabelle 7: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung, (Endpunkte aus Rodriguez Vega 2011)

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Appetitlosigkeit:**
 - Auswertungszeitpunkte drei und sechs Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt Schlafstörungen:**
 - Auswertungszeitpunkte drei und sechs Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt Fatigue:**
 - Auswertungszeitpunkte drei und sechs Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

- **Endpunkt kognitive Funktion:**
 - Auswertungszeitpunkte drei und sechs Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“:**
 - Auswertungszeitpunkt drei Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - Auswertungszeitpunkt sechs Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

Endpunktkategorie „allgemeines und soziales Funktionsniveau“

In der nachfolgenden Tabelle 8 sind die Ergebnisse zum Endpunkt „allgemeines und soziales Funktionsniveau“ aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst (Grundlage Studie von Rodriguez Vega 2011, Unterskalen des EORTC-QLQ-C-30):

Auswertungszeitpunkt	Skala allgemeiner Gesundheitszustand	Skala Rollenfunktion (Arbeitsfähigkeit)	Skala körperliche Funktion	Skala soziale Funktion
3 Monate	kein stat. sign. Unterschied	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	stat. sign., aber klinisch nicht relevanter Unterschied	stat. sign. und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST
6 Monate	stat. sign. aber klinisch nicht relevanter Unterschied	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	stat. sign. Unterschied und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST	stat. sign. und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST

Tabelle 8: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Bericht: Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung, allgemeines und soziales Funktionsniveau bei Depression (Endpunkte aus Rodriguez Vega 2011)

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zur Endpunktkategorie „*allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit*“ bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Allgemeine Gesundheit:**
 - Auswertungszeitpunkte drei und sechs Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie
- **Endpunkt Arbeitsfähigkeit:**
 - Auswertungszeitpunkte drei und sechs Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie
- **Endpunkt Körperliches Funktionsniveau:**
 - Auswertungszeitpunkt drei Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - Auswertungszeitpunkt sechs Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt Soziales Funktionsniveau:**
 - Auswertungszeitpunkt drei und sechs Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

B-3.2.3.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei depressiver Störung

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt beim Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung zum Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie“. Dieses Ergebnis beruht auf:

- sechsmal Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei: Endpunkte Rückfall/Symptomverbesserung, Symptomatik kognitive Funktion, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit, körperliches Funktionsniveau, soziales Funktionsniveau
- fünfmal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei: Endpunktkategorie Depressivität; Endpunkte Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Fatigue, allgemeiner Gesundheitszustand

In keinem Fall ergaben sich zu den vorliegenden Endpunkten lt. IQWiG – Bericht Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Im IQWiG – Bericht wird darauf hingewiesen, dass dieses Ergebnis auf Studien basiert, in denen die Patienten eine medikamentöse Begleitbehandlung erhielten, weswegen die Studienergebnisse sich daher nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung übertragen lassen.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Zu den für die Nutzenbewertung relevanten morbiditätsbezogenen Endpunkten (Rückfall; Depressivität) ergeben sich bei dem Vergleich Systemische Therapie mit Beratung und Informationsvermittlung über die Endpunkte und die verschiedenen Auswertungszeitpunkte hinweg inkonsistente Ergebnisse.

Für den Endpunkt „Rückfall“ ergab sich ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie. Die diesem Ergebnis zugrundeliegende Studie von Fabbri 2007 wies neben einem hohen Verzerrungspotential auch eine sehr kleine Stichprobe von $n = 20$ auf. In jeder Untersuchungsbedingung befanden sich also nur zehn Probandinnen/Probanden, von denen im systemischen Studienarm vier Patienten das Kriterium „Rückfall einer depressiven Episode“ zum Auswertungszeitpunkt 15 Monate aufwiesen. Im Kontrollstudienarm waren dies neun Patientinnen/Patienten. Aufgrund der kleinen Fallzahl sind somit - abgesehen von den Limitationen für statistische Berechnungen - Aussagekraft und Generalisierbarkeit dieses Ergebnisses erheblich eingeschränkt.

Für den Endpunkt „Depressivität“ ergaben sich auf der Basis von zwei Studien (Fabbri 2007, Rodriguez-Vega 2011) hingegen zu beiden Untersuchungszeitpunkten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsbedingungen.

Über alle störungsspezifischen und störungsunspezifischen Endpunkte und alle Auswertungszeitpunkte hinweg liegen inkonsistente Ergebnisse vor:

- neun signifikante Unterschied zugunsten der systemischen Therapie
- zwölf statistisch nicht signifikante Unterschiede (bzw. der signifikante Unterschied war klinisch nicht relevant).

Zusammenfassend überwiegen zum einen über alle End- und Auswertungszeitpunkte hinweg die nicht signifikanten Unterschiede im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung.

Zum anderen ist die Generalisierbarkeit des beim morbiditätsrelevanten Endpunkt Rückfall gefundenen signifikanten Interventionseffektes aufgrund der sehr kleinen Fallzahl in den Studienarmen erheblich limitiert. Darüber hinaus ergibt sich zu dem anderen morbiditätsrelevanten Endpunkt „Depressivität“ auf der Basis einer Meta-Analyse kein signifikanter Effekt zu zwei Auswertungszeitpunkten.

Insgesamt kann daher aus diesen Ergebnissen kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung bei depressiven Störungen abgeleitet werden.

nicht angenommen

B-3.2.3.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung

Grundlage sind folgende Studien:

Lemmens 2009: n = 83; Major Depression“ nach DSM-IV; „single“ systemische Familientherapie (n = 25) vs. Multifamilientherapie (n = 35) vs. Treatment as usual⁵⁵ (n = 23):

Wang 2011: n = 76; Depression nach CCMD-3, HDRS-17 > 18; systemische Familientherapie + Sertralin vs. Sertralin allein.

Bei beiden Studien liegt lt. IQWiG-Bewertung ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene vor.

Endpunktkategorien Mortalität und Morbidität

In der nachfolgenden Tabelle 9 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Anzahl Suizide Lemmens 2009	Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen), BDI Lemmens 2009	Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert, BDI) Lemmens 2009	Symptomatik Depressivität Lemmens 2009 BDI Wang 2011 HDRS
3 Monate	--	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied	stat. sign., aber klin. nicht relevanter Unterschied (Metaanalyse)
15 Monate	Kein stat. sign. Unterschied	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	kein stat. sign. Unterschied	stat. sign., aber klin. nicht relevanter Unterschied

Tabelle 9: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Bericht: Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Depression, Mortalität und Depressivität.

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunktkategorie Mortalität**
 - **Endpunkt Anzahl Suizide:** Auswertungszeitpunkt 15 Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunktkategorie Morbidität**
 - **Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen, mind. 50 %ige Reduktion des BDI-Gesamtscores):**
Auswertungszeitpunkt drei Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
Auswertungszeitpunkt 15 Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - **Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert BDI < 9):**
Auswertungszeitpunkt drei und 15 Monate: jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

⁵⁵ Lt. Studienangaben: 2-3 monatige multiprofessionelle stationäre oder tagesklinische Behandlung; nach Entlassung Überweisung an Psychiater

- **Symptomatik Depressivität (BDI, HDRS):**
Auswertungszeitpunkt drei und 15 Monate: jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

Auf der Basis von fünfmal kein Anhaltspunkt und einen Anhaltspunkt für einen Nutzen kommt das IQWiG zum Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung“⁵⁶ bezogen auf die Endpunktkategorie „Depressivität“.

Endpunktkategorie „allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit“

In der nachfolgenden Tabelle 10 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst:

Auswertungszeitpunkt	Soziales und berufliches Funktionsniveau (Global Assessment Scale, GAS, Fremdbeurteilung) Wang 2011	Hospitalisierung
0,5 Monate	kein stat. sign. Unterschied	--
1 Monat	kein stat. sign. Unterschied	--
2 Monate	stat. sign. und klin. relevanter Unterschied zugunsten ST	--
3 Monate	stat. sign. und klin. relevanter Unterschied zugunsten ST	--
15 Monate	--	kein stat. sign. Unterschied

Tabelle 10: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Depression, soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau:**
 - Auswertungszeitpunkt zwei und drei Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung
- **Endpunkt Hospitalisierung:**
 - Auswertungszeitpunkt 15 Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

⁵⁶ Auf S. 284 im IQWiG-Bericht steht hier „Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie verglichen mit einer **anderen psychotherapeutischen Behandlung**“ – dies muss ein Druckfehler sein. Möglicherweise ist auch der gesamte Satz inkorrekt?

B-3.2.3.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei depressiver Störung

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt beim Vergleich Systemische Therapie mit keiner Zusatzbehandlung zum Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie“. Dieses Ergebnis beruht auf:

- zweimal Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei:
Endpunktkategorie Depressivität, Endpunkte soziales und berufliches Funktionsniveau/psychische Symptome,
- zweimal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei:
Endpunkte Suizid, Hospitalisierung

In keinem Fall ergaben sich zu den vorliegenden Endpunkten lt. IQWiG-Bericht Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Im IQWiG-Bericht wird darauf hingewiesen, dass die Anhaltspunkte für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung auf Studien basieren, in denen die Patienten entweder eine medikamentöse (Wang 2011) oder eine umfassende psycho- und pharmakotherapeutische Begleitbehandlung (Lemmens 2009) erhielten. Dabei sei zu beachten, dass sich der Begriff „keine Zusatzbehandlung“ auf die Abwesenheit einer zur Begleitbehandlung zusätzlichen Behandlung im Kontrollstudienarm bezieht. Die Studienergebnisse lassen sich daher lt. IQWiG-Bericht nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung übertragen.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Bei den Ergebnissen zu dem Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei depressiver Störung sind über die verschiedenen Endpunkte und Auswertungszeitpunkte hinweg inkonsistente Ergebnisse festzustellen.

Bei der Endpunktkategorie Depressivität liegen sowohl über die drei betrachteten Endpunkte als auch über die verschiedenen Auswertungszeitpunkte hinweg inkonsistente Ergebnisse vor. So wurde beim Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (mind. 50 %ige Reduktion des BDI-Gesamtscore) – beruhend auf einer Meta-Analyse von zwei Studien - zum Auswertungszeitpunkt drei Monate kein statistisch signifikanter Unterschied gefunden. Zum Auswertungszeitpunkt 15 Monate ergab sich ein Interventionseffekt zugunsten systemischer Therapie (auf der Basis der Studie von Lemmens 2009 mit n = 83 Probanden, die sich auf drei Studienarme verteilten: „single“ systemische Familientherapie: n = 25; Multifamilientherapie: n = 35; TAU: n = 23).

Beim Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (BDI-Wert < 9) ergab sich zu beiden Auswertungszeitpunkten drei und 15 Monate kein statistisch signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie.

Beim Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (erfasst durch Selbst- und Fremdbeurteilung) ergab sich zwar ein statistisch signifikanter Unterschied, dieser war aber lt. IQWiG-Bericht klinisch nicht relevant.

Bei den Endpunkten Suizid und Hospitalisierung ergab sich jeweils kein signifikanter Unterschied.

Auch bei dem störungsunspezifischen Endpunkt „soziales und berufliches Funktionsniveau“ liegen über die Auswertungszeitpunkte hinweg inkonsistente Ergebnisse vor. Zu den Auswertungszeitpunkten 0,5 und ein Monat ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, aber zu den Auswertungszeitpunkten zwei und drei Monate wurde ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie gefunden.

Zusammenfassend liegen über alle Endpunkte hinweg

- neun nicht signifikante Unterschiede und
- drei signifikante Effekte zugunsten der systemischen Therapie vor.

Bei den für die Nutzenbewertung relevanten Endpunkten Mortalität und Morbidität überwiegen die nicht signifikanten Unterschiede. Nur bei einem von sechs berechneten Werten ergab sich ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie.

Insgesamt kann aus diesen Ergebnissen kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung bei depressiver Störung abgeleitet werden.

nicht angenommen

B-3.2.4 Essstörungen

Grundlagen sind lt. Abschlussbericht drei Studien mit verwertbaren Daten zu den Vergleichen Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie und Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung.

Das Verzerrungspotential auf Studienebene wurde vom IQWiG bei allen drei Studien als „hoch“ bewertet, u.a. wegen unklarer Verdeckung der Gruppenzuteilung (drei Studien) und unklarer Erzeugung der Randomisierungssequenz (eine Studie), was sich lt. Abschlussbericht auch auf das Verzerrungspotential auf Endpunktebene überträgt.

Für folgende Endpunkte lagen lt. Bericht Daten vor:

- Gesamtmortalität
- Morbidität (Teilremission Essstörung, Symptomverbesserung Essanfalle),
- Soziales Funktionsniveau (essstörungsspezifische Symptome, psychische Symptome),
- Hospitalisierung.

Für folgende Endpunkte lagen keine Daten vor:

- gesundheitsbezogene Lebensqualität,
- unerwünschte Ereignisse.

B-3.2.4.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei „Binge eating disorder“ und Anorexia nervosa

Grundlage sind folgende drei Studien:

Castelnuovo 2011: „Binge eating disorder“ (BED) nach DSM IV-TR; n = 60; strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy, SKT, 16 Sitzungen, stationär und ambulant-telefonisch) vs. kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioral Therapy CBT, 16 Sitzungen, stationär und ambulant-telefonisch).

Dare 2001: Anorexia nervosa (A.N.) nach DSM IV-TR; n = 84; Familientherapie (FT, Sitzungsanzahl unklar, n = 22) vs. „focal“ psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie (PDKZT, 25 Sitzungen, n = 21) vs. kognitiv-Analytische Therapie (KAT, n = 22) vs. Standardbehandlung (Routine treatment, n = 19).

Russel 1987: Gesamtstichprobe 80, davon 15 Patientinnen > 18 Jahre mit Anorexia nervosa nach DSM III; n = 15; Familientherapie (FT, 11 Sitzungen) vs. individuelle supportive Therapie (IST, 16 Sitzungen).

In der nachfolgenden Tabelle 14 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie zusammengefasst.

Auswertung-zeitpunkt	Gesamtmortalität (Anzahl während Studienphase verstorbener Patientinnen) (Dare 2001)	Teilremission Essstörung Anorexia nervosa (Dare 2001, Russel 1987) Wegfall eines niedrigen Körpergewichts	Symptomverbesserung Essanfälle, „Binge eating disorder“ (Castelnuovo, 2011) < 2 Binge eating-Attacken/ Woche	Soziales Funktionsniveau Russel 1987: MRSA-Gesamtwert ⁵⁷ Castelnuovo 2011: OQ 45.2 ⁵⁸	Hospitalisierung (Dare 2001)
1 Monat	--	--	--	Kein stat. sign. Unterschied (Castelnuovo 2011)	--
7 Monate	--	--	stat. sign. Unterschied zugunsten ST (vs. KVT)	stat. sign. und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST (vs. KVT) (Castelnuovo 2011)	--
12 Monate	Kein stat. sign. Unterschied (Vergleich zu „focal PDKZT“)	Kein stat. sign. Unterschied (sowohl Vergleich zu „focal PDKZT als auch andere PT) Metaanalyse	--	--	Kein stat. sign. Unterschied (Vergleich zu „focal“ PDKZT)
72 Monate	--	Kein stat. sign. Unterschied (nur Russel 1987, IST)	--	stat. sign., aber nicht klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST (Russel 1987)	--

Tabelle 14: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Abschlussberichts: Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei „Binge eating disorder“/Anorexia nervosa, (wenn es sich um einen Vergleich mit einer RL-Therapie gehandelt hat, ist dies jeweils in Klammern hinter das Ergebnis gesetzt).

⁵⁷ Morgan und Russel Skala: Messinstrument zur Erfassung des langfristigen Verlaufs von Anorexia nervosa mit 5 Dimensionen: A. Ernährung; B Regelstatus; C. Psychischer Status; D. Psycho-sexueller Status; E. Sozialer Status.

⁵⁸ Outcome Questionnaire, OQ 45.2: Selbstbeurteilungsfragebogen zur kontinuierlichen Erfassung des Verlaufs der Behandlungen von psychischen Störungen (Messung der aktuellen Beeinträchtigungsschwere, Überprüfung vorher/nachher, Verlauf der Psychotherapie; Entscheidungshilfe zur Behandlungsplanung); die Hälfte der 45 Items betreffen Kernaspekte depressiver Symptome und Angstsymptome.

Die Ergebnisse der statistischen Analysen des Vergleichs Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei „Binge eating disorder“ und Anorexia nervosa auf der Grundlage von drei Studien bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Gesamtmortalität**
Auswertungszeitpunkt zwölf Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie (es wurden zu diesem Endpunkt keine Ereignisse berichtet, so dass kein Effektschätzer berechnet werden konnte, S. 305)
- **Endpunkt Teilremission Essstörung:** kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie.
Dieses Ergebnis setzt sich folgendermaßen zusammen:
 - Auswertungszeitpunkt zwölf Monate:
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie (Dare 2001, Russel 1987);
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie vs. „focal PDKZT“ (Dare 2001)
 - Auswertungszeitpunkt 72 Monate:
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie (Russel 1987)
- **Endpunkt Symptomverbesserung Essanfälle:**
 - Auswertungszeitpunkt sieben Monate:
Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu KVT (Castelnuovo 2011, BED)
- **Endpunktkategorie soziales Funktionsniveau:**
 - **Endpunkt essstörungsspezifische Symptome:**
Auswertungszeitpunkt 72 Monate:
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie (Russel 1987)
 - **Endpunkt Psychische Symptome:**
Auswertungszeitpunkt sieben Monate:
Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu KVT (Castelnuovo 2011, BED)
 - **Endpunkt Hospitalisierung:**
Auswertungszeitpunkt zwölf Monate:
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu PDKZT/andere PT (Dare 2001, A.N.)

B-3.2.4.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei „Binge eating disorder“ und Anorexia nervosa

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt auf der Basis von zweimal Anhaltspunkt und viermal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen zum Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen Psychotherapie bzw. einer Richtlinientherapie“. Dieses Ergebnis beruht auf:

- zweimal Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei folgenden Endpunkten: Symptomverbesserung Essanfälle, soziales Funktionsniveau/psychische Symptome
- viermal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei folgenden Endpunkten: Gesamtmortalität, Teilremission Essstörung, soziales Funktionsniveau/essstörungsspezifische Symptome und Hospitalisierung.

Bei den vorliegenden Endpunkten ergaben sich lt. IQWiG-Bericht keine Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Im IQWiG-Bericht wird darauf hingewiesen, dass zur Einordnung dieser Ergebnisse zu beachten sei, dass „die Anhaltspunkte für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung hinsichtlich der beiden Endpunkte Symptomverbesserung Essanfälle und soziales Funktionsniveau/psychische Symptome (...) gänzlich auf den Ergebnissen einer Studie, die Patientinnen mit einer Binge-Eating-Störung untersuchte“, basieren. „Aus den Studien, die Patientinnen mit Anorexia nervosa untersuchten, wird für keinen der betrachteten Endpunkte ein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie festgestellt.“

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Über alle Endpunkte und Auswertungszeitpunkte hinweg liegen zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie inkonsistente Ergebnisse vor:

- zwei signifikante Effekte zugunsten der systemischen Therapie
- sechs Mal nicht signifikante Unterschiede (bzw. einer der statistisch signifikanten Unterschiede war klinisch nicht relevant).

Die zwei signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie beziehen sich auf eine Studie, die Patientinnen mit „Binge-eating-disorder“ untersuchte.

Über alle Endpunkte und Auswertungszeitpunkte hinweg überwiegen demnach die nicht signifikanten Unterschiede, daher kann aus diesen Ergebnissen kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie bei Anorexia nervosa und „Binge eating disorder“ abgeleitet werden.

Vergleich Systemische Therapie vs. PT-RL-Verfahren

Da es sich zum Teil um Vergleiche mit Psychotherapie-RL-Verfahren handelt, ist bei den Ergebnissen, bei welchen kein statistisch signifikanter Unterschied gefunden wurde, von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit der jeweiligen RL-Psychotherapie auszugehen.

In der Studie von Russel 1987 handelte es sich bei der Vergleichsbedingung um unspezifische individuelle supportive Therapie⁵⁹, diese ist nicht mit RL-Therapie vergleichbar.

Bei der Studie von Dare 2001 bestand der zweite Studienarm aus einer „*focal psychodynamic psychotherapy*“ (psychodynamische KZT, 25 Sitzungen). Diese kann mit einer tiefenpsychologischen fundierten Psychotherapie gleichgesetzt werden, so dass bei diesem Ergebnis eine Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einer Richtlinien-therapie gegeben ist. Bei dem dritten Studienarm bei Dare 2001 handelte es sich um kognitiv-analytische Therapie, die nicht mit RL-Therapie gleichzusetzen ist.

Somit ist auf der Grundlage einer Studie (Dare 2001) beim Endpunkt Teilremission Essstörung (Anorexia nervosa) von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie zu psychodynamischer KZT auszugehen. Allerdings weist diese Studie ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene auf. Zudem ist die Generalisierbarkeit dieses Ergebnisses aufgrund der kleinen Fallzahl in den Studienarmen (22 vs. 21) eingeschränkt. Somit weist dieses Ergebnis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren hin.

In der Studie von Castelnuovo 2011 zur „Binge eating disorder“ ergab sich in Bezug auf den Endpunkt Symptomverbesserung Essanfälle ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu kognitiver Verhaltenstherapie zum Auswertungszeitpunkt sieben Monate. Allerdings weist auch diese Studie ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene auf. Somit liegt ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren vor.

⁵⁹ Zitat aus Studie von Russel 1987; „*non-specific form of individual therapy, not a formal psychoanalytic psychotherapy but was supportive, educational, and problem-centered, with elements of cognitive, interpretative, and strategic therapies*“.

B-3.2.4.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei Anorexia nervosa

Grundlage ist eine Studie:

Dare 2001: Anorexia nervosa nach DSM IV-TR; n = 84; Familientherapie (FT, n = 22) vs. psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie (PDKZT, n = 21) vs. kognitiv-Analytische Therapie (KAT, n = 22) vs. Standardbehandlung („Routine treatment“, n = 19)

In der nachfolgenden Tabelle 15 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Gesamtmortalität (Anzahl während Studienphase verstorbener Patientinnen)	Teilremission Essstörung (Wegfall eines signifikant niedrigen Körpergewichts)	Hospitalisierung
12 Monate	Kein stat. sign. Unterschied	Stat. sign. Unterschied zugunsten ST	Kein stat. sign. Unterschied

Tab. 15: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Abschlussberichts: Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei Anorexia nervosa.

Die Ergebnisse der statistischen Analysen des Vergleichs Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung (Standardbehandlung) auf der Grundlage einer Studie zu Anorexia nervosa bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Gesamtmortalität:**
Auswertungszeitpunkt zwölf Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt Teilremission Essstörung (Anorexia nervosa):**
Auswertungszeitpunkt zwölf Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie:
- **Endpunkt Hospitalisierung:**
Auswertungszeitpunkt zwölf Monate: Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

B-3.2.4.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei Anorexia nervosa

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt somit auf der Basis von zweimal kein Anhaltspunkt und einen Anhaltspunkt zum Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung bei Patientinnen“ in Bezug auf den Störungsbereich Essstörungen.

Bei den vorliegenden Endpunkten ergaben sich lt. IQWiG-Bericht keine Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Bei den Endpunkten Gesamtmortalität (Anzahl verstorbener Patientinnen) und Hospitalisierung liegt jeweils kein signifikanter Unterschied zwischen systemischer Therapie und „routine treatment“ vor. Beim störungsspezifischen Endpunkt Teilremission Essstörung liegt ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich „routine treatment“ bei Patientinnen mit Anorexia nervosa vor.

In Gesamtwürdigung dieser Ergebnisse kommt dem Endpunkt Teilremission Essstörung (Dare 2001) mehr Gewicht zu als den nicht signifikanten Unterschieden bei den Endpunkten Mortalität und Hospitalisierung. Allerdings weist die Studie von Dare 2001 ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene auf. Zudem ist die Generalisierbarkeit dieses Ergebnisses aufgrund der kleinen Fallzahl in den Studienarmen (22 vs. 19) eingeschränkt. Somit weist dieses Ergebnis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu „routine treatment“ bei Patientinnen mit Anorexia nervosa hin.

B-3.2.4.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung

Für diesen Vergleich liegen lt. Abschlussbericht des IQWiG keine Studien mit verwertbaren Daten vor.

B-3.2.5 Gemischte Störungen

Die Studie von Lau 2007 für den Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie wurde vom IQWiG diesem Bereich zugeordnet. Das Verzerrungspotential dieser Studie wurde vom IQWiG als hoch bewertet.

Für die beiden anderen Vergleiche Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung sowie Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung lagen lt. Abschlussbericht des IQWiG keine Studien mit verwertbaren Daten vor.

Es lagen für folgende Endpunkte Daten vor: Morbidität und berufliches/soziales Funktionsniveau. Für die Endpunkte Mortalität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines Funktionsniveau sowie unerwünschte Ereignisse lagen keine Daten vor.

B-3.2.5.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Grundlage ist eine Studie:

Lau 2007: 86 Frauen, die an den Langzeitfolgen von intrafamiliären sexuellem Missbrauch in der Kindheit leiden; systemische Gruppentherapie vs. psychoanalytische Gruppentherapie, PAGT. Nach durch den G-BA erfolgter Prüfung sind in der Studie verschiedene ICD-10 Diagnosen angegeben: Anzahl Patientinnen ST vs. PAGT:

F30-39 (affektive Störungen): drei vs. sechs;

F40-41 (Angststörungen): drei vs. sechs;

F43 (posttraumatische Belastungsstörung): sechs vs. 13;

F42, F44-49 (Zwangsstörungen und andere neurotische Störungen): vier vs. null;

F50-59 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen): eins vs. eins

F60-62 (Persönlichkeitsstörungen und anhaltende Persönlichkeitsänderungen): 20 vs. 19

In der nachfolgenden Tabelle 21 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik; Anzahl Patienten mit signifikanter Verbesserung des GSI der SCL-90-R ⁶⁰	Berufliches/ soziales Funktionsniveau, psychische Symptome GAF ⁶¹
5 (ST) bzw. 12 (PAGT) Monate	Stat. sign. Unterschied zugunsten ST	Stat. sign., aber klinisch nicht relevanter Unterschied
17 (ST) bzw. 24 (PAGT) Monate	Kein stat. sign. Unterschied	Kein stat. sign. Unterschied

Tab. 21: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Abschlussberichts: gemischte Störungen; Vergleich Systemische Therapie vs. psychoanalytische Gruppentherapie

⁶⁰ Die SCL-90-R von L.R. Derogatis ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der symptomatischen Belastung durch körperliche und psychische Symptome auf neun Skalen und umfasst Bereiche wie Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit (Manual SCL-90-R, Deutsche Version, 2. Auflage, 2000). Der GSI-Wert ist die subjektive grundsätzliche Belastung.

⁶¹ Mit GAF, Global Assessment of Functioning Scale ist die V. Achse des DSM gemeint. Die GAF-Skala erfasst das allgemeine Funktionsniveau. Es werden die psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereich beurteilt.

B-3.2.5.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. RL-Therapie (psychoanalytische Gruppentherapie) bei verschiedenen psychischen Störungen

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Die Ergebnisse der statistischen Analysen bei gemischten Störungen zum Vergleich Systemische Therapie vs. psychoanalytischer Gruppentherapie bei Frauen auf der Grundlage einer Studie bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Symptomverbesserung** (generelle psychiatrische Symptomatik): Auswertungszeitpunkt fünf bzw. zwölf Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie psychoanalytischer Gruppentherapie
- **Endpunkt berufliches und soziales Funktionsniveau, psychische Symptome:** kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie

Für die weiteren Endpunkte wurde keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

Auf dieser Basis kommt das IQWiG zum Gesamtfazit *„Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie bei Patientinnen“*.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Lau et al. (2007) untersuchten Frauen, die an den Langzeitfolgen eines intrafamiliären Missbrauchs litten. Laut den Angaben aus der Studie liegen bei den Studienteilnehmerinnen unterschiedliche psychische Störungen vor. Eine Zuordnung zu einer spezifischen Indikation einer psychischen Störung ist nicht möglich, da der Anteil keiner der in der Studie genannten Diagnosen 80 % beträgt. Die Studie von Lau et al. wurde im IQWiG-Bericht dem Störungsbereich „gemischte Störungen“ zugeordnet.

Gemischte Störungen sind nicht als eigenständiger Anwendungsbereich in § 26 PT-RL aufgeführt. Anstelle eines Nutznachweises in einem der Anwendungsbereiche der PT-RL kann je nach Studienlage im Einzelfall ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten psychischen Störungen anerkannt werden, vgl. § 19, Absatz 1, Nummer 2 PT-RL:

„Gemischte Störungen im Sinne des Satzes 2 werden von Studien erfasst, in denen überwiegend Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen und/oder diagnostisch gemischte Patientengruppen behandelt wurden; den psychischen Störungen der in den Studien behandelten Patientinnen und Patienten muss Krankheitswert zukommen. Ein Nutznachweis nach Satz 2 kann nur anerkannt werden, wenn eine Zuordnung der jeweiligen Studie zu einem der Anwendungsbereiche nach § 26 Absatz 1 Nummer 1 bis 9 und Absatz 1 bis 4 nicht möglich ist und wenn der durch die Studie geführte Nutznachweis nicht überwiegend auf Behandlungseffekte bei Störungen aus solchen Anwendungsbereichen zurückzuführen ist, für die bereits ein indikationsspezifischer Nutznachweis erbracht worden ist. Eine Berücksichtigung nach Satz 2 bedarf einer umfassenden Abwägung im Einzelfall, inwieweit ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten Störungen in seiner Bedeutung einem Nutznachweis in einem der Anwendungsbereiche nach Satz 1 Buchstabe b gleichkommt.“

Ob die Studie von Lau et al. den gemischten Störungen gem. § 19 Absatz 1 Nummer 2 PT-RL zugeordnet werden kann bleibt unklar.

Zu den zwei vorliegenden Endpunkten und den verschiedenen Auswertungszeitpunkten liegen inkonsistente Ergebnisse vor. Es finden sich drei nicht signifikante Unterschiede zwischen systemischer Therapie und psychoanalytischer Gruppentherapie und ein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie.

Da es sich bei dieser Studie um einen Vergleich mit einer psychoanalytischen Gruppentherapie handelt, ist aufgrund der Ergebnisse (drei nicht signifikante Unterschiede, ein signifikanter Unterschied) von einer Gleichwertigkeit mit einem PT-RL-Verfahren auszugehen.

Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass in der vorliegenden Studie störungsunspezifische Skalen, die allgemeine Belastung bzw. Beeinträchtigung durch psychische Symptome erfassen, verwendet wurden⁶². Aus diesen Ergebnissen ist ein Nutznachweis der systemischen Therapie bezogen auf unspezifische psychische Symptome ableitbar. Da es sich aber um eine diagnostisch gemischte Patientengruppe handelt, kann hierzu keine indikationsspezifische Aussage getroffen werden.

⁶² Der Gesamtwert der SCL-90 (GSI) erfasst die subjektiv empfundene Belastung durch psychische Symptome. Hier ergab sich zum Auswertungszeitpunkt 5 bzw. 12 Monate ein signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie. Zum Auswertungszeitpunkt 17 bzw. 24 Monate fand sich kein signifikanter Unterschied mehr zwischen den Vergleichsbedingungen.

Mit der GAF-Skala werden Beeinträchtigungen durch psychische Symptome erfasst (Fremdbeurteilung). Hier fand sich zu beiden Auswertungszeitpunkten kein statistisch signifikanter bzw. klinisch relevanter Unterschied zwischen den Vergleichsbedingungen.

B-3.2.6 Persönlichkeitsstörungen

Für den Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie lag eine Studie vor (Knekt 2004), deren Verzerrungspotential vom IQWiG auf Studienebene als niedrig und auf Endpunktebene als hoch bewertet wird.

Für den Endpunkt Morbidität (Vollremission Persönlichkeitsstörung) lagen Daten vor, für die anderen Endpunkte wie Mortalität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau sowie unerwünschte Ereignisse lagen keine Daten vor.

B-3.2.6.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Grundlage ist eine Studie:

Knekt 2004: hier nur relevant Teilstichprobe von 18 % mit Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV, n = 43; lösungsfokussierte Therapie (n = 18) vs. psychodynamische KZT (n = 25); Diagnoseverteilung: 12 % Persönlichkeitsstörung nicht näher bezeichnet, 2,5 % Cluster B Persönlichkeitsstörung, 3,8 % Cluster C Persönlichkeitsstörung⁶³. Cluster A Persönlichkeitsstörungen wurden nicht in die Studie eingeschlossen.

Ergebnis:

Zu dem einzigen Endpunkt, Vollremission Persönlichkeitsstörung, lag zu den beiden Auswertungszeitpunkten sieben und zwölf Monaten kein signifikanter Unterschied zwischen systemischer Therapie und psychodynamischer Psychotherapie vor. In absoluten Zahlen waren zum Auswertungszeitpunkt sieben Monate im systemischen Studienarm vier von 18 Patienten, im psychodynamischen Studienarm fünf von 25 Patienten ohne Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Zum Auswertungszeitpunkt zwölf Monate waren im systemischen Studienarm unverändert vier von 18 Patienten, im psychodynamischen Studienarm zwölf von 25 Patienten ohne Diagnose einer Persönlichkeitsstörung.

B-3.2.6.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt zum Gesamtfazit: *„Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie“* bei Persönlichkeitsstörungen.

Zur Einordnung der Ergebnisse weist das IQWiG darauf hin, dass zu beachten sei, dass die Studienpopulation nur aus Patienten mit Persönlichkeitsstörungen des Clusters B (dramatisches, emotionales oder launenhaftes Verhalten), Clusters C (zwanghaftes, ängstliches oder furchtsames Verhalten) sowie mit nicht näher bezeichneter Persönlichkeitsstörung bestanden hatte. Persönlichkeitsstörungen des Clusters A, wie bspw. paranoide oder schizoide Persönlichkeitsstörungen, galten als Ausschlusskriterium. Daher

⁶³ Im diagnostischen und statistischen Manual der American Psychiatric Association (DSM-5) sind die Persönlichkeitsstörungen auf Achse II getrennt von den anderen psychischen Störungen aufgeführt und werden nach deskriptiven Ähnlichkeiten in drei „Cluster“ eingeteilt: Cluster A: paranoide, schizoide und schizotype Persönlichkeitsstörung. Cluster B: emotional instabile, histrionische, narzisstische, antisoziale und Borderline-Störung; Cluster C: selbstunsichere, abhängige, zwanghafte und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung.

lassen sich die Studienergebnisse lt. IQWiG-Bericht nur auf Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung der Cluster B und C sowie mit einer nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsstörung übertragen.

Aus den Ergebnissen der Studie von Knekt 2004 ergaben sich keine Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Da es sich in der Studie von Knekt 2004 in der Vergleichsbedingung um psychodynamische Psychotherapie (KZT, LZT) handelt, ist bei den nicht signifikanten Unterschieden von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren auszugehen.

Allerdings ist hier darauf hinzuweisen, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen um *chronische, überdauernde Änderungen* in Persönlichkeit und Verhalten (vgl. z.B. ICD-10, Kapitel F60) handelt. Vor diesem Hintergrund ist das Ergebnis „Vollremission“ dieser Störung bei Behandlungsende in Frage zu stellen. Zudem handelt es sich um eine sehr kleine Fallzahl in den jeweiligen Studienarmen, so dass die Generalisierbarkeit dieses Ergebnisses eingeschränkt ist.

Da aufgrund der Berichtslage in der Studie nicht erkennbar ist, auf welche Persönlichkeitsstörungen sich diese Ergebnisse beziehen, wäre darüber hinaus auch keine Aussage bezogen auf spezifische Persönlichkeitsstörungen möglich.

Daher können diese Ergebnisse für eine Nutzenbewertung bei Persönlichkeitsstörungen nicht herangezogen werden.

Im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 14.12.2008 zur wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie wurde die Studie von Knekt 2004 nur bei depressiven Störungen ausgewertet, nicht bei Persönlichkeitsstörungen.

B-3.2.6.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung

Hier lagen lt. Abschlussbericht des IQWiG keine Studien mit verwertbaren Daten vor.

B-3.2.6.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung

Hier lagen lt. Abschlussbericht des IQWiG keine Studien mit verwertbaren Daten vor.

B-3.2.7 Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

Grundlagen sind lt. Abschlussbericht fünf Studien mit verwertbaren Daten.

Das Verzerrungspotential auf Studienebene wurde vom IQWiG bei vier der fünf Studien als „hoch“ bewertet, nicht nur wegen u.a. unklarer Verdeckung der Gruppenzuteilung, sondern auch, weil die Erzeugung der Randomisierungssequenz unklar blieb, was sich lt. Abschlussbericht auch auf das Verzerrungspotential auf Endpunktebene überträgt. Nur die Studie von Priebe 2015 wurde mit einem niedrigen Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene bewertet.

Für folgende Endpunkte lagen Daten vor:

- Morbidität (affektive psychotische Symptomatik/schizophrene Symptomatik)
- gesundheitsbezogene Lebensqualität und soziales Funktionsniveau.

Zu folgenden Endpunkten lagen keine Daten vor:

- Mortalität
- unerwünschte Ereignisse.

B-3.2.7.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Zu diesem Vergleich liegen keine Studien vor.

B-3.2.7.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei bipolarer Störung

Grundlage ist die Studie von Miller 2004: bipolare Störung nach DSM-III-R; n = 92; 3 Studienarme: systemische Familientherapie + Begleittherapie⁶⁴ vs. psychoedukative Multifamilientherapie + Begleittherapie vs. Begleittherapie allein.

In der nachfolgenden Tabelle 19 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Symptomverbesserung manische/ depressive Symptomatik	Zeit bis Symptomverbesserung manische/depressive Symptomatik
28 Monate	Kein stat. sign. Unterschied	Keine verwertbaren Daten

Tab. 19: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Abschlussberichts: Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei bipolarer Störung.

⁶⁴ stimmungsstabilisierende Medikation/Medikamentenmanagement

B-3.2.7.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei bipolarer Störung

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Die Ergebnisse der statistischen Analysen bei bipolarer Störung auf der Grundlage einer Studie bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunktkategorie Symptomverbesserung:** kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung

Auf dieser Basis kommt das IQWiG zum Gesamtfazit: „*kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung*“.

Für die weiteren Endpunkte wird lt. IQWiG-Bericht keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie getroffen, da hierzu keine Daten oder verwertbaren Ergebnisse vorliegen

Zusammenfassung der Bewertung durch den G-BA

Da keine signifikanten Unterschiede zwischen systemischer Therapie + Begleittherapie und psychoedukativer Multifamilientherapie + Begleittherapie bei dem untersuchten Endpunkt Symptomverbesserung manische/depressive Symptomatik gefunden wurden, liegt kein Nutznachweis der systemischen Therapie bei bipolarer Störung vor.

nicht angenommen

B-3.2.7.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Schizophrenie und bipolarer Störung

Bei allen Studien handelte es sich in der Kontrollbedingung um eine medikamentöse Behandlung. Somit ging es hier streng genommen nicht um den Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung, sondern um den Vergleich Systemische Therapie + Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie alleine.

Grundlage sind fünf Studien:

Cao 2007: n = 100; Schizophrenie-Diagnose nach der „Chinese classification of mental disorders“. Systemische Familientherapie + antipsychotische Medikation⁶⁵ vs. antipsychotische Medikation;

Miller 2004: n = 92; bipolare Störung nach DSM-III-R; 3 Studienarme: systemische Familientherapie + Begleittherapie⁶⁶ vs. psychoedukative Multifamilientherapie + Begleittherapie vs. Begleittherapie allein;

Priebe 2014: n = 100; Schizophrenie oder verwandte Störung (ICD-10: F 20 – 29); lösungsfokussierte Therapie vs. „control condition“ (Begleitmedikation, keine näheren Angaben); keine primären Zielkriterien; sekundär: Schizophreniesymptomatik, soziales Funktionsniveau

Zhang 2006: n = 150; Schizophrenie nach CCMD-3, PANSS ≥ 70 , Zusammenleben mit einer Pflegeperson; systemische Familientherapie + antipsychotische Medikation vs. antipsychotische Medikation allein; (keine primären Zielkriterien; sekundär: Schizophrenie Symptomatik, allgemeines Funktionsniveau)

Zhou 2003: n = 60; Schizophrenie nach CCMD-II-R, BPRS ≥ 30 (generelle psychiatrische Symptomatik); systemische Familientherapie + antipsychotische Medikation vs. antipsychotische Medikation allein;

In der nachfolgenden Tabelle 20 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

⁶⁵ Bei den Studien sei jeweils unklar geblieben, um welches Präparat es sich gehandelt hat.

⁶⁶ stimmungsstabilisierende Medikation/Medikamentenmanagement

Auswertungszeitpunkt	Symptomverbesserung manische/depressive Symptomatik (Miller 2004)	Schizophrenie-symptomatik, Positiv-Skala der PANSS ⁶⁷ (Priebe 2015)	Schizophrenie-symptomatik, Negativ-Skala der PANSS (Priebe 2015)	Schizophrenie-symptomatik, global, Gesamtwert PANSS-Skala, (Cao 2007, Zhang 2006)	Generelle Psychiatrische Symptomatik (Priebe 2015 – PANSS, allgem. Psychopath.; Zhou 2003, BPRS)	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Cao 2007, Priebe 2015)	Allgemeines und soziales Funktionsniveau WHODAS ⁶⁸ , Zhang 2006; SIX ⁶⁹ , Priebe 2015,
drei bzw. sechs Monate	--	--	Kein stat. sign. Unterschied	--	Stat. sign. aber nicht klinisch relevanter Unterschied (Metaanalyse)	Kein stat. sign. Unterschied	--
sechs Monate	--	Kein stat. sign. Unterschied	Kein stat. sign. Unterschied	--	--	Stat. sign., aber nicht klinisch relevanter Unterschied	Kein stat. sign. Unterschied (soziales Funktionsniveau)
ein Jahr	--	--	--	--	--	Stat. sign., aber nicht klinisch relevanter Unterschied	Stat. sign., aber nicht klinisch relevanter Unterschied (soz. Funktionsniveau)
zwei bzw. zweieinhalb Jahre	--	--	--	Stat. sign. und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST (Metaanalyse)	--	Stat. sign. aber nicht klinisch relevanter Unterschied	Stat. sign., und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST (allgemeines Funktionsniveau)
28 Monate	Kein stat. sign. Unterschied	--	--	--	--	--	--
Bis 28 Monate	Keine verwertbaren Daten	--	--	--	--	--	--

Tab. 20: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Abschlussberichts: Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Schizophrenie und bipolarer Störung.

⁶⁷ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) von Kay et al., 1989: Erfassung schizophrener Symptome über 30 Items, eingeteilt in drei Dimensionen: Positiv-Symptome, z.B. Wahn, Halluzinationen; Negativ-Symptome: z.B. flacher Affekt, emotionaler Rückzug; sowie allgemeine Psychopathologie – Skala: z.B. Angst, somatische Beschwerden, Desorientierung.

⁶⁸ = World Health Organisation Disability Assessment Schedule

⁶⁹ = Objective Social Outcomes Index

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik:**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunktkategorie Schizophreniesymptomatik:**
Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie, bezogen auf folgende Endpunkte:
 - **Endpunkt Schizophreniesymptomatik (PANSS: Positiv-Syndrom-Skala):**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - **Endpunkt Schizophreniesymptomatik (PANSS: Negativ-Syndrom-Skala):**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - **Endpunkt Schizophreniesymptomatik (PANSS-Gesamtwert):**
Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik (PANSS: allgemeine Psychopathologie-Skala):**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität:**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt allgemeines Funktionsniveau (WHODAS):**
Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt soziales Funktionsniveau (SIX):**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

B-3.2.7.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei bipolarer Störung/Schizophrenie

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt zusammenfassend zum Gesamtfazit „Hinweis für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung“ für den gesamten Störungsbereich „Schizophrenie und affektive psychotische Störungen“. Dieses Ergebnis beruht auf:

- einen Hinweis für einen Nutzen der systemischen Therapie bei der Endpunktkategorie Schizophreniesymptomatik, beruhend auf Ergebnissen zu folgenden Endpunkten:
 - einen Hinweis für einen Nutzen (PANSS-Skala, Gesamtwert)
 - zweimal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie (PANSS: Positiv-Syndrom-Skala, Negativ-Syndromskala)
- viermal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei folgenden Endpunkten: Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik,

generelle psychiatrische Symptomatik, gesundheitsbezogene Lebensqualität, soziales Funktionsniveau.

Weiter ist dem IQWiG-Bericht zu entnehmen, dass für die Endpunkte Mortalität und unerwünschte Ereignisse keine Daten vorlagen.

Im IQWiG-Bericht wird darauf hingewiesen, dass der Hinweis auf bzw. Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit keiner Zusatzbehandlung auf zwei Studien basiert, deren Patienten in allen Studienarmen eine medikamentöse antipsychotische Sockeltherapie erhielten. Die Studienergebnisse lassen sich daher nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung übertragen.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Für den Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung liegen insgesamt inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen Endpunkte vor.

Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass die im IQWiG Bericht gewählte Bezeichnung „keine Zusatzbehandlung“ insofern missverständlich ist, als dass es sich bei den vorliegenden Studien in der Vergleichsbedingung nicht um „keine Zusatzbehandlung“ handelte, sondern um eine Pharmakotherapie. Streng genommen ging es also demnach um den Vergleich Systemische Therapie + Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie allein.

In Bezug auf bipolare Störungen liegt das Ergebnis einer Studie vor (Miller 2004). Hier ergab sich beim Endpunkt Symptomverbesserung manische/depressive Symptomatik kein statistisch signifikanter Unterschied zum Auswertungszeitpunkt 28 Monate.

Somit liegt kein Nutznachweis der systemischen Therapie für bipolare Störungen im Vergleich zu medikamentöser Begleittherapie vor.

In Bezug auf Schizophrenie überwiegen bei den morbiditätsbezogenen Endpunkten

- drei nicht signifikante Unterschiede gegenüber
- einem signifikanten Unterschied zugunsten der systemischen Therapie.

Bei gesundheitsbezogener Lebensqualität und weiteren störungsunspezifischen Endpunkten überwiegen die nicht signifikanten bzw. nicht klinisch relevanten Unterschiede gegenüber einem signifikanten Unterschied:

- fünf signifikante, aber nicht klinisch relevante Unterschiede
- zwei nicht signifikante Unterschiede und
- ein signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie.

Auf der Basis einer Metaanalyse von Ergebnissen aus zwei Studien zu Schizophrenie ergibt sich demnach ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie bezogen auf den morbiditätsbezogenen Endpunkt (Gesamtwert PANSS-Skala). Diese beiden Studien (Cao 2007, Zhang 2006) weisen aber ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene auf. Darüber hinaus zeigt sich bei der einzigen Studie mit niedrigem Verzerrungspotential kein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie bzgl. des morbiditätsbezogenen Endpunktes (Positiv-Skala/Negativskala der PANSS-Skala; Priebe 2015).

Zusammen mit den Ergebnissen zu störungsunspezifischen Endpunkten liegen somit inkonsistente Ergebnisse vor, so dass hieraus für Schizophrenie keine eindeutige Aussage zum Nutzen der systemischen Therapie plus Pharmakotherapie im Vergleich zu Pharmakotherapie alleine abgeleitet werden kann.

B-3.2.8 Substanzkonsumstörungen

Grundlage sind laut Abschlussbericht sechs Studien mit verwertbaren Daten.

Das Verzerrungspotential auf Studienebene wurde bei allen sechs Studien als „hoch“ bewertet, nicht nur wegen unklarer Verdeckung der Gruppenzuteilung, sondern auch deshalb, weil die Erzeugung der Randomisierungssequenz unklar blieb (bei fünf Studien).

Für folgende Endpunkte lagen Daten vor:

- Mortalität und
- Morbidität (Symptomatik Substanzkonsum).

Zu folgenden Endpunkten lagen keine Daten vor:

- gesundheitsbezogene Lebensqualität soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- unerwünschte Ereignisse.

B-3.2.8.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei einer Störung durch Alkoholkonsum

Grundlage ist die Studie von Bennun 1988: systemische Familientherapie vs. „problem solving therapy“, n = 12; lt. IQWiG-Bericht: „Alkoholkonsumstörung“. In dieser Studie ist nach Prüfung durch den G-BA keine ICD-10-Diagnose angegeben. Es ist von „alcoholic member“ und Alkoholmissbrauch die Rede. Die Studie begann auf einer psychiatrischen Station, und lief dann weiter in einem „community psychiatric service“. In der Studie ist angegeben, dass die Zuteilung zu den Gruppen konsekutiv erfolgte⁷⁰. Die Randomisierung ist demnach nicht unklar, wie im IQWiG-Bericht angegeben, sondern nicht erfolgt. Eine konsekutive Zuordnung stellt keine Randomisierung dar.

In der nachfolgenden Tabelle 16 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad), SADQ-Gesamtscore ⁷¹
6 Monate	Kein statistisch signifikanter Unterschied
1 Jahr	Kein statistisch signifikanter Unterschied

Tabelle 16: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Vergleich systemische Familientherapie vs. „problem solving therapy“ bei Alkoholkonsum.

⁷⁰ S. 167/168 der Publikation: „... No attempt was made to match the families so they were consecutively allocated to treatment groups. ...“

⁷¹ = „Severity of Alcohol Dependence Questionnaire“, Selbstbeurteilungsverfahren

B-3.2.8.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei einer Störung durch Alkoholkonsum

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt auf der Basis der o.g. statistischen Analysen zum Gesamtfazit „kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinienpsychotherapie“. Dieses Fazit beruht auf:

- kein Anhaltspunkt für einen Nutzen bezogen auf die Endpunktkategorie Symptomatik Alkoholkonsum

Für die weiteren Endpunkte wird lt. IQWiG-Bericht keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie getroffen, da hierzu keine Daten oder verwertbaren Ergebnisse vorliegen.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Zu den beiden Auswertungszeitpunkten sechs Monate und ein Jahr liegen bezogen auf den Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad, Selbstbeurteilung) keine signifikanten Unterschiede zwischen systemischer Therapie und „problem solving therapy“ vor. Diese Vergleichsbedingung „Problem-solving-therapy“ beruht lt. Angaben in der Publikation von Bennun auf dem Ansatz von D’Zurilla und Goldfried, 1971, und ist demnach der Verhaltenstherapie zuzuordnen. Daher ist von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einer Richtlinientherapie auszugehen.

Allerdings weist diese nicht-randomisierte Studie von Bennun 1988 neben dem hohem Verzerrungspotential auf Studien- und auf Endpunktebene eine sehr kleine Fallzahl auf (n = 12). In jedem Studienarm befanden sich also nur sechs Probanden. Somit sind Aussagekraft und Generalisierbarkeit dieses Ergebnisses erheblich begrenzt, abgesehen von den Limitationen für statistische Berechnungen aufgrund der kleinen Fallzahl. Darüber hinaus ist in der Studie auch keine eindeutige Diagnosebezeichnung angegeben. Art und Ausmaß der „Alkoholkonsumstörung“ sind daher nicht bekannt.

Aus diesem Ergebnis kann daher kein Nutznachweis für die Wirksamkeit der systemischen Therapie bei einer psychischen Störung durch Alkohol abgeleitet werden.

B-3.2.8.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei verschiedenen Substanzkonsumstörungen und Opioidabhängigkeit

Grundlage sind zwei Studien:

Slesnick 2016: ökologische Familientherapie vs. Gesundheitstraining (für Frauen); n = 183; lt. IQWiG – Bericht: Alkoholkonsumstörung/Substanzkonsumstörung; diagnostische Kriterien nach DSM-IV für Alkohol oder andere Substanzkonsumstörungen sollten lt. Studie erfüllt sein, es ist aber nicht angegeben, bei wie vielen Studienteilnehmenden die Kriterien erfüllt waren. Untersucht wurde der Konsum von Alkohol, Opioiden, Cannabis und Kokain.

Yandoli 2002: systemische Familientherapie vs. „standard Clinic treatment“ vs. „low contact treatment“; n = 119; lt. IQWiG Bericht Opioidkonsumstörung; es sind keine ICD-10 oder DSM-Diagnosen angegeben. In der Studie von Yandoli ist angegeben, dass sich die Teilnehmer in Substitutionsbehandlung befanden, so dass diagnostisch von einer Opioidabhängigkeit ausgegangen werden kann.

In der nachfolgenden Tabelle 17 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Gesamtmortalität (Anzahl gestorbener Patienten) Yandoli 2002	Teilremission Opioidkonsumstörung: Anzahl Heroin-abstinenter Patienten, Yandoli 2002	Symptomatik Substanzkonsum (Abstinenz) Substanzkonsum in letzten 90 Tagen, Slesnick 2016	Symptomatik Substanzkonsum (Schweregrad) Slesnick 2016
6 Monate	--	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	--	Keine Daten (Alkoholkonsum)
1 Jahr	Kein stat. sign. Unterschied	Kein stat. sign. Unterschied	--	--
18 Monate	--	--	viermal kein stat. sign. Unterschied für Konsum von Kokain, Opioiden, Marihuana, Alkohol	dreimal stat. sign. Unterschied bei Kokain/Marihuana/Alkohol, aber hinsichtlich der klinischen Relevanz nicht beurteilbar; Bei Opioidkonsum kein stat. sign. Unterschied
5 Jahre	Kein stat. sign. Unterschied	--	--	--

Tab. 17: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei verschiedenen Störungen durch Substanzkonsum

B-3.2.8.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei verschiedenen Substanzkonsumstörungen und Opioidabhängigkeit

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- Endpunkt **Gesamtmortalität:**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie zu den Auswertungszeitpunkten ein und fünf Jahren

- Endpunkt **Teilremission Opioidkonsumstörung:**
Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

- Endpunktkategorie **Symptomatik Substanzkonsum:**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie. Dieses Fazit beruht auf
 - Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum, Abstinenz:
viermal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen bei Kokain-, Opioid-, Alkohol- und Marihuanakonsum
 - Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum, Schweregrad: viermal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen jeweils bei Kokain-, Opioid-, Alkohol- und Marihuanakonsum

Das IQWiG kommt somit auf der Basis von einem Anhaltspunkt und zweimal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen zum Gesamtfazit „*Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zur Beratung und Informationsvermittlung*“ bei Substanzkonsumstörungen.

Für die weiteren Endpunkte wird lt. IQWiG-Bericht keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie getroffen, da hierzu keine Daten oder verwertbaren Ergebnisse vorliegen.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Für diesen Vergleich liegen inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen Endpunkte und Auswertungszeitpunkte sowie bzgl. der verschiedenen Substanzkonsumstörungen vor.

Die Studie von Yandoli 2002 untersuchte ausschließlich Opioidabhängige, die sich in Substitutionsbehandlung befanden. Beim Endpunkt „*Gesamtmortalität*“ ergab sich zu den Auswertungszeitpunkten 1 Jahr und 5 Jahre jeweils kein statistisch signifikanter Unterschied. Bei dem Endpunkt „*Teilremission Opioidkonsumstörung*“ liegt zum Auswertungszeitpunkt sechs Monate ein signifikanter Interventionseffekt vor, zum Auswertungszeitpunkt 1 Jahr ergibt sich kein signifikanter Unterschied mehr.

Die Aussagekraft dieser Studie, aus welcher der einzige statistisch signifikante und klinisch relevante Effekt zugunsten der systemischen Therapie stammt, ist zudem aufgrund des vom IQWiG festgestellten hohen Verzerrungspotentials sowohl auf Studien- als auch auf Endpunktebene, eingeschränkt. Daher kann in Bezug auf Opioidabhängigkeit in Substitutionsbehandlung keine eindeutige Aussage zum Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu „standard clinic treatment“/ „low contact group“ getroffen werden.

Aus der Studie von Slesnick 2016 ergaben sich bezogen auf Opioidkonsum und andere Substanzkonsumstörungen durch Alkohol, Cannabinoide und Kokain fünfmal keine signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung. Zusätzlich ergaben sich drei statistisch signifikante Unterschiede, die aber hinsichtlich klinischer Relevanz nicht beurteilbar sind.

Hieraus lässt sich kein Nutznachweis für die Systemische Therapie bei verschiedenen Substanzkonsumstörungen ableiten.

nicht angenommen

B-3.2.8.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Substanzkonsumstörungen durch Kokain und Opioide

Grundlage hier sind drei Studien:

Feaster 2010: ökostrukturelle Familientherapie vs. „health group“, n = 126; lt. IQWiG Bericht Kokainkonsumstörung. Studienteilnehmende waren HIV-Positiv-Patienten („any AIDS – defining disease“), zusätzliche Einschlusskriterien waren: DSM-IV-Kriterien für eine Substanzkonsumstörung erfüllt, vor allem Kokain- und Alkoholabhängigkeit. Das vorrangige Behandlungsziel war lt. Angaben in der Publikation ein verbesserter Umgang mit der HIV-Erkrankung.

Stanton 1982: systemische Familientherapie mit Bezahlung vs. systemische Familientherapie ohne Bezahlung vs. Filmvorführung mit Bezahlung; n = 65, Opioidkonsumstörung; keine Diagnose angegeben, Teilnehmer befanden sich in Substitutionsbehandlung, daher ist von einer Opioidabhängigkeit auszugehen.

Ziegler-Driscoll 1977: systemische Familientherapie vs. systemische Familientherapie ohne Indexpatient vs. Kontrollgruppe; n = 49; hierbei handelt es sich um eine Projektstudie, die in einer Drogenrehabilitation durchgeführt wurde. ICD-10 oder DSM-Diagnosen waren in der Studie nicht angegeben.

In der nachfolgenden Tabelle 18 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst:

Auswertungszeitpunkt	Gesamtmortalität (Anzahl während der Studienphase verstorbener Patienten) Stanton 1982	Teilremission Substanz-/Opioidkonsumstörung (Anzahl abstinenter Patienten) Ziegler-Driscoll	Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch) Anzahl Tage, an denen in den letzten 30 Tagen konsumiert wurde) Feaster 2010
4-6 Monate	--	Kein stat. sign. Unterschied	Kein stat. sign. Unterschied
8 Monate			Kein stat. sign. Unterschied
1 Jahr	--	--	Kein stat. sign. Unterschied
3 Jahre	Kein stat. sign. Unterschied	--	--

Tab. 18: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei verschiedenen Störungen durch Substanzkonsum.

B-3.2.8.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Substanzkonsumstörung durch Kokain, Alkohol und Opiode

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Gesamtmortalität:**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt Morbidität** (Teilremission Substanzkonsumstörung):
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum** (unspezifisch):
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie.

Auf der Basis dreimal kein Anhaltspunkt kommt das IQWiG zum Gesamtfazit: „*kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung*“.

Für die weiteren Endpunkte wird lt. IQWiG-Bericht keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung getroffen, da hierzu keine Daten oder verwertbaren Ergebnisse vorliegen.

Zusammenfassende Bewertung Bewertung durch den G-BA

Zu den untersuchten Endpunkten und Auswertungszeitpunkten ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Hieraus lässt sich somit kein Nutznachweis der systemischen Therapie im Vergleich zu „health group“, „Filmvorführung mit Bezahlung“ und „Kontrollgruppe (keine weiteren Angaben)“ ableiten.

Zusammenfassend ist darauf hinzuweisen, dass es bei der Studie von Feaster 2010 um die Behandlung von Patienten und Patientinnen mit HIV-Erkrankung ging und das vorrangige Behandlungsziel lt. Angaben in der Publikation ein verbesserter Umgang mit der HIV-Erkrankung gewesen war. Bei den Studien von Stanton 1982 und Ziegler-Driscoll 1977 waren jeweils keine ICD-10 oder DSM-Diagnosen angegeben.

B-3.3 Methodische Anmerkungen zur Nutzenbewertung

B-3.3.1 Allgemeine methodische Anmerkungen zur Studienlage

Zusammenfassend werden an dieser Stelle wesentliche Punkte zur methodischen Qualität der in die Nutzenbewertung einbezogenen Studien dargestellt.

- Von den 42 einbezogenen RCTs lieferten lt. IQWiG-Abschlussbericht 36 Studien verwertbare Daten. Unter Berücksichtigung, dass die Daten aus der Studie von Knekt 2004 in drei Störungsbereichen ausgewertet wurden (depressive Störung, Angststörung, Persönlichkeitsstörung), lieferten somit 34 Studien verwertbare Daten für die Nutzenbewertung der systemischen Therapie.
- In neun der o.g. 34 Studien mit verwertbaren Daten wurden somatische Erkrankungen untersucht. Nach aktueller Prüfung durch den G-BA lag in keiner der neun Studien eine krankheitswertige psychische Störung vor. Somit wurden 25 Studien mit verwertbaren Daten für die Nutzenbewertung durch den G-BA herangezogen.
- Insgesamt liegt bei den Studien laut IQWiG - Bericht ein hohes Verzerrungspotential vor. Das Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene wurde bei 22 Studien vom IQWiG als hoch bewertet. Bei drei Studien⁷² war das Verzerrungspotential auf Studienebene als niedrig bewertet, das Verzerrungspotential auf Endpunktebene jedoch auch als hoch bewertet worden, weil - wie auch bei allen übrigen Studien - keine Verblindung bei der Endpunkterhebung erfolgt war. Eine Verblindung auf Endpunktebene ist auch bei Psychotherapiestudien realisierbar und erforderlich, um eine Beurteilungsverzerrung auszuschließen.
- Insgesamt überwogen die nicht signifikanten Unterschiede gegenüber den signifikanten Effekten zugunsten der systemischen Therapie. Zum Teil basierten die signifikanten Ergebnisse aus Studien mit nur sehr kleinen Stichproben. Abgesehen von den Limitationen für statistische Berechnungen aufgrund kleiner Fallzahlen in den Studienarmen sind daher Aussagekraft und Generalisierbarkeit von signifikanten Ergebnissen aus diesen Studien erheblich eingeschränkt.
- Bei vielen Vergleichen waren inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen Endpunkte und Auswertungszeitpunkte zu verzeichnen. Dies bezog sich insbesondere auch auf morbiditätsbezogene Endpunkte.
- Aufgrund der methodischen Limitationen der einbezogenen 25 RCTs und der z.T. eingeschränkten externen Validität der Ergebnisse sind nur sehr begrenzte Aussagen zum Nutzen der systemischen Therapie möglich.
- Keine der Studien hat unerwünschte Ereignisse/Schäden untersucht, so dass zu keiner psychischen Störung diesbezüglich eine Aussage getroffen werden kann. In keinem Fall ergaben sich aus den Studienergebnissen lt. IQWiG-Bericht Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.
- Einige Studien sind im stationären Setting durchgeführt bzw. begonnen und dann ambulant weitergeführt worden. Im IQWiG-Bericht wurden aber die unterschiedlichen Settings nicht näher betrachtet.

⁷² Knekt 2004, Priebe 2015, Rodriguez Vega 2011

B-3.3.2 Methodische Anmerkungen zur Studie von Knekt 2004

Da auf der Grundlage des IQWiG-Berichts z.T. inkonsistente Ergebnisse zur Wirksamkeit der systemischen Therapie je nach Vergleich mit psychodynamischer Kurzzeit- oder Langzeittherapie vorliegen, werden Besonderheiten der Studie von Knekt 2004 hinsichtlich Zielsetzung der Studie und der untersuchten Population detaillierter dargestellt.

- Zielsetzung der Studie von Knekt 2004: bei dieser Studie handelt es sich u.a. um eine vergleichende Untersuchung der Wirksamkeit von Kurzzeit- und Langzeitpsychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen⁷³.

Dementsprechend wurden Kurz- und Langzeitinterventionen miteinander verglichen, und die Studienautoren fanden, dass die Kurzzeittherapien - also psychodynamische KZT und lösungsorientierte Therapie - in den ersten beiden Jahren nach Behandlungsende in verschiedenen Endpunkten signifikant effektiver als die psychodynamische Langzeittherapie abschnitten. Ab dem Zeitpunkt drei Jahre nach Behandlungsende ergaben sich für die psychodynamische LZT im Vergleich zu den beiden Kurzzeittherapien signifikant höhere Effekte.

Je nach Vergleich mit psychodynamischer KZT oder psychodynamischer LZT sind u.a. auch aus diesem Grund die im IQWiG-Bericht ermittelten Ergebnisse bezogen auf unterschiedlichen Auswertungszeitpunkte inkonsistent, denn im IQWiG-Abschlussbericht wurden die Daten der beiden psychodynamischen Therapieformen (Kurzzeit- und Langzeittherapie) als inhaltlich gleichwertig aufgefasst und - wenn möglich - die Ergebnisse metaanalytisch zusammengefasst. Die in den Publikationen von Knekt 2004 herausgestellten Unterschiede zwischen KZT und LZT heben sich somit teilweise auf, wenn die Effekte metaanalytisch zusammengefasst werden. So ergeben sich z.T. nicht signifikante Unterschiede im Vergleich zur systemischen Therapie, aber auch inkonsistente Ergebnisse, je nachdem, ob die psychodynamischen Vergleichsbedingungen metaanalytisch zusammengefasst wurden oder nicht.

- Informationen zur in der Studie von Knekt 2004 untersuchten Population: Knekt et al. untersuchten in ihrer Studie Betroffene mit „mood disorder“ und „anxiety disorder“. In der Publikation ist angegeben, dass bei 86 % der Teilnehmer eine „mood disorder“ vorgelegen hatte. Bei 43 % habe eine Angststörung und bei 18 % eine Persönlichkeitsstörung vorgelegen (Tabelle 2, S. 32, Knekt 2004). Bei 28,6 % der Studienteilnehmer lag eine komorbide Störung, Depression und Angst gemischt, vor. Somit handelte es sich bei der Studienpopulation um eine gemischte Population, bei der überwiegend eine depressive Störung bestanden hatte (Hauptdiagnose). Anhand der Berichtslage in der Studie von Knekt 2004 war es nicht möglich, die Subgruppe der von Angststörungen betroffenen Studienteilnehmer von der Klientel mit depressiven und Angstsymptomen abzugrenzen, so dass diese Studie in diesem Nutzenbericht nicht für eine Nutzensaussage bei Angststörungen verwendet werden kann (vgl. B-3.2.2.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Richtlinienherapie bei Angststörungen).

Aus den vorgenannten Gründen war die Studie von Knekt 2004 vom Wissenschaftlichen

⁷³ Vgl. hierzu auch Knekt 2008: „*The present trial compared the effectiveness of two short-term therapies and long-term psychodynamic psychotherapy among patients with depressive and anxiety disorders. During the first year of follow-up, patients treated with short-term psychodynamic psychotherapy recovered faster from both depressive and anxiety symptoms, and patients treated with solution-focused therapy recovered faster from depressive symptoms than patients receiving long-term psychodynamic psychotherapy. After 3 years of follow-up, however, the situation was reversed with a stronger treatment effect in the long-term psychodynamic treatment group both for patients with depressive and anxiety symptoms. Thus in the long run, long-term psychodynamic psychotherapy was more effective than the brief therapies. The differences in effects observed were moderate but they were consistent over all five outcome measures considered.*“

Beirat Psychotherapie im Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie vom 14.12.2008 nur bei depressiven Störungen nicht bei Angststörungen berücksichtigt worden.

- Multiples Testen bei der Studie von Knekt 2004: in den über die verschiedenen Publikationen von 2004 bis 2016 sind in etwa 50 störungsspezifische und störungsunspezifische Endpunkte betrachtet worden. Bei diesem „multiplen“ Testen können folgende Effekte auftreten: je mehr Hypothesen an derselben Stichprobe getestet werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein möglicher, aber nicht vorhandener Unterschied „aufgedeckt“ wird (Fehler 1. Art). Statistische Korrekturen für dieses Problem sind aber nach derzeitiger Kenntnislage in den Publikationen von Knekt et al. nicht vorgenommen worden.

B-3.3.3 Anmerkungen zu den Nutzaussagen aus dem IQWiG-Bericht zu Störungsbereichen

Im IQWiG-Abschlussbericht wurde eine Aggregation der Ergebnisse aus den einbezogenen Studien zu einzelnen „Störungsbereichen“ in Analogie der Anwendungsbereiche der PT-RL vorgenommen. Zu diesen Störungsbereichen wurden dann im IQWiG-Bericht Aussagen zum Nutzen der systemischen Therapie getroffen. In keinem der im IQWiG-Bericht dargestellten Störungsbereiche hat das IQWiG mit seiner gewählten Methodik einen eindeutigen Nutzenbeleg für die Systemische Therapie festgestellt, sondern in definierten Störungsbereichen Anhaltspunkte für einen Nutzen der systemischen Therapie gefunden.

Die vom IQWiG verwendeten Kategorien „Beleg“, „Hinweis“ und „Anhaltspunkt“ sind ein Maß für die absteigende qualitative Aussagesicherheit der gefundenen Evidenz. Somit ergeben sich bei den durch das IQWiG getroffenen Nutzaussagen für Störungsbereiche in der Gesamtschau überwiegend Aussagen mit der schwächsten Aussagesicherheit. Ein aussagesicherer Nutzenbeleg für die Systemische Therapie liegt damit nicht vor.

Im Zusammenhang mit dem zuvor Gesagten wird im IQWiG-Bericht hinsichtlich der methodischen Qualität und der Berichterstattung der dem Bericht zugrundeliegenden Studien⁷⁴ darauf hingewiesen, dass den Nutzaussagen die Absicherung beispielsweise „*durch eine hochwertige, prospektiv registrierte Studie*“ fehle und es somit nicht unwahrscheinlich sei, dass eine „*hochwertig konzipierte Wiederholung den dort ermittelten Anhaltspunkt*“ nicht bestätigen würde (vgl. S. 87 des IQWiG-Berichtes).

⁷⁴ S. 87 des IQWiG-Abschlussberichtes: „*Insgesamt nur 4 der in den Bericht eingeschlossenen 42 Studien waren derart hochwertig konzipiert und umfassend berichtet, dass deren Verzerrungspotenzial auf Studienebene als gering bewertet wurde.*“

B-3.4 Zusammengefasste indikationsbezogene Nutzenbewertung

Zunächst ist zu erwähnen, dass sich aus den Ergebnissen der im IQWiG-Abschlussbericht einbezogenen Studien keine Hinweise auf einen möglichen Schaden der systemischen Therapie ergeben, wobei festzuhalten ist, dass mögliche Schadensendpunkte/unerwünschte Ereignisse in den meisten der einbezogenen Studien nicht untersucht worden waren.

Aus den vorliegenden 25 Studien lagen Ergebnisse zur Wirksamkeit der systemischen Therapie für folgende psychische Störungen vor⁷⁵: depressive Störung, soziale Phobie, Zwangsstörung, Anorexia nervosa, „Binge eating disorder“, verschiedene Substanzkonsumstörungen, bipolare Störung, Schizophrenie und Demenz. Aus der Studie von Knekt 2004 gehen auch Ergebnisse zu Angststörungen (allgemein) und Persönlichkeitsstörungen (allgemein) hervor, die aber aufgrund der mangelnden Berichtslage in der Studie nicht näher spezifiziert werden können.

Für die übrigen psychischen Störungen lagen keine Studien vor.

Bei der nachfolgenden Nutzenbewertung folgt jeweils separat für jede psychische Störung eine Nutzensaussage zur systemischen Therapie im Vergleich zu den jeweiligen Kontrollbedingungen: andere Psychotherapie, Psychotherapie-Richtlinien-Verfahren⁷⁶, Beratung und Informationsvermittlung und keine Zusatzbehandlung.

Hierbei ist zu beachten, dass es sich bei der im IQWiG-Bericht verwendeten Bezeichnung „keine Zusatzbehandlung“ bei den meisten Studien in der Vergleichsbedingung nicht um „keine Zusatzbehandlung“, sondern um medikamentöse Behandlung handelte – so bei Depression, Zwangsstörung und Schizophrenie. Somit ging es hier streng genommen nicht um den Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung, sondern um den Vergleich Systemische Therapie + Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie alleine.

Unter der Voraussetzung, dass sich aus den Studienergebnissen keine Hinweise auf einen Schaden ergeben, gilt der Nutzen des hier untersuchten Verfahrens als dann nachgewiesen, wenn für die jeweilige Indikation ausschließlich statistisch signifikante Effekte mit ausreichender externer Validität bei den relevanten Endpunkten Mortalität, Morbidität und Lebensqualität auf Basis von qualitativ hochwertigen Unterlagen mit Evidenzlevel 1b zugunsten der untersuchten Methode vorliegen.

Wenn keine signifikanten Effekte zugunsten des untersuchten Verfahrens vorliegen, kann hieraus kein Nutznachweis für das hier untersuchte Verfahren abgeleitet werden.

Wenn sowohl nicht signifikante Unterschiede als auch signifikante Effekte zugunsten des untersuchten Verfahrens vorliegen, sollten die statistisch signifikanten Effekte aus den Studien mit Evidenzlevel 1b überwiegen, um von einem Nutznachweis ausgehen zu können. Auch hier sollten die Ergebnisse generalisierbar (ausreichende externe Validität) und eine adäquate methodische Studienqualität vorhanden sein. Wenn die Generalisierbarkeit der Ergebnisse

⁷⁵ Diagnosestellung in den Studien nach ICD-10, DSM-III III-R,IV,IV-TR, „Chinese Classification of Mental Disorders“, bei 3 Studien keine Angaben zum Klassifikationssystem.

⁷⁶ vgl. hierzu BSG B 6 KA 22/09 R: Das Bundessozialgericht (BSG) hat in seinem Urteil vom 23.06.2010 die Rechtsauffassung vertreten, dass die PT-RL-Verfahren in Bezug auf „ihre Qualität und Wirksamkeit nicht (erneut) rechtfertigungsbedürftig“ seien.

B 6 KA 22/09 R (Sonderbedarfszulassung für analytische Psychotherapie), Ziffer 31: „Der Gesetzgeber hat zugrunde gelegt, dass sie theoretisch fundiert und in der Praxis hinreichend bewährt sind; sie sind kraft Gesetzes seit 1999 als Gegenstand der psychotherapeutischen Versorgung anerkannt. Ihre Qualität und Wirksamkeit ist nicht (erneut) rechtfertigungsbedürftig, bei ihnen ist auch kein Raum für eine Überprüfung anhand der Anforderungen der §§ 8 ff der Verfahrensordnung des G-BA (vgl. zu alledem Urteile vom 28.10.2009, BSG SozR 4-2500 § 92 Nr. 8, RdNr. 25 f, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen, und BSG SozR 4-2500 § 95c Nr 3 RdNr. 33 f; - vgl. § 17 PsychThRL zur Bewertung neuer Psychotherapieverfahren und -methoden)“

und/oder die Studienqualität eingeschränkt sind, wird abgewogen, ob diese Ergebnisse einem Nutznachweis gleichkommen oder nur auf einen Nutzen hinweisen.

Wenn die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen, kann hieraus kein Nutznachweis abgeleitet werden.

Wenn die Anzahl der nicht signifikanten Unterschiede und der statistisch signifikanten Effekte gleich groß, ist keine eindeutige Aussage zum Nutzen des untersuchten Verfahrens möglich.

Wenn beim Vergleich mit einem PT-RL-Verfahren keine signifikanten Unterschiede vorliegen, ist von einer Gleichwertigkeit der beiden Verfahren und somit von einem Nutzen des untersuchten Verfahrens auszugehen. Wenn die Generalisierbarkeit der Ergebnisse und/oder die Studienqualität eingeschränkt sind, wird abgewogen, ob diese Ergebnisse einem Nutznachweis gleichkommen oder auf einen Nutzen hinweisen.

nicht angenommen

B-3.4.1 Nutzenbewertung Angststörungen

- **Vergleich Systemische Therapie vs. psychodynamische Psychotherapie bei Angststörungen:**

Es liegen inkonsistente Ergebnisse über verschiedene Auswertungszeitpunkte bei dem einem untersuchten Endpunkt Vollremission vor; je nachdem, ob Systemische Therapie mit psychodynamischer Kurzzeit- oder Langzeittherapie verglichen wird. Die Ergebnisse sprechen insgesamt für eine Gleichwertigkeit mit einem PT-RL-Verfahren, da die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen.

Da es jedoch nicht möglich war, aus den Angaben in der Studie von Knekt 2004 die Subgruppe der von Angststörungen betroffenen Studienteilnehmer von der Klientel mit depressiven und Angstsymptomen abzugrenzen, können diese Ergebnisse für eine Nutzenbewertung bei Angststörungen nicht herangezogen werden.

B-3.4.2 Nutzenbewertung soziale Phobie

- **Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie:**

Es liegen inkonsistente Ergebnisse vor, wobei insgesamt fünf nicht signifikante Unterschiede gegenüber einem signifikanten Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie überwiegen. Insbesondere liegen bei den morbiditätsbezogenen, störungsspezifischen Endpunkten der sozialen Phobie keine statistisch signifikanten Unterschiede vor.

Daher liegt kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie vor.

B-3.4.3 Nutzenbewertung Zwangsstörung

- **Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Zwangsstörungen:**

Basierend auf einer Meta-Analyse von zwei Studien liegt bei dem morbiditätsbezogenen Endpunkt Symptomverbesserung Zwang ein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung vor.

In Bezug auf dieses Ergebnis zur störungsspezifischen Symptomatik einer Zwangsstörung ist von einem Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung bei Zwangsstörungen auszugehen. Dieser Nutznachweis ist aber eingeschränkt auf Patienten/Patientinnen mit medikamentöser Begleitbehandlung mit Paroxetin.

B-3.4.4 Nutzenbewertung Demenz

- **Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Demenz**

Da sich kein statistisch signifikanter Effekt bei den untersuchten Endpunkten ergab, ist der Nutzen für die Systemische Therapie bei Demenz nicht nachgewiesen. Es ist darauf hinzuweisen, dass Demenz keine Indikation für eine Psychotherapie i. S. der PT-Richtlinie darstellt

B-3.4.5 Nutzenbewertung depressive Störung

- **Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie:**
Zu diesem Vergleich liegen inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen End- und Auswertungszeitpunkte vor, wobei die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen.

Zusammenfassendes Ergebnis über sämtliche Endpunkte und Auswertungszeitpunkte hinweg:

- 38 nicht signifikante Unterschiede
- fünf signifikante Effekte zugunsten der systemischen Therapie und
- vier signifikante Effekte zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie.

Die nicht signifikanten Unterschiede zwischen systemischer Therapie und Vergleichsbedingung überwiegen insbesondere auch über die verschiedenen morbiditätsbezogenen Endpunkte im Vergleich zu signifikanten Effekten zugunsten der systemischen Therapie.

Auf Basis dieser überwiegend nicht signifikanten Unterschiede und der z.T. widersprüchlichen Ergebnisse zwischen systemischer Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie kann daher kein Nutznachweis der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie für depressive Störungen abgeleitet werden.

- **Vergleich Systemische Therapie vs. psychodynamische Psychotherapie:**
Bezogen auf den alleinigen Vergleich zur psychodynamischen Psychotherapie (Kurzzeit- und Langzeittherapie) liegen überwiegen keine statistisch signifikanten Unterschiede vor (elfmal kein statistisch signifikanter Unterschied, zweimal statistisch signifikante Unterschiede zuungunsten der systemischen Therapie). Somit ist überwiegend von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit psychodynamischer Psychotherapie bei den morbiditätsbezogenen Endpunkten und gesundheitsbezogener Lebensqualität auszugehen

Zu berücksichtigen ist, dass teilweise inkonsistente Ergebnisse in den Vergleichen zu Kurz- und Langzeittherapie vorliegen, die dann in der Metaanalyse „kein Unterschied“ ergeben. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass sich in zwei Fällen ein Effekt zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie ergab.

Unter Berücksichtigung aller Aspekte ergibt sich ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu psychodynamischer Psychotherapie.

- **Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung:**
Zu diesem Vergleich liegen inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen End- und Auswertungszeitpunkte, wobei die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen.

Zusammenfassendes Ergebnis über sämtliche Endpunkte und Auswertungszeitpunkte hinweg:

- zwölf nicht signifikante Unterschiede (bzw. der signifikante Unterschied war klinisch nicht relevant)
- neun signifikante Unterschiede zugunsten der systemischen Therapie vor.

Die Generalisierbarkeit des beim morbiditätsrelevanten Endpunkt Rückfall gefundenen signifikanten Interventionseffektes ist aufgrund der sehr kleinen Fallzahl (jeweils 10 pro Studienarm) in einer Studie eingeschränkt und die Patientinnen /Patienten erhielten in

den beiden zugrundeliegenden Studien eine medikamentöse Begleitbehandlung, weswegen sich die Studienergebnisse daher lt. IQWiG-Bericht nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung übertragen lassen.

Insgesamt kann daher aus diesen Ergebnissen kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung bei depressiven Störungen abgeleitet werden.

- **Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung:**

Bei diesem Vergleich sind über die verschiedenen störungsspezifischen und störungsunspezifischen Endpunkte und Auswertungszeitpunkte hinweg inkonsistente Ergebnisse festzustellen. Insbesondere liegen bei der morbiditätsbezogenen Endpunktkategorie Depressivität widersprüchliche Ergebnisse über die drei betrachteten Endpunkte und die verschiedenen Auswertungszeitpunkte vor.

Zusammenfassend ergeben sich über alle Endpunkte hinweg

- neun nicht signifikante Unterschiede und
- drei signifikante Effekte zugunsten der systemischen Therapie.

Insbesondere überwiegen bei den für die Nutzenbewertung relevanten Endpunkten Mortalität und Morbidität sechs nicht signifikante Unterschiede gegenüber einem signifikanten Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie.

Darüber hinaus basieren die Ergebnisse zu diesem Vergleich auf zwei Studien, in denen die Patienten entweder eine medikamentöse (Wang 2011) oder eine umfassende psycho- und pharmakotherapeutische Begleitbehandlung (Lemmens 2009) erhielten, weshalb sich daher die Studienergebnisse lt. IQWiG-Bericht nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung übertragen lassen.

Da bei diesem Vergleich die Ergebnisse teilweise inkonsistent sind, die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen und die Ergebnisse nur eingeschränkt generalisierbar sind, kann hieraus kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung bei depressiver Störung abgeleitet werden.

B-3.4.6 Nutzenbewertung Anorexia nervosa

- **Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie:**

Zu diesem Vergleich liegen drei nicht signifikante Unterschiede vor (bzw. ein statistisch signifikanter, aber klinisch nicht relevanter Unterschied und zwei statistisch nicht signifikante Unterschiede), so dass der Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie bei Anorexia nervosa nicht nachgewiesen ist (Russel 1987, Dare 1987).

- **Vergleich Systemische Therapie vs. PT-RL-Verfahren:**

Im Vergleich zu einer „*focal psychodynamic psychotherapy*“ ergab sich beim Endpunkt Teilremission Essstörung kein signifikanter Unterschied auf der Grundlage einer Studie zu Anorexia nervosa (Dare 2001), so dass bei diesem Ergebnis eine Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einer Richtlinien-therapie gegeben ist.

Das Ergebnis beruht auf einer Studie mit hohem Verzerrungspotential (Dare 2001). Aufgrund der kleinen Fallzahl in der Studie ist zusätzlich die Generalisierbarkeit des Ergebnisses in den Vergleichsbedingungen (22 vs. 21) eingeschränkt. Insgesamt

ergibt sich daraus ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren.

- **Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung:**

Beim störungsspezifischen Endpunkt Teilremission Essstörung liegt ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich „routine treatment“ bei Patientinnen mit Anorexia nervosa auf der Basis einer Studie mit niedriger Fallzahl in den Studienarmen (Dare 2001) vor.

Aufgrund der kleinen Fallzahl in der Studie ist aber die Generalisierbarkeit des Ergebnisses in den Vergleichsbedingungen (22 vs. 19) eingeschränkt. Insgesamt weist dieses Ergebnis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu „routine treatment“ bei Anorexia nervosa hin.

B-3.4.7 Nutzenbewertung „Binge eating disorder“

- **Vergleich Systemische Therapie vs. PT-RL-Verfahren:**

In Bezug auf den Endpunkt Symptomverbesserung Essanfälle bei „Binge eating disorder“ liegt ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der Systemischen Therapie im Vergleich zu kognitiver Verhaltenstherapie (Castelnuovo 2011) vor. Allerdings weist diese Studie auch ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene auf.

Somit weist dieses Ergebnis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einem PT-Richtlinienverfahren bei „Binge eating disorder“ hin.

B-3.4.8 Nutzenbewertung gemischte Störungen

- **Vergleich Systemische Therapie vs. RL-Therapie (psychoanalytische Gruppentherapie):**

Hier liegt eine Studie vor (Lau 2007), die im IQWiG Bericht dem Störungsbereich gemischte Störungen zugeordnet wurde.

Es handelt sich um eine Untersuchung an Frauen, die an den Langzeitfolgen eines intrafamiliären Missbrauchs litten und bei denen verschiedene psychische Störungen vorgelegen hatten (Population mit gemischten Diagnosen). Eine Zuordnung zu einer spezifischen Indikation ist daher nicht möglich.

Nach den vorliegenden Ergebnissen aus dieser Studie ist von einer Gleichwertigkeit (3 nicht signifikante Unterschiede, 1 signifikanter Unterschied) der systemischen Gruppentherapie mit einem PT-RL-Verfahren auszugehen.

Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass in der vorliegenden Studie störungsunspezifische Skalen, die allgemeine Belastung bzw. Beeinträchtigung durch psychische Symptome erfassen, verwendet wurden, so dass die Aussagekraft dieser Ergebnisse zur Frage des Nutzens der systemischen Therapie bei psychischen Störungen eingeschränkt ist.

Aus diesen Ergebnissen ist ein Nutznachweis der systemischen Therapie bezogen auf unspezifische psychische Symptome ableitbar. Eine indikationsspezifische Aussage zum Nutzen der systemischen Therapie ist aufgrund der vorliegenden gemischten Diagnosen nicht möglich.

Ob die Studie von Lau et al. den gemischten Störungen gem. § 19 Absatz 1 Nummer 2 PT-RL zugeordnet werden kann bleibt unklar.

B-3.4.9 Nutzenbewertung Persönlichkeitsstörungen

- **Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie:**

Auf der Basis der Ergebnisse der Studie von Knekt 2004 ergibt sich zu dem Endpunkt Vollremission eine Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit psychodynamischer Psychotherapie. In der Vergleichsbedingung PDPT befanden sich jedoch tendenziell mehr Patienten ohne Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (zwölf) als in der Gruppe, die mit lösungsfokussierter Therapie behandelt wurde (vier).

Zudem handelt es sich um eine sehr kleine Fallzahl in den jeweiligen Studienarmen (18 vs. 25), so dass die Generalisierbarkeit dieses Ergebnisses eingeschränkt ist. Ferner ist dieser Endpunkt „Vollremission“ in Frage zu stellen, da es sich bei Persönlichkeitsstörungen um *chronische, überdauernde Änderungen* in Persönlichkeit und Verhalten handelt (vgl. z.B. ICD-10, Kapitel F60).

Darüber hinaus ist aufgrund der Berichtslage in der Studie nicht erkennbar, auf welche Persönlichkeitsstörungen sich diese Ergebnisse beziehen, somit ist keine Aussage bezogen auf spezifische Persönlichkeitsstörungen möglich.

Da dieses Ergebnis mit sehr großer Unsicherheit behaftet ist (kleine Fallzahl, Ungeeignetheit des Endpunktes, keine eindeutige Aussage zu spezifischen Persönlichkeitsstörungen möglich) kann das Ergebnis nicht für eine Nutzenbewertung bei Persönlichkeitsstörungen herangezogen werden⁷⁷.

B-3.4.10 Nutzenbewertung bipolare Störung

- **Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei bipolarer Störung:**

Da keine signifikanten Unterschiede bei dem untersuchten Endpunkt Symptomverbesserung manische/depressive Symptomatik gefunden wurden, liegt kein Nutznachweis für die Wirksamkeit der systemischen Therapie im Vergleich zu psychoedukativer Multifamilientherapie bei bipolarer Störung vor.

- **Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei bipolarer Störung:**

Bei bipolaren Störungen ergab sich beim Endpunkt Symptomverbesserung manische/depressive Symptomatik kein statistisch signifikanter Unterschied zum Auswertungszeitpunkt 28 Monate (Miller 2004). Somit liegt kein Nutznachweis der systemischen Therapie für bipolare Störungen im Vergleich zu medikamentöser Begleittherapie vor.

⁷⁷ Im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 14.12.2008 zur wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie wurde die Studie von Knekt 2004 nur bei depressiven Störungen ausgewertet, nicht bei Persönlichkeitsstörungen.

B-3.4.11 Nutzenbewertung Schizophrenie

- **Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung:**

Es ist hier darauf hinzuweisen, dass die im IQWiG Bericht gewählte Bezeichnung „keine Zusatzbehandlung“ insofern missverständlich ist, als dass es sich in der Vergleichsbedingung nicht um „keine Zusatzbehandlung“ handelte, sondern um eine Pharmakotherapie. Im Grunde genommen ging es in den Studien um die Frage, ob der systemischen Therapie ein Zusatznutzen zusätzlich zur Pharmakotherapie zugeschrieben werden kann.

Zusammenfassend liegen inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen Endpunkte vor, wobei insgesamt die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen.

Zwar ergibt sich auf der Basis einer Metaanalyse von Ergebnissen aus zwei Studien ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie bezogen auf den morbiditätsbezogenen Endpunkt (Gesamtwert PANSS-Skala). Diese beiden Studien (Cao 2007, Zhang 2006) weisen aber ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene auf. Die Generalisierbarkeit dieser signifikanten Ergebnisse ist eingeschränkt, da sie sich lt. IQWiG-Bericht nur auf Patienten und Patientinnen mit einer entsprechenden medikamentösen Begleitbehandlung übertragen lassen.

Darüber hinaus zeigt sich bei der einzigen Studie mit niedrigem Verzerrungspotential kein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie bzgl. des morbiditätsbezogenen Endpunktes (Positiv-Skala/Negativskala der PANSS-Skala; Priebe 2015).

Zusammenfassend liegen somit inkonsistente Ergebnisse vor, so dass hieraus für Schizophrenie keine eindeutige Aussage bezüglich des Nutzens der systemischen Therapie plus Pharmakotherapie im Vergleich zu Pharmakotherapie alleine abgeleitet werden kann.

B-3.4.12 Nutzenbewertung psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

- **Vergleich Systemische Therapie vs. kognitive Verhaltenstherapie („problem solving therapy“)** bei Störung durch Alkoholkonsum:

Aus dem Ergebnis einer Studie ergibt sich eine Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit kognitiver Verhaltenstherapie.

Die Aussagekraft und Generalisierbarkeit des Ergebnisses der vorliegenden nicht-randomisierten Studie ist aber aufgrund sehr kleiner Fallzahl in den Studienarmen (n = sechs) erheblich begrenzt. Darüber hinaus ist in der Studie keine eindeutige Diagnosebezeichnung angegeben. Daher ist für diesen Vergleich der Nutzen der systemischen Therapie bei Störung durch Alkoholkonsum nicht nachgewiesen.

- **Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung („routine treatment, „Standard care treatment“, „low contact treatment“)** bei verschiedenen Substanzkonsumstörungen und bei Opioidabhängigkeit:

Für diesen Vergleich liegen inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen Endpunkte und Auswertungszeitpunkte sowie bzgl. der verschiedenen Substanzkonsumstörungen vor.

Bei Opioidabhängigkeit in Substitutionsbehandlung liegen zwei sich widersprechende Ergebnisse zu zwei Auswertungszeitpunkten (statistisch signifikanter Unterschied bei

sechs Monaten, kein stat. signifikanten Unterschied nach einem Jahr) bei einem Endpunkt vor (Yandoli 2002, Studie mit hohem Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene).

Daraus ist keine eindeutige Aussage zum Nutzen der systemischen Therapie bei Opioidabhängigkeit in Substitutionsbehandlung im Vergleich zu „standard clinic treatment“/ „low contact group“ ableitbar.

Die Daten aus der Studie zu Substanzkonsumstörungen durch Opioide, Alkohol, Cannabinoide und Kokain ergaben überwiegend keine signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie (Slesnick 2016).

Daraus lässt sich kein Nutznachweis für verschiedene Substanzkonsumstörungen ableiten.

- **Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Substanzkonsumstörung durch Kokain, Alkohol und Opioide:** Zu den untersuchten Endpunkten und Auswertungszeitpunkten liegen keine signifikanten Unterschiede vor, so dass der Nutzen für die Systemische Therapie bei Störungen durch Kokain, Alkohol und Opioide nicht nachgewiesen ist.

Zusammenfassend ist darauf hinzuweisen, dass es bei der Studie von Feaster 2010 im Vergleich zu „health group“, „Filmvorführung mit Bezahlung“ und „Kontrollgruppe (keine weiteren Angaben)“ vorrangig um einen besseren Umgang mit HIV-Erkrankung ging - die Behandlung der Substanzkonsumstörung stand nicht im Vordergrund. Bei den anderen beiden Studien waren jeweils keine ICD-10 oder DSM-Diagnosen angegeben.

Nachfolgend sind noch einmal als Überblick die Ergebnisse der Nutzenbewertung in tabellarischer Form für jede psychische Störung, für die Daten vorlagen, dargestellt, vgl. Tabelle 22. Die Ergebnisse aus der Studie von Knekt 2004 bezogen auf Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen waren für die Nutzenbewertung nicht verwertbar. Aus der einen Studie zu gemischten psychischen Störungen konnten keine indikationsspezifischen Aussagen abgeleitet werden.

Es wurden die jeweils in den Studien angegebenen Diagnosen bzw. Bezeichnungen verwendet⁷⁸.

⁷⁸ Diagnosestellung in den Studien nach ICD-10, DSM-III III-R, IV, IV-TR, „Chinese Classification of Mental Disorders“, bei 3 Studien keine Angaben zum Klassifikationssystem.

Tabelle 22: Ergebnisse der indikationsspezifischen Nutzenbewertung

Psychische Störung	Vergleich zu anderer PT	Vergleich zu PT-RL-Verfahren	Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung	Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung
Soziale Phobie	--	--	Kein Nutzensnachweis	--
Zwangsstörung	--	--	--	Nutzensnachweis, eingeschränkt auf Patientinnen mit Paroxetin
Demenz	--	--	--	Kein Nutzensnachweis
Depressive Störung	Kein Nutzensnachweis	Hinweis auf einen Nutzen (Gleichwertigkeit mit PDPT)	Kein Nutzensnachweis	Kein Nutzensnachweis
Anorexia nervosa	Kein Nutzensnachweis	Hinweis auf Nutzen (Gleichwertigkeit mit PDKZT)	Hinweis auf Nutzen	--
„Binge eating disorder“	--	Hinweis auf Nutzen (Gleichwertigkeit mit KVT)	--	--
Opioidabhängigkeit (Substitutionsbehandl.)	--	--	Keine eindeutige Aussage zum Nutzen möglich	--
Verschiedene Substanzkonsumstörungen	--	Kein Nutzensnachweis (Vergleich mit KVT, Störung durch Alkoholkonsum)	Kein Nutzensnachweis (Alkohol, Cannabis, Kokain, Opioide)	Kein Nutzensnachweis (Kokain, Alkohol, Opioide)
Bipolare Störung	--	--	Kein Nachweis des Nutzens	Kein Nutzensnachweis
Schizophrenie	--	--	--	Keine eindeutige Aussage zum Nutzen möglich

B-4 Zusammenfassung der sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit

Grundlage für die Bewertung des Nutzens der systemischen Therapie sind 25 Studien. Bei 22 Studien liegt ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene vor. Bei drei Studien ist von einem niedrigen Verzerrungspotential auf Studienebene auszugehen, auf Endpunktebene liegt jedoch auch bei diesen drei Studien ein hohes Verzerrungspotential vor.

Aus keiner der vorliegenden Studien ergeben sich Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Für folgende psychische Störungen lagen Ergebnisse zur Wirksamkeit der systemischen Therapie vor: depressive Störung, soziale Phobie, Zwangsstörung, Anorexia nervosa, „Binge eating disorder“, verschiedene Substanzkonsumstörungen, bipolare Störung, Schizophrenie und Demenz.

Die Ergebnisse aus der Studie von Knekt zu Angststörungen (allgemein) und Persönlichkeitsstörungen (allgemein) waren für die Nutzenbewertung nicht verwertbar.

Für die übrigen psychischen Störungen lagen keine Studien vor.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass auf der Basis der Auswertungen im IQWiG-Bericht insgesamt die nicht signifikanten Unterschiede im Vergleich zu den signifikanten Effekten zugunsten der systemischen Therapie über sämtliche 25 Studien hinweg überwiegen.

So ist für depressive Störungen der Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie nicht nachgewiesen (Knekt 2004, Seikkula 2013). Im Vergleich der systemischen Therapie mit psychodynamischer Psychotherapie mit einem PT-RL-Verfahren ist von einem Hinweis auf einen Nutzen auszugehen (Knekt 2004).

Im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung ist der Nutzen der systemischen Therapie nicht nachgewiesen (Fabbri 2007, Rodriguez-Vega 2011). Im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung liegt ebenfalls kein Nutznachweis für die Systemische Therapie vor (Lemmens 2009, Wang 2011).

Bei sozialer Phobie ist aufgrund der inkonsistenten Ergebnisse aus der vorliegenden Studie der Nutzen der systemischen Therapie nicht nachgewiesen (Rakowska 2011).

Bei Zwangsstörungen liegt ein Nutznachweis der systemischen Therapie vor, jedoch besteht hier die Einschränkung, dass sich dies nur auf eine spezifische Population bezieht, welche gleichzeitig Paroxetin erhalten hatte (Li 2010, Yang 2005).

Bei Anorexia nervosa liegt ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu psychodynamischer Kurzzeittherapie und im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung vor (Dare 2001). Im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie liegt kein Nutznachweis der systemischen Therapie vor (Dare 2001).

Bei „Binge eating disorder“ liegt ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren (kognitive Verhaltenstherapie) vor (Castelnuovo 2011).

Für eine Störung durch Alkoholkonsum ist der Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie nicht nachgewiesen (Bennun 1988).

Für Opioidabhängigkeit bei gleichzeitiger Substitutionsbehandlung ist keine eindeutige Aussage zum Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung möglich (Yandoli 2002).

Für Störungen durch Konsum anderer psychotroper Substanzen ist der Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung (Slesnick 2016) sowie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung nicht nachgewiesen (Feaster 2010, Stanton 1982, Ziegler-Driscoll 1977).

Für bipolare Störungen liegt kein Nutznachweis der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung (Miller 2004) sowie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung vor (Miller 2004).

Für Schizophrenie ist keine eindeutige Aussage zum Nutzen der systemischen Therapie + Pharmakotherapie im Vergleich zu Pharmakotherapie möglich (Cao 2007, Priebe 2014, Zhang 2006, Zhou 2003).

Für Demenz ist der Nutzen der systemischen Therapie nicht nachgewiesen (Ingersoll-Dayton 1999).

Aus der Studie von Lau 2007 (verschiedenen psychische Störungen) ergibt sich ein Nutznachweis der systemischen Therapie im Vergleich zu psychoanalytischer Gruppentherapie, allerdings nur für unspezifische psychische Symptome. Eine indikationsspezifische Aussage zum Nutzen ist aufgrund der vorliegenden gemischten Diagnosen nicht möglich. Ob diese Studie den gemischten Störungen gem. § 19 Absatz 1 Nummer 2 PT-RL zugeordnet bleibt unklar.

Fazit:

Maßgeblich für die Nutzenbewertung ist die differenzierte Betrachtung der einzelnen Indikationen, wie sie hier vorgenommen wurde, denn der Indikationsbezug ist der gemäß § 135 Abs. 1 SGB V vorzunehmenden Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entsprechend den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin immanent. Antragsgegenstand ist die Anerkennung der Systemischen Therapie als Psychotherapie-Verfahren entsprechend den Anforderungen der PT-RL, was zusätzlich insbesondere die Erfüllung des Schwellenkriteriums voraussetzt. Sowohl bei Betrachtung auf der aggregierten Ebene der Störungsbereiche als auch bei Betrachtung der spezifischen Indikationen liegt kein hinreichender Nutzenbeleg für die Systemische Therapie als Verfahren gemäß PT-RL vor, da derzeit in den geprüften Indikationen nur für die Indikation „Zwangsstörung, eingeschränkt auf Patienten/Patientinnen mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung“, eine Empfehlung zum medizinischen Nutzen ausgesprochen werden kann. Insbesondere können für depressive Störungen und Angststörungen, welche zu den am häufigsten auftretenden psychischen Störungen zählen, mit den derzeitigen Studienergebnissen keine Aussagen zum Nutzen getroffen werden.

Fragebogen zum Thema: Systemische Therapie als Psychotherapie-Verfahren bei Erwachsenen

Erläuterungen zur Beantwortung des beiliegenden Fragebogens zur Bewertung der Systemischen Therapie als Psychotherapie-Verfahren bei Erwachsenen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Abs. 1 SGB V für die vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue psychotherapeutische Behandlungsverfahren daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob ein neues Psychotherapie-Verfahren ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht bzw. verordnet werden darf.

Das Bewertungsverfahren bezieht sich auf die Systemische Therapie als Psychotherapie-Verfahren bei Erwachsenen.

Gemäß 2. Kapitel § 6 der Verfahrensordnung des G-BA wird Ihnen Gelegenheit geboten, eine erste Einschätzung zum angekündigten Beratungsgegenstand abzugeben. Bitte legen Sie Ihrer Einschätzung den nachfolgenden Fragebogen zu Grunde. Sollten Ihrer Meinung nach wichtige Aspekte in der Beurteilung des Verfahrens in diesen Fragen nicht berücksichtigt sein, bitten wir darum, diese Aspekte zusätzlich zu erläutern.

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

Wir bitten Sie, uns Ihre Unterlagen nach Möglichkeit in elektronischer Form (z. B. Word- oder PDF-Dokumente) per E-Mail an **SystemischeTherapie@g-ba.de** zu übersenden.

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

Funktion des Stellungnehmers

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

--

Fragebogen zur Systemischen Therapie als Psychotherapie-Verfahren bei Erwachsenen

A. Fragen zu dem Verfahren

1. Welche Techniken und Methoden sehen Sie als Bestandteil der Systemischen Therapie?

B. Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen in Bezug auf die Anwendungsbereiche gemäß § 22 Psychotherapie-Richtlinie

2. Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis der Systemischen Therapie.
3. Gibt es Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen bei Anwendung der Systemischen Therapie?
4. Ist eine spezifische Überlegenheit der Systemischen Therapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder im Vergleich zu anderen Alternativen, insbesondere im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren, nachweisbar?
5. Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?

C. Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

6. Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie im Versorgungskontext? Bitte machen Sie insbesondere Angaben
 - a) zur Relevanz der medizinischen Problematik,
 - b) zum Spontanverlauf der Erkrankungen und
 - c) zu diagnostischen und therapeutischen Alternativen, insbesondere im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren(vgl. VerfO des G-BA 2. Kapitel, §10 Abs. 2, Nr. 2, a) bis c
<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/42/>)

D. Fragen zur Wirtschaftlichkeit

7. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren? Bitte machen Sie insbesondere Angaben zur
 - a) Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten,
 - b) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten,
 - c) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekostenabschätzung, und
 - d) Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden.(VerfO des G-BA 2. Kapitel, § 10 Abs. 2 Nr. 3 a) bis d))

E. Ergänzung

8. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Übersicht eingegangener erster Einschätzungen zur Bewertung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren

Inhalt

I	Eingegangene Einschätzungen.....	2
II	Antworten zum Fragebogen	8
A	<i>Fragen zu dem Verfahren</i>	8
1.	Welche Techniken und Methoden sehen Sie als Bestandteil der Systemischen Therapie?	8
B	<i>Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen in Bezug auf die Anwendungsbereiche gemäß § 22 Psychotherapie-Richtlinie.....</i>	26
2.	Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis der Systemischen Therapie.....	26
3.	Gibt es Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen bei Anwendung der Systemischen Therapie?.....	36
4.	Ist eine spezifische Überlegenheit der Systemischen Therapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder im Vergleich zu anderen Alternativen, insbesondere im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren, nachweisbar?	40
5.	Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?.....	46
C	<i>Fragen zur medizinischen Notwendigkeit</i>	49
6.	Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie im Versorgungskontext? Bitte machen Sie insbesondere Angaben.....	49
D	<i>Fragen zur Wirtschaftlichkeit</i>	60
7.	Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren? Bitte machen Sie insbesondere Angaben zur	60
E	<i>Ergänzung.....</i>	72
8.	Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?.....	72

I Eingegangene Einschätzungen

Stellungnehmer	Funktion des Stellungnehmers	Eingang am
Dr. Hans-Christoph Schimansky	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	13.01.2014 (Hinweis: nicht in Kapitel 6.1.4 eingefügt)
Susanne Singer	Leistungserbringer	21.01.2014
Dr. Leo Gürtler/ Dr. Gerhard Scholz	Systemischer Familientherapeut (SG), u.a. Suchtforscher, leog@anicca-vijja.de Gründer und CEO der suchttherapeutischen Einrichtung „start again“ (Zürich/ CH) www.startagain.ch sowie Systemischer Familientherapeut (Meilen)	24.01.2014
Wolfgang Loth	Psychologischer Psychotherapeut Leiter einer Familienberatungsstelle, Systemischer Therapeut, Mitglied der Systemischen Gesellschaft	25.01.2014
PD Dr.med. Winfried Häuser	Privatperson/Institution: Leitender Arzt des Schwerpunktes Psychosomatik der Inneren Medizin 1, Klinikum Saarbrücken, 66119 Saarbrücken; www.klinikum-saarbruecken.de/de/fach-abteilungen/innere1/Psychosomatik/Seiten/Psychosomatik.aspx Privatperson/Institution: Medizinisches Versorgungszentrum Schmerztherapie, Palliativmedizin, Psychiatrie, Psychotherapie Saarbrücken St. Johann, 66111 Saarbrücken; http://www.mvz-sb.com/	28.01.2014
Dr. med. Susanne Altmeyer	Ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Ärztin für Neurologie Ärztliche Leiterin der Ambulanz der Röher Parkklinik für Psychotherapeutische Medizin, Eschweiler, Rheinland	29.01.2014
Prof. Dr. Friedebert Kröger	Privatperson; bis 11.2013 Chefarzt der Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Schwäbisch Hall und Weinsberg	30.01.2014
Gudrun Bassarak	Leistungserbringerin (Systemische Therapeutin (SG)); Systemische Kinder- und Jugendlichentherapeutin (DGSF) im Anstellungsverhältnis in Kombination mit Musiktherapie DMtG und Guided Imagery and Musik (GIM)	04.02.2014
Prof. Dr. Jochen Schweitzer-Rothers	Privatperson, Kommissarischer Direktor Institut für Medizinische Psychologie im Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg	04.02.2014
Filip Caby	Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Ärztlicher Direktor des Marienkrankenhauses Papenburg-Aschendorf	05.02.2014
Udo Pfennig	Leitender Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Märkische Kliniken in Lüdenscheid	06.02.2014
Ralf Schobert	Privatperson, Dipl. Psychologe, seit 1991 in eigener Praxis in Düsseldorf als psychologischer Psychotherapeut	07.02.2014
Hans Lieb	Kassenärztlich zugelassener Verhaltenstherapeut und Systemischer Therapeut, Supervisor und in beiden Verfahren Lehrtherapeut.	07.02.2014
Reinert Hanswille	Institutsleiter des ifs, (Institut für systemische Familientherapie und Supervision) staatlich anerkannte Ausbildungsstätte	09.02.2014
V. Hähnlein/ Dr. J. Rimpel	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, niedergelassen als ärztliche Psychotherapeutin Systemische Supervisorin (SG/IGST) Lehrtherapeutin/ Supervisorin für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (IFP-Potsdam/DFT) Lehrende für Systemische Therapie und Beratung (DGSF) Lehrbeauftragte der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde niedergelassen als ärztlicher Psychotherapeut ehemaliger Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Landeslinik Lübben	09.02.2014
Anne M. Lang	k. A.	10.02.2014

Stellungnehmer	Funktion des Stellungnehmers	Eingang am
Bundesdirektorenkonferenz (BDK)	Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V. Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer, Vorsitzender	10.02.2014
Psychotherapeutenkammer Niedersachsen	Präsidentin, Gertrud Corman-Bergau	11.02.2014
Dr. sc. Sybille Sailer	Psychotherapeutin (HPG), private Praxis mit staatlicher Erlaubnis, Nichtvertragsbehandlerin einiger Krankenkassen, Systemische Supervisorin und Coachin	12.02.2014
Prof. Dr. H. Gündel	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	13.02.2014
Dr. med. Wolfheinrich Maurer	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Praxis mit Sozialpsychiatrievereinbarung, Lindenallee 11, 41751 Viersen	13.02.2014
Hans Schindler	Psychologischer Psychotherapeut; Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Bremen	14.02.2014
Dr. med. Ingo Runte	FA für Neurologie, FA für Psychiatrie u. Psychotherapie, Ltd. Oberarzt	14.02.2014
Martin Bökmann	FA für Innere Medizin, FA für Psychotherapeutische Medizin, Natruheilverfahren, Psychikalische Therapie; Hausärztlicher Internist; Lehrpraxis des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf Mitglied des Lehrkörpers der Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld, Medizinsoziologie Dozent an der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg Ausbildung zum systemischen und Familientherapeuten am ISS in Hamburg 1986 / 87, Weiterbildung bei Helm Stierlin, Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, Lynn Hofman, McDaniel, Gunther Schmidt, Paul Wazlawick, Selvini Palazzoni, Salvador Minuchin, systemische Theorie bei Niklas Luhmann, Heinz von Förster, Maturana und Varela	16.2.2014
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)	Sprecherin des Fachausschusses Psychotherapie Dr. Ute Merkel	17.02.2014
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeutinnen und -therapeuten e. V. (BKJ)	Da Systemische Therapie sich wie weiter unten ausgeführt immer auf das gesamte System auswirkt, nehmen auch wir als bkj Stellung. Oft sind mehrere Familienmitglieder psychisch erkrankt, häufig befinden sie sich parallel in Einzeltherapie. Wenn Eltern systemisch behandelt werden, profitieren auch die Kinder und umgekehrt (s.u., S.5)	17.02.2014
Fritz Pampus	Ich bin approbierter Psychologischer Psychotherapeut und arbeite in einer Psychiatrischen Klinik. Ich bin seit 1982 in der Psychiatrie tätig, bin Supervisor und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie sowie systemischer Therapeut und Supervisor. Ich habe im Lauf der Zeit zunehmend Elemente der systemischen Therapie in meiner Arbeit verwendet.	17.02.2014
Prof. Dr. Bernd Löwe	Dipl. Psychologe, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Schön Klinik Hamburg-Eilbek	17.02.2014
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT)	Waltraut Deubert, Geschäftsführerin	17.02.2014
Klinikum Oberberg Klinik für Psychiatrie II	Beate Baumgarte	17.02.2014
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (dggpp)		17.02.2014
Dr. Bettina Wilms	Chefärztin, Klinikum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Südharz Klinikum	17.02.2014
Prof. Dr. Ute Ziegenhain	Leiterin der Sektion Pädagogik, Jugendhilfe, Bindungs- und Entwicklungspsychopathologie	18.02.2014

Stellungnehmer	Funktion des Stellungnehmers	Eingang am
	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikums Ulm	
Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie GmbH (APP)	Die APP Köln ist eine staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den psychotherapeutischen Vertiefungsverfahren Systemische Therapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Ulrich Meier Institutsleiter der APP Köln.	18.02.2014
Dr. med. M. Herberhold	Funktion: Privatperson/Chefarzt Als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und als Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie leite ich seit 10 Jahren eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit 73 Behandlungsplätzen und zwei Ambulanzen.	18.02.2014
Prof. Dr. Ulrike Willutzki	Klinische Psychologie und Psychotherapie Department für Psychologie Universität Witten/Herdecke	18.02.2014
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGST) und Systemische Gesellschaft e. V.	Bernhard Schorn, Geschäftsführer	18.02.2014 (Hinweis: nicht in Kapitel 6.1.4 eingefügt)
Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf	Die Unterzeichnenden sind ChefärztInnen, Leitender Arzt und OberärztInnen der Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf. Dabei handelt es sich um ein psychiatrisches Fachkrankenhaus mit Versorgungsverpflichtung. Die Systemische Therapie wird in der Klinik vielfältig sowohl ambulant wie stationär angewendet, sowohl in der Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie, wie auch in der Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie und auch in der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Dr. med. Cornelia Oestereich, Chefärztin der Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie der KRH Psychiatrie Wunstorf; Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie und Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin; Systemische Lehrtherapeutin (SG) und Lehrsupervisorin (SG); Systemische Therapie, Familien- und Paartherapie; systemische Traumatherapie und interkulturelle systemische Therapie. Systemische Psychosentherapie. 2005 bis 2013 Vorsitzende der Systemischen Gesellschaft (SG) Sabine Kirschnick-Tänzer, Oberärztin der o.g. Klinik; Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie; Systemische Therapeutin; Systemische Therapie, Familien- und Paartherapie, Systemische Traumatherapie und Systemische interkulturelle Therapie. Systemische Psychosentherapie Antke Tammen, Oberärztin der o.g. Klinik; Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie; Systemische Therapeutin; Systemische Therapie, Systemische Traumatherapie und Systemische interkulturelle Therapie, Systemische Psychosentherapie Dr. med. Carsten Dette; Oberarzt der o.g. Klinik; Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Systemischer Therapeut; Systemische Traumatherapie und interkulturelle Therapie; Systemische Psychosentherapie Andreas Tänzer, Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie.; Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Schwerpunkt Forensische Psychiatrie; Systemischer Therapeut; Systemische Therapie, Familien- und Paartherapie, Systemische Traumatherapie und Systemische interkulturelle Therapie. Systemische Psychosentherapie Reinhold Maibaum, Oberarzt der forensischen Psychiatrie; Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Schwerpunkt Forensische Psychiatrie; Systemischer Therapeut; Systemische Traumatherapie und interkulturelle Therapie. Systemische Psychosentherapie Dr. med. Wilhelm Unkel; Leitender Arzt der Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie; Facharzt für Psychiatrie und Psy-	18.02.2014

Stellungnehmer	Funktion des Stellungnehmers	Eingang am
	chotherapie; Schwerpunkt Suchtmedizinische Grundversorgung; Systemischer Therapeut. Systemische Therapie von Suchtkranken und Patienten mit Doppeldiagnosen	
Prof. Dr. Jürgen Kriz	Emeritierter Universitätsprofessor für Psychotherapie und Klinische Psychologie an der Universität Osnabrück, sowie Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, WBP, (2004-8) zur Zeit der Prüfung der sog. „wissenschaftlichen Anerkennung“ des Verfahrens Systemische Therapie	19.02.2014
Josef Heck	Psychotherapeut in eigener Praxis (VT) Langjährig tätig als Psychologe und Psychotherapeut in stationären und ambulanten psychiatrischen Kontexten. Lehrtherapeut und Lehrender Supervisor in einem Institut für Systemische Therapie und Beratung.	19.02.2014
Dr. med. Michael Kroll	Fach- und Oberarzt Universität Leipzig Kinder- u. Jugendpsychiatrie, (auch Eltern als Patienten da zusätzlich Facharzt Psychiatrie/ Psychotherapie), Systemischer Coach (SG)	19.02.2014
Dr. med. Stefan Battel	Kinder- und Jugendpsychiater/Psychotherapeut in eigener Praxis in Köln	19.02.2014
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PTK Bayern)	Präsident, Dr. Nikolaus Melcop	19.02.2014
Dr. B. Vieten	Ärztlicher Direktor eines Fachkrankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, ambulante sowie stationäre Einzel-, Paar- und Familientherapie.	19.02.2014
Prof. Dr. Klaus A. Schneewind	Privatperson	19.02.2014
Dr. Beate Ditzen	Psychologisches Institut der Universität Zuerich, Klinische Psychologie und Psychotherapie	19.02.2014
Lothar Eder	Psychologischer Psychotherapeut (alle Kassen), Supervisor (BDP, SG), Lehrtherapeut (SG)	19.02.2014
Michaela Schuhmacher	Leistungserbringer: Psychologische Praxis, Dipl.-Psychologin, Bücher Str. 63, 41844 Wegberg. Seit 2001 in eigener Praxis tätig. Seit 2007 Systemische Therapeutin.	19.02.2014
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung	Barbara Lubisch, DPTV-Bundesvorsitzende	19.02.2014
Dr. med. Thomas Schillen	Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Hanau Erste Modellklinik nach § 64b SGB V: Hanauer Modell Schillen T, Thiex-Kreye M (2012) Ambulante Behandlung durch die psychiatrische Klinik. G+S 4: 53 – 59 Schillen T, Thiex-Kreye M (2014) Das Hanauer Modell – Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. Kerbe 2: 11 – 15	19.02.2014
Gerd F. Müller	Psychotherapeut in eigener Praxis, Langjährig (ca. 40 Jahre) als Dipl.-Psych. und (Psycho-)Therapeut Lehrtherapeut und Supervisor in einem Institut für Systemische Therapie, Beratung und Supervision	19.02.2014
Ruppiner Kliniken	Klinik für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie Dr. R. Weber-Steinbach, Chefarzt Christoph Klein, Kinder- und Jugendpsychotherapeut	19.02.2014
Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG)	Birgit Wiesemüller, 1. Vorsitzende	20.02.2014

Stellungnehmer	Funktion des Stellungnehmers	Eingang am
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)	Dipl. - Psych. Susanne Walz-Pawlita, Vorsitzende	20.02.2014 (Hinweis: nicht in Kapitel 6.1.4 eingefügt)
Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen (LPPKJP Hessen)	Alfred Krieger, Präsident	20.02.2014
Prof. Dr.med. Michael Scholz	Ehemaliger Direktor der Klinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden	20.02.2014
Dr. Michael Welschehold	Oberarzt Ambulanz, Atriumhaus, Psychiatrisches Krisen- und Behandlungszentrum, Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München-Ost	20.02.2014
Bundespsychotherapeutenkammer		20.02.2014 (Hinweis: nicht in Kapitel 6.1.4 eingefügt)
Dr. med Wolfgang Dillo	Oberarzt an der Medizinischen Hochschule Hannover, Zentrum für Seelische Gesundheit, Oberarzt einer akutpsychiatrischen Station, Leiter der Familienambulanz, Leiter der ADHS und Aspergerambulanz in der Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover, Gutachtenbeauftragter Systemischer Therapeut	20.02.2014
Dr. Franziska Gaese	Oberärztin, kbo-Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH, Psychiatrische Therapie für Menschen mit Geistiger Behinderung	20.02.2014
Dachverband deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DDPP)	Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler, Vorstandsvorsitzende des DDPP e.V., Oberärztin der Klinik für Psychiatrie und PT der Charité Universitätsmedizin Berlin und Studiengangsleiterin an der IPU Berlin (MA Integrierte Versorgung psychotisch erkrankter Menschen) Prof. Dr. phil. Klingberg, Vorstandsmitglied DDPP e.v., Leitender Psychologe der Klinik für Psychiatrie und PT der Universität Tübingen, Sprecher des Forschungsverbundes: „Psychotherapie bei Psychosen“ im Rahmen der Psychotherapie-Forschungsförderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (www.psychose-psychotherapieforschung.de) Dr. Nils Greve, Beiratsmitglied DDPP e.V., Diplom-Psychologe, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Vorsitzender und Leitender Arzt, Psychosozialer Trägerverein Solingen; Geschäftsführer, GpG NRW – Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen; Systemischer Therapeut und Berater (SG).	20.02.2014
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)	Dipl.-Biol. Juliane Amlacher, Geschäftsführerin	21.02.2014
Andreas Schindler	Wissenschaftlicher Mitarbeiter Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Dozent, Institut für Systemische Studien, Hamburg Psychologischer Psychotherapeut (TfP, ST)	22.02.2014
Dr. Wilhelm Rotthaus	ehemaliger Chefarzt der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Rheinischen Kliniken Viersen von 1981 bis 2004, Veranstalter der Viersener Therapietage 1982 -2002, heute in privater Praxis und als Supervisor in psychiatrischen Kliniken tätig	24.02.2014
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (VAKJP)	Uwe Keller, Vorsitzender Helene Timmermann, stellvertretende Vorsitzende Peter Lehndorfer, stellvertretender Vorsitzender	24.02.2014

Stellungnehmer	Funktion des Stellungnehmers	Eingang am
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)	Dr. Martin Kremser, Vorsitzender Norbert Bowe	25.02.2014
Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP)	Dr. med. Maik Herberhold, Vorsitzender	28.02.2014

II Antworten zum Fragebogen

A Fragen zu dem Verfahren

1. Welche Techniken und Methoden sehen Sie als Bestandteil der Systemischen Therapie?

Einschätzende(r)	Antwort
Susanne Singer	Neben den üblichen Methoden jeder Psychotherapie (Anamnese, Gespräch usw.) sind spezifisch für die Systemische Therapie: zirkuläres Fragen, Reframing, Genogramm, Visualisierung der Systemstruktur z. B. durch so genannte Skulpturen (nicht zu verwechseln mit den Aufstellungen nach Hellinger, dieser arbeitet nicht systemisch!), Reflecting Team
Wolfgang Loth	<p><i>Kontexterhellende, Interaktionsspezifische und Perspektivenerweiternde Fragen:</i></p> <p>Simon FB, Rech-Simon C (2007/ 7.) Zirkuläres Fragen. Systemische Therapie in Fallbeispielen: Ein Lernbuch. Heidelberg: Carl-Auer. Tomm K (2001/ 3.) Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie. Heidelberg: Carl-Auer Liechti, J. & M. Liechti-Darbellay (2001): Im Konflikt und doch verbunden. Der systemtherapeutische Einbezug von Angehörigen - Ressource und Herausforderung. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag Varga v.Kibed, Matthias (2000). Ganz im Gegenteil... Tetralemmaarbeit und andere Grundformen systemischer Strukturaufstellungen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Welter-Enderlin, R. (2005): Deine Liebe ist nicht meine Liebe. Partnerprobleme und Lösungsmodelle aus systemischer Sicht. Paderborn: Junfermann</p> <p><i>Ressourcenperspektive und Lösungsorientierung:</i></p> <p>Coles, D. (2003): Behinderung fordert heraus: Lösungsfokussiert mit Familien arbeiten. Systema 17(1): 6-19 de Shazer, Steve (1996). „...Worte waren ursprünglich Zauber.“ Lösungsorientierte Therapie in Theorie und Praxis. Dortmund: Modernes Lernen de Shazer, S & Dolan, Y. (2008): Mehr als ein Wunder. Die Kunst der lösungsorientierten Kurztherapie. Heidelberg: Carl-Auer Lenz, A. (Hrsg.)(2011) Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis. Tübingen: dgvt darin: Loth, W.: Klinische Kontrakte entwickeln – Gemeinsames Anstiften von Sinn, S. 137- 160 Tsirigotis, C.: Empowermentprozesse anregen – fördern – begleiten: Systemische Arbeitsweisen, S. 161- 182 Hargens, J.: Therapeutisches Arbeiten – oder: Hilfreiches Umgehen mit Erzählungen, S.303-321 Lipchik E 2011: Von der Notwendigkeit, zwei Hüte zu tragen. Die Balance von Technik und Emotion in der lösungsfokussierten Therapie. Heidelberg: Carl-Auer Loth W 1998. Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen. Das Entwickeln Klinischer Kontrakte. Dortmund: Verlag modernes Lernen. Retzlaff, R. (2010): Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta White M (2005) Das Wiedereingliedern der verlorenen Beziehung bei erfolgreicher Trauerarbeit. Systema 19(1): 5-15 White, M. 2010: Landkarten der narrativen Therapie. Heidelberg: Carl Auer <i>Reflecting Team</i>: Andersen, T. (Hg.) (1990). Das Reflektierende Team. Dortmund: Modernes Lernen Hargens, J., Schlippe, A.v. (Hg.)(1998a). Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis. Dortmund: Modernes Lernen Höger, C. & Temme, M.(1995). Systemische Therapie mit einem reflektierenden Team. Eine Annäherung an Wirksamkeit und Wirkungsweise. In: System Familie. 8, 51-61 Kriz, J., Schlippe, A.v., Westermann, B. (1996). Kontexte für Veränderung schaffen. Die Arbeit mit dem "Reflecting Team". In: Schlippe, A.v., Kriz, J. (Hg.). Kontexte für Veränderungen schaffen: Systemische Perspektiven in der Praxis. Osnabrück: Forschungsbericht Nr.111 aus dem Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück, pp.81-95</p> <p><i>Multifamilientherapie:</i></p> <p>Asen, E. & M. Scholz (2009): Praxis der Multifamilientherapie. Heidelberg: Carl Auer Born, A. (2012) Multifamilientherapie in Deutschland. Praxis d Kinderpsychologie u Kinderpsychiatrie 61(3): 167-182 Goll-Kopka, A. (2009) Multi-Familientherapie (MFT) mit Familien von entwicklungsbeeinträchtigten, chronisch kranken und behinderten Kindern: „Das Frankfurter MFT-Modell“. Praxis d Kinderpsychologie u Kinderpsychiatrie 58(9): 716-732</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p><i>Genogrammarbeit:</i></p> <p>Roedel, B. (2006, 5.Aufl.) Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens. Dortmund: borgmann Hildenbrand, B. (2005): Einführung in die Genogrammarbeit. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme McGoldrick M, Gerson R (2002) Genogramme in der Familienberatung. Bern: Huber <i>Systemische Diagnostik</i>: Baumann, S. & H. Eppele (2013): Zugänge und Anwendungen systemischer Diagnostik . In: Gahleitner, S.B., K. Wahlen, O. Bilke-Hentsch & D. Hillenbrand (Hrsg.)(2013): Biopsy-chosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Interprofessionelle und interdis-zipliniäre Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer, S.210-220 Beziehungsorientierte Diagnostik und Intervention im Kindesalter“ – Themenheft der „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“ (=Heft 56(5), 2007) Cierpka, M. (Hg.) (1996). Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin/Heidelberg: Springer. Honermann H, Müssen P, Brinkmann A, Schiepek G (1999). Ratinginventar Lösungsorien-tierter Interventionen (RLI). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Schiepek, G. 1986. Systemische Diagnostik in der Klinischen Psychologie. Weinheim: Beltz-PVU Schleiffer, R. (2013) Verhaltensstörungen. Sinn und Funktion. Heidelberg: Carl-Auer Schweitzer J, Schlippe Av, 2006. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (II). Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht <i>Kontextorientierung in der Behandlung spezifischer Symptomatiken (Kontextsensibilität):</i></p> <p><i>a) zusammenfassend:</i></p> <p>Lieb, H. (2011) Kontextsensibilität: Eine aus der Systemtheorie abgeleitete Wirkvariable. In: Schindler, H., W. Loth & J. von Schlippe (Hg.) Systemische Horizonte. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S.25-38</p> <p><i>b) Krisenhilfe, Hilfe bei Trauma:</i></p> <p>Boxbücher, M. & K. Egidi (2003) Systemische Krisenintervention. Menschen in entscheiden-den Lebenssituationen begleiten. PiD 4(4): 340-346 Cierpka, M. (2009): Keiner fällt durchs Netz. Wie hoch belastete Familien unterstützt werden können. In: Familiendynamik 34(2): S. 156-167 Conen, Marie-Luise (2002). Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Fa-milientherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Conen, M.L. (2005) Zwangskontexte konstruktiv nutzen. - Psychotherapie und Beratung bei „hoffnungslosen“ Klienten. PiD 6(2): 166-169 Conen M-L, G. Cecchin (2007) Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung in Zwangskontexten. Heidelberg: Carl-Auer Conen, M-L., Cecchin, G. (2008): Wenn Eltern aufgeben. Therapie und Beratung bei konflikt-haften Trennungen von Eltern und Kindern. Heidelberg: Carl-Auer Dolan, Y. (2009) Yvonne Dolan: Schritt für Schritt zur Freude zurück. Das Leben nach dem Trauma meistern. Heidelberg: Carl Auer Egidi, Karin; Boxbücher, Marion (Hg.)(1996). Systemische Krisenintervention. Tübingen: dgvt Fasching, H. (2006): Geteiltes Leid – vermehrte Schultern. Systemische Psychotherapie mit Angehörigen psychisch leidender Personen. In: systeme 20 (1): 62- 81 Gläßer, U. (2009): Tanz über das Minenfeld? Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von Familienmediation bei Gewalt in Paarbeziehungen. In: Z.f. Syst. Therapie u. Beratung 27 (4): 206-216 Grabbe, Michael (2003). Time-Line in der Krisenintervention. Der Ressourcen-Orientierte-Lösungsfokussierte Schritt. Psychotherapie im Dialog 4(4), pp. 376-379 Hanswille, H.; Kissenbeck A. (2008): Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis. Heidelberg: Carl-Auer Levold, Tom (1998). Schwangerschaftskonfliktberatung aus systemischer Sicht. System Fami-lie 11(4), pp.155-164 Levold, T., E. Wedekind & H. Georgi (1993): Gewalt in Familien. Systemdynamik und thera-peutische Perspektiven. In: Familiendynamik 18: 287-311. Lieb, H. (2009): Krise - Herausforderung und Chance. Teil 1: Krisenbewältigung als schöpfe-rischer Prozess. Systhema 23(1): 25-39 Lieb,H. & B. Brink (2009) Krisenbewältigungstypen: Merkmale und Therapie. Systhema 23(2): 151-165 Lunin L (2000) (Re-)Migration und familiäre Krise. Systemische Beratung in einem funda-mentalistischen Kontext. In: System Familie 13(2): 70-76 Oesterreich, C. (2005): Nach dem Trauma: Nichts ist mehr wie zuvor! Wie können Traumata in die Lebenserzählung integriert werden? – Systemische Konzepte und die Behandlung traumatisierter Menschen. In: Systeme 19 (1): 18-43 Ollefs B, Schlippe Av (2006) Familiäre Eskalation, elterliche Präsenz und systemisches Eltern-coaching. In: DAJEB (Hrsg) Aktuelle Methoden und Konzepte der Familienberatung (= In-formationsschreiben Nr.212, April 2006), pp. 6-18 Pleyer KH (2003). „Parentale Hilflosigkeit“, ein systemisches Konstrukt für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern. Familiendynamik 28(4), pp. 467-491 Pleyer KH (2004) Co-traumatische Prozesse in der Eltern-Kind-Beziehung. Systhema 18(2): 32-149. Trost A, Buscher M (1995) Systemische Arbeit mit gewaltbereiten Familien. In: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 1995/3, S. 22-48 Vetere, Arlene & Jan Cooper (2007): Systemisches Arbeiten mit Gewalt in der Familie: Risi-ken, Verantwort-ung und Zusammenarbeit. In: Systeme 21(1): 5-28 Wnuk-Gette, Gisal, Wnuk, K. (2002). Systemische Familientherapie mit mehrfach belasteten Familien im Kontext sozialer Dienste. In: Wirsching, M., Scheib, P. (Hg.), Paar- und Fami-lientherapie. Berlin/Heidelberg: Springer, pp. 621-640</p> <p><i>c) Kontextorientierung in der Behandlung spezifischer Symptomatiken</i></p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Clement U (2004) Systemische Sexualtherapie. Stuttgart: Klett-Cotta Jones E, Asen E (2002) Wenn Paare leiden. Wege aus der Depressionsfalle. Dortmund: verlag modernes lernen Reiter L (1990) Die depressive Konstellation. Eine integrative therapeutische Metapher. System Familie 3: 130-147 Reiter L (1993) Die depressive Konstellation. Ein systemisch-integratives Konzept. In: Hell D.(Hg) (1993) Ethologie der Depression. Fischer, Stuttgart, S.99-124 Reiter L (1997) Zur Rolle der Angehörigen in der Therapie depressiver Patienten. In: Reiter L, Reiter-Theil S, Brunner E (Hg.) (1997) Von der Familientherapie zur systemischen Per-spektive. Berlin: Springer, pp. 105-120 Schindler:, H. (2009): Arbeitslosigkeit, Armut, Depression und Psychotherapie. Systema 23(1): 179-188 Geyerhofer, S. & C. Unterholzer (2008): Burnout aus systemischer Sicht. Auf dem Weg zu einem systemischen Verständnis von Burnout und Erschöpfungssyndrom. In: systeme 22(2): S. 177-200. Geyerhofer, S. & C. Unterholzer (2009): Systemische Ansätze in der Behandlung von Burnout. Hilfreiche Strategien im Umgang mit dem Burnout-Syndrom in Psychotherapie, Supervi-sion und Coaching. In: systeme 23(1): 5-25 Schwertl, Walter, Emlein, G., Staubach, M., Zwingmann, E. (Hg.) (1998). Sucht in systemischer Perspektive. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Schiepek, G., Noichl, F., Tischer, D., Honermann, H. & Elbing, E. (2001). Stationäre Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. Evaluation eines systemisch-ressourcenorientierten Konzepts. Psychotherapeut, 46(4), 243-251. Klein, Rudolf (2002). Berauschte Sehnsucht. Zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Klein, R. (2009): Überlegungen zur systemischen Therapie süchtigen Trinkens: Zwei Muster-beschreibungen. Systema 23(2): 135-150 Landau, J. (2011): ARISE-Intervention. Die Einbindung von Suchtabhängigen/ Substanz-missbrauchern und ihren Familien in die Behandlung und Langzeit-Recovery. In: Fami-liendynamik 36 (2): S. 132-141 Ebbecke-Nohlen, Andrea (2000). Zur Organisation von Ambivalenz. Der systemische Ansatz in der Borderline-Therapie. Psychotherapie im Dialog 1(4), pp. 36-45 Schindler, A., A.. Sander & K. Ahlendorf (2011): Systemisch-Interaktionelle Gruppentherapie für Patienten mit »Borderline-Störung« – Konzept und Pilotstudie. In: Familiendynamik 36(4): S. 336-345 Institut für Systemische Therapie Wien (2008): Ana Ex. Wie die Magersucht siegt und wie sie scheidet. DVD, 30 Min. , Carl-Auer-Verlag, Heidelberg 2008. Schimpf M (1998) Mütter rotieren verzweifelt – Väter verharren gequält... Essstörungen von Mädchen auch als Versuch, die destruktive Bindung beider Eltern an einige Werte ihrer Herkunftsfamilien aufzulösen und sich selbst davon zu befreien. System Familie 11(1): 10-22 Sorge N, Schwarze S (2006) Ich esse eure Suppe nicht! Systemische Perspektiven mager-süch-tigen Verhaltens. Dortmund: Modernes Lernen Weber G, Stierlin H (2003) In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtsfamilie. Heidelberg: Carl-Auer Häuser, Winfried, Eher, Reinhard (2000). Systemische Therapie bei Angststörungen. Psychotherapie im Dialog 1(3), pp. 45-52 Thoma, C. (2009): Angsten und Ent-Angsten - Systemische Kurztherapie bei Angstdynamiken . Amstetten: Iskam-Verlag Nardone, Giorgio (1997/ 2. unveränderte Auflage 2003). Systemische Kurztherapie bei Zwängen und Phobien. Bern: Huber Tominschek, I. & G. Schiepek (2007): Zwangsstörungen. Ein systemisch-integratives Behand-lungskonzept (=Reihe: Praxis der Paar- und Familientherapie - Band 4), Göttingen: Hogrefe Retzer, Arnold (2002). Systemische Familientherapie der Psychosen. In: Wirsching, M., Scheib, P. (Hg.), Paar- und Familientherapie, Berlin/Heidelberg: Springer, pp.439-454 Ruf GD (2005) Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. Stuttgart: Klett Cotta Themenheft „Frühe Psychosen“ der Zeitschrift Familiendynamik, Heft 4/2009 Themenheft „Systemische Psychiatrie (3)“ der Zeitschrift Kontext, H3eft 3/2011 Themenheft „Angst“ der Fami-liendynamik (=Heft 1/2008)</p> <p><i>Übersicht und Lexika:</i></p> <p>Bleckwedel, J. (2008) Systemische Therapie in Aktion. Kreative Methoden in der Arbeit mit Familien und Paaren. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Bündler, P., L. Schmitz & D. Krumpholz (Hrsg.) (2008): Neuere Konzepte und Praxis systemischer Beratung. Berlin: Frank & Timme Hansen, H. (2007): A bis Z der Interventionen in der Paar- und Familientherapie. Ein Praxishandbuch. Stuttgart: Klett-Cotta Neumann K (2006) Lexikon systemischer Interventionen. Psychotherapeutische Techniken in Theorie und Praxis. Wien: Krammer Schindler H, Schlippe Av (Hg.) (2005) Anwendungsfelder systemischer Praxis. Ein Handbuch. Dortmund: Borgmann Media Schiepek, G., H. Eckert & B. Kravanja (2013) Grundlagen systemischer Therapie und Beratung. Psychotherapie als Förderung von Selbstorganisationsprozessen. Göttingen: Hogrefe Schlippe, A. von, Schweitzer, J. (2012). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Das Grundlagenwissen (völlig neu überarb.Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck& Ruprecht Schlippe, A.v. & J. Schweitzer (2009) Systemische Inter-ventionen.Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (=UTB3313) Schwing, R. & A. Fryszler (2006) Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Strunk, G. & G. Schiepek (2006) Systemische Psychologie. Eine Einführung in die komplexen Grundlagen menschlichen Verhal- tens. München: Elsevier - Spektrum Akademischer Verlag</p>
Winfried Häuser	Altmeyer S (Hrsg) Einführung in die systemische Familienmedizin. Heidelberg, Carl-Auer Verlag, 2012 Die systemische Familienmedizin zeichnet sich dadurch aus, dass sie die körperliche Krankheit und deren Auswirkungen auf das persönliche Leben der PatientIn und die zwischenmenschlichen Beziehun-

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>gen der Familie ins Zentrum ihrer Bemühungen rückt. Sie kombiniert biopsychosoziale und familiensystemische Perspektiven und nutzt sie für die gleichzeitige Arbeit mit PatientInnen, Familien, den MitarbeiterInnen der medizinischen Institutionen, Selbsthilfegruppen und sozialen Diensten auf Gemeindeebene. Die Anwendung familientherapeutischer Sichtweisen und Interventionstechniken auf die Themen der Organmedizin und auf die Strukturen der Gesundheitsversorgung basiert auf drei Prinzipien: Gleichwertige Berücksichtigung und Einbeziehung psychischer und somatischer Faktoren bei der Diagnostik und Behandlung der PatientInnen. Enge Kooperation mit Patientenfamilien und ihre routinemäßige Einbeziehung bei der Krankenversorgung. Patientenbezogene Kooperation von ExpertInnen aus dem medizinischen, dem psychosozialen und nicht-medizinischen Bereich durch Bildung von interdisziplinären Behandlungsteams.</p>
<p>Dr. Susanne Altmeyer</p>	<p>Als charakteristisch für die Systemische Therapie sehe ich das routinemäßige Einbeziehen der sozialen Kontexte in die Therapie von Patienten und zwar sowohl konkret durch Hinzuziehen von Familienangehörigen, Kollegen oder Freunden als auch indirekt durch Thematisierung in der Therapie. Hierzu nutzen wir spezielle Fragetechniken der systemischen Therapie wie das zirkuläre Fragen. Zur Systemischen Therapie gehören Methoden wie Familienskulpturen oder Organisationsaufstellungen sowie das Familienbrett und andere metaphorische Techniken. Sehr kennzeichnend ist die systemische Grundhaltung mit ihrer Respektlosigkeit gegenüber Ideen und dem großen Respekt vor Menschen. Patienten und ihre Angehörigen werden mit großer Wertschätzung behandelt, es wird großen Wert auf das Joining, das Ankoppeln an Sprache und Weltsicht der Klienten gelegt, um eine gemeinsame Verständnisebene zu schaffen. Die Systemische Therapie betrachtet den Menschen zugleich als biologisches und als soziales Wesen, das auf ein Du, auf soziale Gemeinschaft angewiesen ist. Biologische, psychische und soziale Systeme sind in ihrem Bestand dabei voneinander abhängig, der Mensch ist ein seine Wirklichkeit konstituierender Beobachter, der seine Wahrnehmungen und Bedeutungen konstruiert und seine Wirklichkeit aktiv gestaltet. Sprache hat in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung und eine Veränderung der Art, wie und worüber gesprochen wird, wird als eine Ermöglichung von Veränderungen von Verhaltenskoordination verstanden. Es geht dabei weniger um objektivierbares Verhalten, sondern um Sinnbezüge und Bedeutungen für Verhalten. Menschen werden als denkende und fühlende Wesen betrachtet und die Wirkung der Gefühle auf das Denken wird im Sinne von Selbstorganisation als sowohl motivierend als auch als prägend und gestaltend verstanden. Menschen werden als autonome Wesen gesehen, die Verantwortung für sich und ihre Umwelt tragen. Respekt und Wertschätzung dieser Autonomie gegenüber ist zentrales Element der Systemischen Therapie, das nur zeitweise, etwa aus der Notwendigkeit Selbst- oder Fremdgefährdung zu verhindern, aufgehoben werden darf. Die Patienten werden als Experten für Inhalte und Ziele im therapeutischen Geschehen gesehen, die Therapeuten als Experten für den Therapieprozess und die Rahmenbedingungen der Therapie. Die grundlegende therapeutische Haltung ist wohlwollendes Interesse und Allparteilichkeit gegenüber Personen, Inhalten und Zielen. Die Grundhaltung ist am Konzept der Salutogenese orientiert und grundsätzlich ressourcenorientiert. Systemische Therapie kann sich in ganz unterschiedlichen Settings ereignen, sowohl in Einzeltherapie, als Paartherapie, als Familientherapie, Therapie unter Einbezug auch der Helfer, wie z. B. Jugendamtsmitarbeiter oder andere Behandler und auch mit mehreren Familien, sowohl ambulant als auch stationär.</p>
<p>Friedebert Kröger</p>	<p>Methodische Grundlage der Systemischen Psychotherapie ist die Fokussierung der Interaktion zwischen Personen und deren Kontextualisierung. Die Elemente der jeweiligen Personen-Systeme, ihre wechselseitigen Beziehungen sowie die sinnhafte Bezugnahme auf den sozialen Kontext werden als Grundlage für die Diagnostik und Therapie von psychischen/psychosomatischen Erkrankungen gesehen. Sie lösungs- und ressourcenorientierte Grundhaltung des Therapeuten geht dabei weit über die Anwendung einer Technik hinaus, sie ist integraler Bestandteil der Methode. Die Systemische Therapie wird in Einzel- und Mehrpersonenkonstellationen durchgeführt. Als spezielle Techniken können genannt werden: Circuläres Fragen, (Symptom-)Verschreibungen, Genogrammtechnik, Arbeit mit dem reflektierenden Team sowie spezielle Schlussinterventionen. (Übersichten z.B. bei Sydow et a., 2007)</p>
<p>Gudrun Bassarak</p>	<p>Ohne Anspruch auf Vollständigkeit nenne ich die folgenden Techniken, die ich ständig anwende: Klärung des Therapieauftrags (Anliegen- Auftrag- Schema) spezifische systemische Fragetechniken, z.B. konstruktive Fragen, zirkuläre Fragen, Wunderfrage Systemische Skulpturtechniken wie z.B. die Arbeit mit dem Familienbrett, Arbeit mit Steinen (AmSt) [vergl. Bassarak, G. (2008), Methode: Die Arbeit mit Steinen. In: Ott-Hackmann, Harald; Käsgen, Rainer (Hrsg.): Lasst uns die Welt erfinden! Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Weimar/Berlin, S. 207-218] professionelle systemische Aufstellungsarbeit Arbeit mit dem Reflecting Team Systemische Arbeit mit Metaphern Arbeit mit Genogramm bzw. Familienskizze, sofern dieses ressourcenorientiert geschieht, Regulationsprozesse innerhalb der Familien berücksichtigt und die Unmöglichkeit linearer Instruierbarkeit beachtet wird Symptomverschreibung Systemischer Abschlusskommentar</p>

Einschätzende(r)	Antwort
Filip Caby	<p>An grundlegenden Methoden sind die Auftragsklärung unter der Prämisse der Allparteilichkeit zu sehen die sich auch in der <u>systemischen Diagnostik</u> wieder spiegelt die zeitgleich individuell, familiär und kontextorientiert stattfindet. Systemische Therapie fängt mit der Diagnostik an, nicht danach. Ein großer Stellenwert in der systemischen Diagnostik nimmt das Genogramm ein. Ein wichtiger Wirkfaktor ist die <u>systemisch-lösungsorientierte und ressourcenorientierte Haltung</u> und die grundsätzliche Zuversicht, dass Patienten in der Lage sind und über genügend Ressourcen verfügen, Lösungen zu finden für die eigene Probleme. Dazu trägt eine große Anschlussfähigkeit des Therapeuten bei. Auf der Basis dieser Haltung sind auch kurzzeittherapeutischen Maßnahmen möglich. Das systemische Spektrum umfasst strukturelle und strategische, symbolisch- metaphorische, zirkuläre und lösungsorientierte Methoden Die <u>Fragetechnik</u> der Systemischen Therapie erweitert den Problem-Kontext in Richtung Lösungs-Kontext und suggeriert (eröffnet die Möglichkeit), dass eigene Lösungen möglich sind. Dadurch fühlen Patienten sich gestärkt, diese Lösungen umzusetzen. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Systemischen Therapie ist die Arbeit über das Einzelsetting hinaus: Familientherapie, Multifamilientherapie, Reflektierte Kommunikation, sonstige reflektierende Settings wie das Reflecting Team. Dadurch ist z.B. eine gemeinsame Behandlung von Kindern oder Jugendlichen und deren Eltern möglich. Darüberhinaus gibt es eine Fülle an systemischen und hypnosystemischen Interventionen die Lösungen suggerieren oder anregen und neurophysiologische Neubahnungen auslösen können. Sie sind alle darauf gerichtet, den Fokus der Beobachtung des Patienten von der Defizitorientierung in Richtung Lösungsorientierung zu ändern unter Würdigung des bisherigen Leidens und der bisherigen Lösungen. Weitere konkrete Methoden: Positive Umdeutungen, (Symptom-)Verschreibungen, Joining, Veränderung von Koalitionen und Grenzen und das Mitgeben von therapeutischen Aufgaben. Wesentliche systemische Methoden, Techniken und Konzepte wurden im Übrigen im Kontext von stationärer oder ambulanter Krankenbehandlung entwickelt.</p>
Udo Pfennig	<p>Grundlegend ist die Fokussierung auf Kontexte: als innere Kontexte werden Kognition und Emotionen in ihren Mustern und biologisch somatischen Prozesse wiederum im Kontext mit sozialen Systemen von Individuum zu Familie Herkunftsfamilie Arbeitsstätte soziale Netzwerke etc. zueinander in Bezug gesetzt. In die systematische Erhebung (Genogrammarbeit): wer gehört alles dazu?, wer ist für die Fragestellung des Problems relevant? und wer kann als Ressource mit in die Behandlung einbezogen werden ermöglicht die rasche und hilfreiche Vernetzung mit den entsprechenden Personen. Eine spezielle Interaktions-Gestaltung wie zum Beispiel durch zirkuläre Fragestellung, durch Anbieten einer hypothetischen, imaginativen Perspektive, durch gemeinsame Definition von aktuellen Zielsetzungen mit den Betroffenen werden möglichst rasch dysfunktionale Lösungsversuche und starre Narrative in der Familie durch die Entwicklung neuer gesundheitsfördernder Interaktionen und Kognitionen(Reframing) Lösungsversuche eingeführt. Dabei sind Prinzipien wie die Arbeit mit Metaphern Familienskulpturaufstellungen und reflektierendes Team sowie Verhaltens oder Beobachtungsverschreibungen hilfreich, um neue Kommunikationswege in der Familie zu schaffen. Hierdurch reduziert sich die „Symptomlast“ aller Beteiligten rasch und deutlich, auch somatische Störungen. Insofern bietet das systemische Herangehen einen guten Rahmen für Familienmedizin.</p>
Ralf Schobert	<p>Definition des Verfahrens „Systemische Therapie“ Die folgenden Ausführungen orientieren sich v.a. dem Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP, 2009), an der Expertise zur Systemischen Therapie (Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer, 2007) und dem Arbeitspapier des WBP zur Verfahrensbeschreibung der Systemischen Therapie (WBP, 2010).Bei der Systemischen Therapie handelt es sich um ein einheitliches Verfahren, das eine breite Vielfalt von Methoden aufweist. Bei der Systemischen Therapie handelt es sich um ein national und international einheitliches Verfahren, das eine breite Vielfalt von Methoden aufweist. Die theoretischen Grundlagen und Interventionsmethoden werden in den Lehrbüchern und Lehrbuchbeiträgen zur Systemischen Therapie/Familientherapie (Ludewig, 2005; Nichols, 2008; Retzlaff, 2009; von Schlippe & Schweitzer, 1996, 2009, 2012; Schweitzer & von Schlippe, 2006; Schwing & Fryszer, 2013; von Sydow, 2007, 2010; Wirsching, 2005; Wirsching & Scheib, 2002, Hanswille & Kissenbeck 2010), Systemischen Psychiatrie (Ruf, 2005) und Systemischen Psychosomatik und Familienmedizin (Altmeyer & Hendrichske, 2011; Hähnlein & Rimpel, 2008) ausführlich dargestellt. Bedeutsam sind auch die Leitlinien zur Paar- und Familientherapie (Scheib & Wirsching, 2004). Methoden der Systemischen Therapie Die derzeit wichtigsten Methoden der ST sind :</p> <p><i>Strukturelle Methode</i> (Minuchin, 1974), bei der der Therapeut sich auf die Beziehungsrealitäten in Systemen, auf Systemmuster, unklare oder starre Grenzen, Koalitionen und Triangulationen sowie dysfunktionale Vorannahmen konzentriert und diese zu beeinflussen sucht, z. B. mit Techniken zum Aufbau und zur Stärkung der therapeutischen Beziehung (Joining) und zur Einbeziehung abwesender Familienmitglieder, „Enactments“, Strukturanalyse und Umstrukturieren, Veränderung von Koalitionen und Grenzen, Ressourcenaktivierung, Zielhierarchien, Informationsvermittlung, das Stellen von Aufgaben, Methoden zur Klärung von Konflikten und dem Aushandeln von Lösungen.</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p><i>Strategische Methode</i> (Haley, 1976), eine direktive, an kybernetischen Konzepten orientierte Therapiemethode, in der Probleme als Ausdruck und Folge dysfunktionaler Organisationsmuster verstanden werden. Interveniert wird mit positiven Umdeutungen („positive reframing“) von Symptomen und Problemen, (Symptom-) Verschreibungen, paradoxen Interventionen und Aufgaben (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.1, 3.4.3.).</p> <p>Bei der <i>erlebnisaktivierenden bzw. symbolisch-metaphorischen Methode</i> (Satir, 1964, 1979) steht das Zusammenspiel des Systems Familie und die Förderung von Selbstwert, emotionaler Nähe und klarerer Kommunikation im Mittelpunkt. Es werden Techniken wie Genogramm, (Familien-)Skulpturen (als „lebende Skulptur“ oder als Figurenverfahren/„family placement techniques“), Zeitlinienarbeit, Choreografien, Sprechchöre und kinästhetische Anker eingesetzt (s. Imber-Black, Roberts & Whiting, 2001; Retzlaff 2009; Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.2, Kap. 6).</p> <p>Die <i>zirkuläre Methoden (Mailänder Modell: Selvini Palazzoli, Boscolo, Ceccin & Prata, 1978/1981, 1980/1981)</i> nutzt die Idee der zirkulären Kausalität (Bateson, 1972/1983) für die Psychotherapie. Die Familie wird als ein sich selbst organisierendes kybernetisches System verstanden, in dem alle Elemente vernetzt sind und die psychische Störung Systemfunktionen erfüllt. Typische Interventionen sind zirkuläres Interviewen bzw. triadische/zirkuläre Fragen, Hypothesenbilden, Allparteilichkeit/Neutralität und paradoxe Interventionen (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.3; Überblicke über Formen paradoxer Interventionen in der ST: Haley, 1984; Madanes, 1980; Nardone, 1997, 2003; Weeks & l'Abate, 1985).</p> <p><i>Lösungsorientierte Methode</i> (de Shazer, 1988/1991, 1989, 1993; Berg, 1992): Schwerpunkt dieser Methode ist die konsequente Orientierung auf die Lösung, nicht die Analyse von Störungen. Die Grundidee ist, dass kein zwingender Zusammenhang zwischen der Störung und der Beschwerdefreiheit bestehen muss. Interveniert wird mittels unterschiedlicher Fragetypen: Ausnahme-, Hypothetische (z. B. Wunder-/Feenfrage), Skalierungsfragen, Fragen zur Verflüssigung von Eigenschaften, Fragen zu Ausnahmen und zu Veränderungen, die bereits vor der Behandlung stattgefunden haben etc. (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.4).</p> <p>Im Rahmen der <i>narrativen Methode</i> (Welter Enderlin, 1992, 2006; White & Epston, 1999) geht man davon aus, dass die Geschichten, die Menschen über sich erzählen, mitbestimmen, wie sich Menschen verhalten, wie sie fühlen und welchen Sinn sie neuen Erfahrungen geben. Geschichten organisieren die Informationen über das Leben einer Person. Es wird exploriert, wie eine Leid erzeugende Geschichte „geschrieben“ wurde und wie sie „neu geschrieben“ werden kann. Zentral sind Fragen nach dominanten und unterdrückten (Familien-)Narrationen/Erzählungen und deren Dekonstruktion (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.5).</p> <p>Die <i>dialogische Methode</i> (Andersen, 1990; Seikkula, 2003) führte zur Entwicklung der Arbeit mit Reflektierenden Teams (reflecting teams) und des Offenen Dialogs (open dialogue) auf der Grundlage des Sozialen Konstruktivismus werden Themen (Probleme, Symptome) aus unterschiedlichen Perspektiven beschrieben, so dass neue Sichtweisen und Lösungen entstehen. Darüber hinaus wurden Externalisierungen des Symptoms entwickelt, wodurch eine Trennung von Person und Symptom erfolgt und das Symptom (besonders in der Kindertherapie) in teils spielerischer Form „bekämpft“ bzw. die Ambivalenz des Patienten im Hinblick auf sein Symptom veranschaulicht werden kann (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.5).</p> <p>Die <i>Mentalisierungsbasierte Familientherapie</i> (Asen & Fonagy, 2010/ in print) richtet ihren Fokus darauf, die Fertigkeiten der Familienmitglieder zu fördern, innere gedankliche und Gefühlszustände so möglich genau zu erfassen und zu verstehen, und ein entsprechendes Verhalten zwischen den Familienmitgliedern zu fördern und zu stärken.</p> <p>Die <i>Hypnosystemische Methode</i> fühlt sich einem systemischen Grundmodell verpflichtet, das sozialkonstruktivistische Elemente berücksichtigt. Im Vordergrund steht dabei eine lösungs- und ressourcenorientierte Perspektive (Rittermann, 1983; Schmidt, 2004; Holtz & Mrochen, 2005). Weiter Techniken und Methoden der Systemischen Therapie Erstellung von Zielhierarchien, Konfrontation, Ressourcenaktivierung durch Informationsvermittlung, Psychoedukation, Aufklärung. Positive Umdeutungen („positive reframing“), Musterunterbrechung, Symptomverschreibungen, paradoxe Interventionen, paradoxe Rituale, therapeutisches Splitting. Familienskulptur / Aufstellungen („Lebende Skulptur“ / Aufstellung und Figurenplatzierungsverfahren „figure placement techniques“), Genogramm, Zeitlinienarbeit und Choreografien, Rituale, ritualisierte Verschreibungen, Neu-Inszenierung von Familienritualen, Sprechchöre, Systemische Rollenspiele, Systemische Gestaltungstechniken, Systemische Ausdrucksstechniken, Rituale und ritualisierte Verschreibungen / Neu-Inszenierung von Familienritualen, Entspannungs- Achtsamkeits- und körperorientierte systemische Methoden, Techniken zur Förderung der Kommunikation und des emotionalen Austausches. Zirkuläres Interviewen, Hypothesenbilden, hypothetische Fragen, Allparteilichkeit / Neutralität, Schlusskommentar / Schlussinterventionen, Paradoxe Interventionen. Joining (Techniken zum Aufbau und zur Stärkung der therapeutischen Beziehung), „Enactments“ - Problem- und Lösungsaktualisierungen in der Gegenwart, Verändern von Koalitionen und Grenzen, Ressourcenaktivierung, Fördern und Erstellen von Nähe, Aushandeln von Konflikten,</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Strukturanalyse und Umstrukturieren, Erstellung von Zielhierarchien, Konfrontation, (Haus-)Aufgaben, Verschreibungen, Fragen zur Verflüssigung von Eigenschaften, Fragen zu Veränderungen, die bereits vor der Behandlung stattgefunden haben, Wunder- oder Feenfrage, Ausnahmefragen, Bewältigungsfragen, Skalierungsfragen, Prozentfragen, Verschreibung der Fortsetzung von konstruktivem Lösungsverhalten. Dekonstruktion leiderzeugender Geschichten, Explorieren von "unique outcomes", Externalisierungen, Therapeutische Briefe und Urkunden, Biografische Techniken, Mikro- und Makrotechniken zur Auflösung dysfunktionaler Narrative und Entwicklung positiver Familiengeschichten. „reflecting team“, Offener Dialog („open dialogue“), Kooperationsgespräche. Imaginative Techniken, Teile-Arbeit, (hypno-)systemische Traumatherapietechniken, Inneres Parlament, Einsatz von Metaphern, Einzeltherapie im Kreis der Familie. Techniken zur Förderung angemessener Vorstellungen über relevante Bezugspersonen, Techniken zur emotionalen Regulation und zum Zentrieren, Markieren / Interpunktieren, Systemische Fragetechniken zum Erkunden und Klären von inneren Zuständen, Absichten und Gefühlen. Systemische Gestaltungstechniken, Systemische Ausdruckstechniken, Systemische Rollenspiele, Rituale und ritualisierte Verschreibungen, Arbeit mit Geschichten und Metaphern, Systemische Figuren- und Sandspieltechniken. Techniken der Multifamilientherapie (Asen & Scholz, 2009), (Multisystemische) (Familien-)Helfer-/Fallkonferenzen, Arbeit mit Netzwerken, Netzwerkinterventionen, Kooperationsgespräche, Angehörigenvisite, Engagement-Methoden für die Einbeziehung weniger motivierter Patienten, Multisystemische Interventionen. Systemische Fragetechniken (vgl. Schlippe & Schweitzer, 2012, S. 249-276; Kindl-Beilfuß, 2008), Reframing (Bedeutungs-, Kontext-, Inhaltsreframing, vgl. Schweitzer & Schlippe, 2009, S. 78ff), Klärung von Aufträgen im System (vg. Schlippe & Schweitzer, 2012, S. 235-245; Ochs, 2013; Schlippe, 2006), Motivationsstrategien („engagement strategies), Einsatz von Medien: Videofeedback, Literaturarbeit, Arbeit mit störungsorientierten Kinder- und Erwachsenenbüchern, Positiv-Tagebuch, Metakommunikation, Rückfallprophylaxe, Zentrierungstechniken, achtsamkeits-basierte Techniken, Methoden zur Aktivierung des Kohärenzgefühls und Förderung von Akzeptanz, Weitere systemische Methoden. Therapeutische Grundhaltung der Systemischen Therapie Die therapeutische Grundhaltung systemischer Therapeuten prägt wesentlich die Methoden und Techniken. In diesem Sinn sind sie zentraler wie diese. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen: <i>Allparteilichkeit</i> bzw. wechselnde Parteilichkeit gegenüber Personen, <i>Neutralität</i> gegenüber ihren Lösungsideen. Respekt gegenüber den Personen, aber Respektlosigkeit gegenüber ihren Ideen. Denken in <i>zirkulären Wechselwirkungen</i>, das jeden Menschen sowohl als Opfer wie als Täter seiner Situation sieht, folglich auch <i>Verzicht auf einseitige Schuldzuweisungen in Beziehungskonflikten</i>, stattdessen neugieriges Interesse an den verschiedenen interpersonellen Kontexten der Patienten. <i>Wertschätzung nicht nur des Patienten als Person, sondern auch seiner klinischen Symptome</i>, die immer auch als sinnvolle Lösung anderer Probleme verstanden werden. Nutzung des positiven Konnotierens. <i>Lösungs- und Ressourcenorientierung</i>. Das zeigt sich auf mehreren Ebenen: Die individuellen, partnerschaftlichen und familiären Ressourcen werden herausgearbeitet, Problemverhalten, von dem berichtet wird, wird ressourcenorientiert umgedeutet („reframing“, z. B. werden heftige eheliche Streitereien als Ausdruck großen emotionalen Engagements beider Partner gedeutet). „<i>Kundenorientierung</i>“: Der Patient bzw. die Patientin werden als Experte für das eigene Leben verstanden. Neben der Expertenmeinung von Fachleuten werden die Wünsche und Zielsetzungen der Patienten in der Therapie konsequent berücksichtigt. Therapieziele mit ihm/ihr gemeinsam erarbeitet. Der Therapieverlauf einschließlich der Beendigung der Therapie orientieren sich an diesen Zielen und Anliegen. <i>Kooperations- und Beziehungsorientierung</i>. Beziehungsorientierung meint in der Systemischen Therapie ein proaktives Praktizieren, Anregen und Stärken der Zusammenarbeit auf vielen Ebenen. Diese Ebenen sind etwa die Psychotherapeut-Patient-Beziehung („psychotherapeutische Beziehung“), die Zusammenarbeit des Psychotherapeuten mit relevanten sozialen Akteuren des Patienten (nicht nur, aber auch Familienangehörige), aber auch die Kooperation des Psychotherapeuten mit anderen Helfern, Institutionen und Fachleuten wie etwa überweisenden Ärzten, Betriebsärzten, Sozialarbeitern, Lehrern, Erziehungsberatungsstellen, Kliniken usw. (z.B. Ochs, 2013; Ochs & Orban, 2012</p>
Hans Lieb	<p>Techniken der Beziehungsgestaltung: Ein breites Spektrum zur Ankoppelung an Personen und Systeme – das reicht von der Erfassung der Klientenrealität (Wirklichkeitskonstruktionen) bis zu visuellen Darstellungen (z.B. Genogramme). Diagnoseinstrumente: Die Systemische Therapie bietet eine Fülle an Möglichkeiten, Probleme und Symptome der Klientel zu erfassen. Sie geht dabei nicht nur vom Konzept der „Störung / Krankheit“ (das auch!) aus, sondern erweitert das Diagnosespektrum auf die Kontexte jener Phänomene, die mit Diagnosen codiert werden. Dazu gehören Kommunikationsmuster, Interaktionsmuster, Familien- und Organisationsstrukturen, Systemdynamiken, Schwellensituationen von Systemen, systemtypische Narrationen: Ein breites Spektrum an „Brillen“, die Zusammenhänge zwischen „Phänomen („Störung / Krankheit“) – Person – System und Interaktion“ sehen.</p> <p>Interventionsmethoden:</p> <p>-,Kognitiver“ Bereich: Umdeutung – Reframing, Methoden zur Dekonstruktion mit Einengung verbundenen Konstrukten (Verflüssigung von Konstrukten) mit einer Fülle systemtherapie-spezifischer Fragevarianten (reflexives Fragen, zirkuläres Fragen).</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Lösungsorientierte Interventionen. Verhaltensebene: Gezielte Techniken der Musterunterbrechung (von der Verschreibung bis zum geplanten Verhaltensexperiment), eine Fülle von verhaltensverändernden „Hausaufgaben“ (Beobachtungsaufgaben, Veränderungsaufgaben).</p> <p>Emotionaler Bereich: Systemtherapeutisch untermauerte Steuerung der Körper- und Emotionswahrnehmung, immer in engstem Zusammenhang mit Bewertungsvorgängen (Unterscheidungsakte), die wiederum kulturell-sozial eingebettet sind.</p> <p>Systeminterventionen: Aufstellungsarbeit. Skulpturen. Wichtigstes Merkmal der Systemtherapie: Sie hat verschiedene Adressaten ihrer Interventionen: Psyche, Körper und wohl am meisten entwickelt soziale Interaktion und Kommunikation.</p>
Reinert Hanswille	<p>Die folgenden Ausführungen orientieren sich v.a. dem Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP, 2009), an der Expertise zur Systemischen Therapie (Sydow, Behr, Retzlaff & Schweitzer, 2007) und dem Arbeitspapier des WBP zur Verfahrensbeschreibung der Systemischen Therapie (WBP, 2010). Bei der Systemischen Therapie handelt es sich um ein einheitliches Verfahren, das eine breite Vielfalt von Methoden aufweist. Bei der Systemischen Therapie handelt es sich um ein national und international einheitliches Verfahren, das eine breite Vielfalt von Methoden aufweist. Die theoretischen Grundlagen und Interventionsmethoden werden in den Lehrbüchern und Lehrbuchbeiträgen zur Systemischen Therapie/Familientherapie (Ludewig, 2005; Nichols, 2008; Retzlaff, 2009; von Schlippe & Schweitzer, 1996, 2009, 2012; Schweitzer & von Schlippe, 2006; Schwing & Fryszer, 2013; von Sydow, 2007, 2010; Wirsching, 2005; Wirsching & Scheib, 2002, Hanswille & Kissenbeck 2010), Systemischen Psychiatrie (Ruf, 2005) und Systemischen Psychosomatik und Familienmedizin (Altmeyer & Hendrichke, 2011; Hähnlein & Rimpel, 2008) ausführlich dargestellt. Bedeutsam sind auch die Leitlinien zur Paar- und Familientherapie (Scheib & Wirsching, 2004). Methoden der Systemischen Therapie Die derzeit wichtigsten Methoden der ST sind : <i>Strukturelle Methode</i> (Minuchin, 1974), bei der der Therapeut sich auf die Beziehungsrealitäten in Systemen, auf Systemmuster, unklare oder starre Grenzen, Koalitionen und Triangulationen sowie dysfunktionale Vorannahmen konzentriert und diese zu beeinflussen sucht, z. B. mit Techniken zum Aufbau und zur Stärkung der therapeutischen Beziehung (Joining) und zur Einbeziehung abwesender Familienmitglieder, „Enactments“, Strukturanalyse und Umstrukturieren, Veränderung von Koalitionen und Grenzen, Ressourcenaktivierung, Zielhierarchien, Informationsvermittlung, das Stellen von Aufgaben, Methoden zur Klärung von Konflikten und dem Aushandeln von Lösungen. <i>Strategische Methode</i> (Haley, 1976), eine direktive, an kybernetischen Konzepten orientierte Therapiemethode, in der Probleme als Ausdruck und Folge dysfunktionaler Organisationsmuster verstanden werden. Intervenierte wird mit positiven Umdeutungen („positive reframing“) von Symptomen und Problemen, (Symptom-) Verschreibungen, paradoxen Interventionen und Aufgaben (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.1, 3.4.3.). Bei der <i>wachstumsorientierten, erlebnisaktivierenden bzw. symbolisch-metaphorischen Methode</i> (Satir, 1964, 1979) steht das Zusammenspiel des Systems Familie und die Förderung von Selbstwert, emotionaler Nähe und klarerer Kommunikation im Mittelpunkt. Es werden Techniken wie Genogrammarbeit, (Familien-)Skulpturen (als „lebende Skulptur“ oder als Figurenverfahren/„family placement techniques“), Parts Party, bindungsaktivierende Aktionen, Rollenspiel, Arbeit mit Kommunikationsmustern, Symbolische Unterstützungen (Seilen, Tüchern, Bildern etc.) genutzt, Reframing, Zeitlinienarbeit, Choreografien, Sprechchöre und kinästhetische Anker eingesetzt (s. Imber-Black, Roberts & Whiting, 2001; Retzlaff 2009; Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.2, Kap. 6). Die <i>zirkuläre Methoden (Mailänder Modell</i>: Selvini Palazzoli, Boscolo, Ceccin & Prata, 1978/1981, 1980/1981) nutzt die Idee der zirkulären Kausalität (Bateson, 1972/1983) für die Psychotherapie. Die Familie wird als ein sich selbst organisierendes kybernetisches System verstanden, in dem alle Elemente vernetzt sind und die psychische Störung Systemfunktionen erfüllt. Typische Interventionen sind zirkuläres Interviewen bzw. triadische/zirkuläre Fragen, Hypothesenbilden, Allparteilichkeit/Neutralität und paradoxe Interventionen (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.3; Überblicke über Formen paradoxer Interventionen in der ST: Haley, 1984; Madanes, 1980; Nardone, 1997, 2003; Weeks & l'Abate, 1985). <i>Lösungsorientierte Methode</i> (de Shazer, 1988/1991, 1989, 1993; Berg, 1992): Schwerpunkt dieser Methode ist die konsequente Orientierung auf die Lösung, nicht die Analyse von Störungen. Die Grundidee ist, dass kein zwingender Zusammenhang zwischen der Störung und der Beschwerdefreiheit bestehen muss. Intervenierte wird mittels unterschiedlicher Fragetypen: Ausnahme-, Hypothetische (z. B. Wunder-/Feenfrage), Skalierungsfragen, Fragen zur Verflüssigung von Eigenschaften, Fragen zu Ausnahmen und zu Veränderungen, die bereits vor der Behandlung stattgefunden haben etc. (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.4). Im Rahmen der <i>narrativen Methode</i> (Welter Enderlin, 1992, 2006; White & Epston, 1999) geht man davon aus, dass die Geschichten, die Menschen über sich erzählen, mitbestimmen, wie sich Menschen verhalten, wie sie fühlen und welchen Sinn sie neuen Erfahrungen geben. Geschichten organisieren die Informationen über das Leben einer Person. Es wird exploriert, wie eine Leid erzeugende Geschichte „geschrieben“ wurde und wie sie „neu geschrieben“ werden kann. Zentral sind Fragen nach dominanten und unterdrückten (Familien-)Narrationen/Erzählungen und deren Dekonstruktion (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.5). Die <i>dialogische Methode</i> (Andersen, 1990; Seikkula, 2003) führte zur Entwicklung der Arbeit mit Reflektierenden Teams (reflecting teams) und des Offenen Dialogs (open dialogue) auf der Grundlage des Sozialen Konstruktivismus werden Themen (Probleme, Symptome) aus unterschiedlichen Perspektiven beschrieben, so dass neue Sichtweisen und</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Lösungen entstehen. Darüber hinaus wurden Externalisierungen des Symptoms entwickelt, wodurch eine Trennung von Person und Symptom erfolgt und das Symptom (besonders in der Kindertherapie) in teils spielerischer Form „bekämpft“ bzw. die Ambivalenz des Patienten im Hinblick auf sein Symptom veranschaulicht werden kann (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.5). Die <i>Mentalisierungsbasierte Familientherapie</i> (Asen & Fonagy, 2010/ in print) richtet ihren Fokus darauf, die Fertigkeiten der Familienmitglieder zu fördern, innere gedankliche und Gefühlszustände so möglich genau zu erfassen und zu verstehen, und ein entsprechendes Verhalten zwischen den Familienmitgliedern zu fördern und zu stärken. Die <i>Hypnosystemische Methode</i> fühlt sich einem systemischen Grundmodell verpflichtet, das sozialkonstruktionistische Elemente berücksichtigt. Im Vordergrund steht dabei eine lösungs- und ressourcenorientierte Perspektive (Rittermann, 1983; Schmidt, 2004; Holtz & Mrochen, 2005). Weiter Techniken und Methoden der Systemischen Therapie Erstellung von Zielhierarchien, Konfrontation, Ressourcenaktivierung durch Informationsvermittlung, Psychoedukation, Aufklärung. Positive Umdeutungen („positive reframing“), Musterunterbrechung, Symptomverschreibungen, paradoxe Interventionen, paradoxe Rituale, therapeutisches Splitting. Familienskulptur / Aufstellungen („Lebende Skulptur“ / Aufstellung und Figurenplatzierungsverfahren „figure placement techniques“), Genogramm, Zeitlinienarbeit und Choreografien, Rituale, ritualisierte Verschreibungen, Neu-Inszenierung von Familienritualen, Sprechchöre, Systemische Rollenspiele, Systemische Gestaltungstechniken, Systemische Ausdruckstechniken, Rituale und ritualisierte Verschreibungen / Neu-Inszenierung von Familienritualen, Entspannungs- Achtsamkeits- und körperorientierte systemische Methoden, Techniken zur Förderung der Kommunikation und des emotionalen Austausches. Zirkuläres Interviewen, Hypothesenbilden, hypothetische Fragen, Allparteilichkeit / Neutralität, Schlusskommentar / Schlussinterventionen, Paradoxe Interventionen. Joining (Techniken zum Aufbau und zur Stärkung der therapeutischen Beziehung), „Enactments“ - Problem- und Lösungsaktualisierungen in der Gegenwart, Verändern von Koalitionen und Grenzen, Ressourcenaktivierung, Fördern und Erstellen von Nähe, Aushandeln von Konflikten, Strukturanalyse und Umstrukturieren, Erstellung von Zielhierarchien, Konfrontation, (Haus-)Aufgaben, Verschreibungen, Fragen zur Verflüssigung von Eigenschaften, Fragen zu Veränderungen, die bereits vor der Behandlung stattgefunden haben, Wunder- oder Feenfrage, Ausnahmefragen, Bewältigungsfragen, Skalierungsfragen, Prozentfragen, Verschreibung der Fortsetzung von konstruktivem Lösungsverhalten. Dekonstruktion leiderzeugender Geschichten, Explorieren von "unique outcomes", Externalisierungen, Therapeutische Briefe und Urkunden, Biografische Techniken, Mikro- und Makrotechniken zur Auflösung dysfunktionaler Narrative und Entwicklung positiver Familiengeschichten. „reflecting team“, Offener Dialog („open dialogue“), Kooperationsgespräche. Imaginative Techniken, Teile-Arbeit, (hypno-)systemische Traumatherapietechniken, Inneres Parlament, Einsatz von Metaphern, Einzeltherapie im Kreis der Familie. Techniken zur Förderung angemessener Vorstellungen über relevante Bezugspersonen, Techniken zur emotionalen Regulation und zum Zentrieren, Markieren / Interpunktieren, Systemische Fragetechniken zum Erkunden und Klären von inneren Zuständen, Absichten und Gefühlen. Systemische Gestaltungstechniken, Systemische Ausdruckstechniken, Systemische Rollenspiele, Rituale und ritualisierte Verschreibungen, Arbeit mit Geschichten und Metaphern, Systemische Figuren- und Sandspieltechniken. Techniken der Multifamilientherapie (Asen & Scholz, 2009), (Multisystemische) (Familien-)Helfer-/Fallkonferenzen, Arbeit mit Netzwerken, Netzwerkinderventionen, Kooperationsgespräche, Angehörigenvisite, Engagement-Methoden für die Einbeziehung weniger motivierter Patienten, Multisystemische Interventionen. Systemische Fragetechniken (vgl. Schlippe & Schweitzer, 2012, S. 249-276; Kindl-Beilfuß, 2008), Reframing (Bedeutungs-, Kontext-, Inhaltsreframing, vgl. Schweitzer & Schlippe, 2009, S. 78ff), Klärung von Aufträgen im System (vg. Schlippe & Schweitzer, 2012, S. 235-245; Ochs, 2013; Schlippe, 2006), Motivationsstrategien („engagement strategies), Einsatz von Medien: Videofeedback, Literaturarbeit, Arbeit mit störungsorientierten Kinder- und Erwachsenenbüchern, Positiv-Tagebuch, Metakommunikation, Rückfallprophylaxe, Zentrierungstechniken, achtsamkeitsbasierte Techniken, Methoden zur Aktivierung des Kohärenzgefühls und Förderung von Akzeptanz, Weitere systemische Methoden. Therapeutische Grundhaltung der Systemischen Therapie Die therapeutische Grundhaltung systemischer Therapeuten prägt wesentlich die Methoden und Techniken. In diesem Sinn sind sie zentraler wie diese. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen: <i>Allparteilichkeit</i> bzw. wechselnde Parteilichkeit gegenüber Personen, <i>Neutralität</i> gegenüber ihren Lösungsideen. Respekt gegenüber den Personen, aber Respektlosigkeit gegenüber ihren Ideen. Denken in <i>zirkulären Wechselwirkungen</i>, das jeden Menschen sowohl als Opfer wie als Täter seiner Situation sieht, folglich auch <i>Verzicht auf einseitige Schuldzuweisungen in Beziehungskonflikten</i>, stattdessen neugieriges Interesse an den verschiedenen interpersonellen Kontexten der Patienten. <i>Wertschätzung nicht nur des Patienten als Person, sondern auch seiner klinischen Symptome</i>, die immer auch als sinnvolle Lösung anderer Probleme verstanden werden. Nutzung des positiven Konnotierens. <i>Lösungs- und Ressourcenorientierung</i>. Das zeigt sich auf mehreren Ebenen: Die individuellen, partnerschaftlichen und familiären Ressourcen werden herausgearbeitet, Problemverhalten, von dem berichtet wird, wird ressourcenorientiert umgedeutet („reframing“, z. B. werden heftige eheliche Streitereien als Ausdruck großen emotionalen Engagements beider Partner gedeutet). „<i>Kundenorientierung</i>“: Der Patient bzw. die Patientin werden als Experte für das eigene Leben verstanden. Neben der Expertenmeinung von Fachleuten werden die Wünsche und Zielsetzungen der Patienten in der Therapie konsequent berücksichtigt. Therapieziele mit ihm/ihr gemein-</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	sam erarbeitet. Der Therapieverlauf einschließlich der Beendigung der Therapie orientieren sich an diesen Zielen und Anliegen. <i>Kooperations- und Beziehungsorientierung</i> . Beziehungsorientierung meint in der Systemischen Therapie ein proaktives Praktizieren, Anregen und Stärken der Zusammenarbeit auf vielen Ebenen. Diese Ebenen sind etwa die Psychotherapeut-Patient-Beziehung („psychotherapeutische Beziehung“), die Zusammenarbeit des Psychotherapeuten mit relevanten sozialen Akteuren des Patienten (nicht nur, aber auch Familienangehörige), aber auch die Kooperation des Psychotherapeuten mit anderen Helfern, Institutionen und Fachleuten wie etwa überweisenden Ärzten, Betriebsärzten, Sozialarbeitern, Lehrern, Erziehungsberatungsstellen, Kliniken usw. (z.B. Ochs, 2013; Ochs & Orban, 2012)
V. Hähnlein/ Dr. J. Rimpel	Systemische Einzeltherapie unter Berücksichtigung des familiären Kontextes/sozialen Systems (in Anlehnung an das Mailänder Modell und an Systemische Paartherapie) [2, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28] Hypno-Systemische Therapie in der Weiterentwicklung der Heidelberger Schule [5, 20, 21] 2 Kurzzeittherapieverfahren in Weiterentwicklung des lösungsorientierten Ansatzes (Steve de Shazer) [4, 7] (Spezielle Basistechniken s. Hähnlein/Rimpel: Systemische Psychosomatik. Ein integratives Lehrbuch. Klett-Cotta, Stuttgart 2008, S. 162 ff.)
Anne M. Lang	Insgesamt ist zu sagen, dass Systemische Therapie ihre Techniken und Methoden aus dem Systemischen Denken bezieht. In dessen unmittelbarer Ableitung sind die Interventionen zu sehen. Da das Systemische Denken also die Metaperspektive dafür bildet, sind die Interventionen auch Meta-Interventionen. Diese können dann sehr gut auf die individuelle Situation des auftauchenden Symptoms und dessen System zugeschnitten werden. Hinter den also hier aufgeführten Interventionen stehen dann in der Praxis konkreten Inhalte bzw. entstehen dann konkrete Inhalte. Interessant ist, dass systemisches Vorgehen aber eben weniger auf Inhalte hin interveniert ,als dass es auf die Anregung der Selbstorganisation von Systemen (Einzel oder Mehre Elemente) fokussiert. <u>Die Organisation, Differenzierung, Unterscheidung, Ausschnitts-Haftigkeit von Wahrnehmungen.....als Hintergrund für Interventionen</u> Interventionen zu: dem Ganzen und Teile vom Ganzen beim Phänomen z.B. auch das „Innere Team“, die „innere Anteile und Seiten“, die zeitliche und situationspezifische Teile Umdeuten, Reframing des Phänomens Konnotation, Um-konnotation des Phänomens Viel-Aspekt-Haftigkeit des Phänomens Vielperspektivität eines Phänomens Selbstorganisation von Phänomenen durch Systeme (des Einzelnen, des inneren Systems, Mehrerer relevanter Systemmitglieder) Vorzufinden sind und veranschaulicht werden <u>Analoge Arbeit: Geschichten Angebote. Geschichten assoziieren lassen, aus der Metapher in eine (Lösungs-)Geschichte erfinden lassen Metaphern Arbeit: in Erkunden von Metaphern und Anbieten von Metaphern Analoge Veranschaulichung machen lassen Darstellungen: Vom Ist- in den Wunschzustand anhand der Darstellung Skulpturen je nach Prozess, Zeitpunkt erstellen lassen Versinnbildlichen wieder je nach Perspektive Methoden, die von der Therapeutin eine bestimmte Einstellung und systemisch erkenntnistheoretische Haltung erfordern- Haltung als Intervention</u> Ressourcenfokus Zukunftsorientierung Komplexitäts-Erweiterungen Reduktionen von Komplexität Vernetzung von Phänomenen Zirkularität von Phänomenen Kontextspezifika und Kontextberücksichtigung z.B. Ausnahmebefragung, Erkundung Humor und Kreativität z.B. Übertreibungen, fachfremde Analogien <u>Generationen- bzw. Mehrgenerationenperspektive als Intervention</u> Genogramm-Arbeit: Ressourcen on der (Familien) Biographie finden lassen Biographie-Arbeit unter bestimmtem Fokus z.B. dem Ressourcenfokus <u>Sprache- und Kommunikationsmethoden als Interventionen</u> Ausrichtung von Aufmerksamkeit in der Sprache, des Nonverbalen Umgehens im Therapiesystem, Ausrichtung der Vorstellung Ausrichtung von Aufmerksamkeit und Zukunft mit der Zielklärung Reflexivität von: Intervention anbieten - Nutzung durch den Klienten erkunden- und Wiederum der Utilisation der Nutzung durch den Klienten Erkunden von Wirklichkeit des/der anderen Fragen als Heben Interviewen mit Erkundung Individuell Beantworten lassen d.h. Fordern und Überlassen Zirkuläres Fragen, Perspektivfragen Heben an Ressourcen über Fragen Ausnahmefragen Hypothetische Fragen Vielfältige Unterschiedsfragen Hypothetisches Vorstellen und Durchspielen <u>Setting als Intervention</u> Auftragsklärungen als Interventionen Schlussinterventionen mit ihren Dissoziations- und Assoziationsphänomenen als Intervention der Dissoziation und Assoziation Kurzzeittherapie-Setting als Intervention Mehrpersonensetting als Intervention Ko-therapie als Intervention z.B. mit Reflekting Team Sich laut selbst reflektieren als Therapeutin als Intervention Erzeugen von Selbstverantwortlichkeit in der Psychotherapie Befragen und Vermitteln von Perspektiven Normalisieren Statt für den Klienten Z.B. zusammenfassen, beantworten usw. Ihn zusammenfassen, beantworten „lassen“ <u>Prozessausrichtung als Intervention</u> Denken, Intervenieren, Bewerten jeweils auf Grund der speziellen Situation im Prozessen und diese Prozesshaftigkeit einbringen und abfragen
Bundesdirektorenkonferenz (BDK)	Die systemische Therapie fokussiert auf die sozialen Bezugssysteme der behandelten Patienten, Gegenstand der Behandlungen sind daher schwerpunktmäßig Interventionen, die Interaktions- und Kommunikationsmuster der Index-Patienten in ihren sozialen Bezugsrahmen modifizieren sollen. Hierbei liegt ein Anwendungsschwerpunkt in Paar- und Familientherapien, d. h. der Hinzuziehung mehrerer Klienten. Bei der Anwendung der Therapie im Einzelsetting

Einschätzende(r)	Antwort
	werden die familiären oder partnerschaftlichen Bezüge häufig symbolhafterweise in die Therapiesituation mit einbezogen. Zum klassischen Methodenspektrum zählen daher symbolische Methoden wie die Anfertigung eines Genogramms in der anamnestischen Arbeit und die Verwendung von Familienskulpturen zur Darstellung komplexer Beziehungsmuster. Im psychotherapeutischen Gespräch werden neben anderen weitere Techniken und Methoden angewendet, die unter den Schlagwörtern „Joining“ oder „Reframing“ bekannt sind. Schließlich finden dialogische Methoden oder aber paradoxe Interventionen ebenfalls breite Anwendung. Eine zusätzliche Besonderheit der Therapiemethode ist das so genannte „Reflecting Team“, welches bereits therapiebegleitend den therapeutischen Prozess supervidiert. In diesem Zusammenhang erscheint es wichtig darauf hinzuweisen, dass viele der im Bereich der systemischen Therapie entwickelten Techniken, wie z. B. das „Reflecting-Team“ oder die Anfertigung von Genogrammen, bereits breite Anwendung auch in Psychotherapien nach klassischen Schwerpunktverfahren wie der Verhaltenstherapie oder der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie finden, da viele der hier tätigen Therapeuten bereits zusätzliche Kompetenz im Bereich systemischer Methoden und Techniken erworben haben.
Sybille Sailer	Welche ich in meiner Therapie verwende: Fragetechniken, Ziel- und Auftragsklärung, Selbsteinschätzungen und Skalierung von Beschwerden und Veränderungen, Hausaufgaben dazu, Arbeit an schädlichen Wirklichkeitskonstruktionen, Umdeutung und Reframing, Interventionen, symbolische Aufstellungen von Personen und eigenen Anteilen, Markierungen im Raum und Arbeit mit Szenen, Doppeln, Arbeit an Gefühlen als Widerspiegelung der Beziehungen zu anderen Personen, u.a.
Dr. med. Wolfheirich Maurer	Ein wichtiger Aspekt der systemischen Therapie ist die Arbeit über das Einzelsetting hinaus: Familientherapie, Multifamilientherapie, Reflektierte Kommunikation, sonstige reflektierende Settings wie das Reflecting Team. Dadurch ist z.B. eine gemeinsame Behandlung von Kindern oder Jugendlichen und deren Eltern möglich.
Hans Schindler	Zirkuläres Fragen Hypothetisches Fragen Skulpturarbeit / Visualisierungshilfen Ressourcenaktivierung Umdeutungen Zeitlinienarbeit (Schindler 2002, 2014) Teilarbeit (Schwartz 1997, Leuders 2008, Schindler 2002) Externalisierungen Genogrammarbeit Einbeziehung von Mitgliedern der Herkunftsfamilie oder der aktuellen Familie
Martin Bökmann	Problemgeschichte, Familiengeschichte, Therapieziel, Auftragsklärung, zirkuläres Fragen, Lösungsvisionen, innere Familie/Arbeiten mit Persönlichkeitsanteilen/Rollen (ego state), Familienbrett, Kurzzeittherapie 3-7 Sitzungen
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)	Perspektiven-Wechsel, Reframing, Reflecting Team, Skalierungs-Fragen, zirkuläres Fragen, Hypothesieren, Symptomverschreibung, positive Konnotation, paradoxe Intervention, entpathologisierender Dialog
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten und -therapeuten e. V. (BKJ)	Definition des Verfahrens „Systemische Therapie“ Die folgenden Ausführungen orientieren sich v.a. dem Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP, 2009), an der Expertise zur Systemischen Therapie (Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer, 2007) und dem Arbeitspapier des WBP zur Verfahrensbeschreibung der Systemischen Therapie (WBP, 2010). Bei der Systemischen Therapie handelt es sich um ein einheitliches Verfahren, das eine breite Vielfalt von Methoden aufweist. Bei der Systemischen Therapie handelt es sich um ein national und international einheitliches Verfahren, das eine breite Vielfalt von Methoden aufweist. Die theoretischen Grundlagen und Interventionsmethoden werden in den Lehrbüchern und Lehrbuchbeiträgen zur Systemischen Therapie/Familientherapie (Ludewig, 2005; Nichols, 2008; Retzlaff, 2009; von Schlippe & Schweitzer, 1996, 2009, 2012; Schweitzer & von Schlippe, 2006; Schwing & Fryszer, 2013; von Sydow, 2007, 2010; Wirsching, 2005; Wirsching & Scheib, 2002, Hanswille & Kissbeck 2010), Systemischen Psychiatrie (Ruf, 2005) und Systemischen Psychosomatik und Familienmedizin (Altmeyer & Hendrichke, 2011; Hähnlein & Rimpel, 2008) ausführlich dargestellt. Bedeutsam sind auch die Leitlinien zur Paar- und Familientherapie (Scheib & Wirsching, 2004). Methoden der Systemischen Therapie Die derzeit wichtigsten Methoden der ST sind : Strukturelle Methode (Minuchin, 1974), Strategische Methode (Haley, 1976), Wachstumsorientierte Familientherapie, erlebnisaktivierenden bzw. symbolisch-metaphorischen Methode (Satir, 1964, 1979), die zirkuläre Methoden (Mailänder Modell: Selvini Palazzoli, Boscolo, Ceccin & Prata, 1978/1981, 1980/1981), Lösungsorientierte Methode (de Shazer, 1988/1991, 1989, 1993; Berg, 1992): die narrativen Methoden (Welter Enderlin, 1992, 2006; White & Epston, 1999), Die dialogische Methode (Andersen, 1990; Seikkula, 2003), die Mentalisierungsbasierte

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Familientherapie (Asen & Fonagy, 2010/ in print), die Hypnosystemische Methode (Rittermann, 1983; Schmidt, 2004; Holtz & Mrochen, 2005). Weiter Techniken und Methoden der Systemischen Therapie Erstellung von Zielhierarchien, Konfrontation, Ressourcenaktivierung durch Informationsvermittlung, Psychoedukation, Aufklärung. Positive Umdeutungen („positive reframing“), Musterunterbrechung, Symptomverschreibungen, paradoxe Interventionen, paradoxe Rituale, therapeutisches Splitting. Familienskulptur / Aufstellungen („Lebende Skulptur“ / Aufstellung und Figurenplatzierungsverfahren „figure placement techniques“), Genogramm, Zeitlinienarbeit und Choreografien, Rituale, ritualisierte Verschreibungen, Neu- Inszenierung von Familienritualen, Sprechchöre, Systemische Rollenspiele, Systemische Gestaltungstechniken, Systemische Ausdruckstechniken, / Neu-Inszenierung von Familienritualen, Entspannungs- Achtsamkeits- und körperorientierte systemische Methoden, Techniken zur Förderung der Kommunikation und des emotionalen Austausches. Zirkuläres Interviewen, Hypothesenbilden, hypothetische Fragen, Allparteilichkeit / Neutralität, Schlusskommentar / Schlussinterventionen, Paradoxe Interventionen. Joining (Techniken zum Aufbau und zur Stärkung der therapeutischen Beziehung), „Enactments“ - Problem- und Lösungsaktualisierungen in der Gegenwart, Verändern von Koalitionen und Grenzen, Ressourcenaktivierung, Fördern und Erstellen von Nähe, Aushandeln von Konflikten, Strukturanalyse und Umstrukturieren, Erstellung von Zielhierarchien, Konfrontation, (Haus-)Aufgaben, Verschreibungen, Fragen zur Verflüssigung von Eigenschaften, Fragen zu Veränderungen, die bereits vor der Behandlung stattgefunden haben, Wunder- oder Feenfrage, Ausnahmefragen, Bewältigungsfragen, Skalierungsfragen, Prozentfragen, Verschreibung der Fortsetzung von konstruktivem Lösungsverhalten. Dekonstruktion leiderzeugender Geschichten, Explorieren von "unique outcomes", Externalisierungen, Therapeutische Briefe und Urkunden, Biografische Techniken, Mikro- und Makrotechniken zur Auflösung dysfunktionaler Narrative und Entwicklung positiver Familiengeschichten. „reflecting team“, Offener Dialog („open dialogue“), Kooperationsgespräche. Imaginative Techniken, Teile-Arbeit, (hypno-)systemische Traumatherapietechniken, Inneres Parlament, Einsatz von Metaphern, Einzeltherapie im Kreis der Familie. Techniken zur Förderung angemessener Vorstellungen über relevante Bezugspersonen, Techniken zur emotionalen Regulation und zum Zentrieren, Markieren / Interpunktieren, Systemische Fragetechniken zum Erkunden und Klären von inneren Zuständen, Absichten und Gefühlen. Systemische Gestaltungstechniken, Systemische Ausdruckstechniken, Systemische Rollenspiele, Rituale und ritualisierte Verschreibungen, Arbeit mit Geschichten und Metaphern, Systemische Figuren- und Sandspieltechniken. Techniken der Multifamilientherapie (Asen & Scholz, 2009), (Multisystemische) (Familien-)Helfer-/Fallkonferenzen, Arbeit mit Netzwerken, Netzwerkinderventionen, Kooperationsgespräche, Angehörigenvisite, Engagement-Methoden für die Einbeziehung weniger motivierter Patienten, Multisystemische Interventionen. Systemische Fragetechniken (vgl. Schlippe & Schweitzer, 2012, S. 249-276; Kindl-Beilfuß, 2008), Reframing (Bedeutungs-, Kontext-, Inhaltsreframing, vgl. Schweitzer & Schlippe, 2009, S. 78ff), Klärung von Aufträgen im System (vg. Schlippe & Schweitzer, 2012, S. 235-245; Ochs, 2013; Schlippe, 2006), Motivationsstrategien („engagement strategies), Einsatz von Medien: Videofeedback, Literaturarbeit, Arbeit mit störungsorientierten Kinder- und Erwachsenenbüchern, Positiv-Tagebuch, Metakommunikation, Rückfallprophylaxe, Zentrierungstechniken, achtsamkeits-basierte Techniken, Methoden zur Aktivierung des Kohärenzgefühls und Förderung von Akzeptanz, Weitere systemische Methoden. Therapeutische Grundhaltung der Systemischen Therapie Die therapeutische Grundhaltung systemischer Therapeuten prägt wesentlich die Methoden und Techniken und ist daher zentraler als diese. Die wichtigsten Grundhaltungen sind:: Allparteilichkeit und Neutralität Denken in zirkulären Wechselwirkungen Wertschätzung der Person und seiner Wirklichkeitskonstruktionen Lösungs- und Ressourcenorientierung. „Kundenorientierung“ Hypothesenorientierung Kooperations- und Beziehungsorientierung.</p>
Fritz Pampus	<p>Einbeziehung des familiären, beruflichen und sozialen Kontextes in die therapeutische Arbeit Einbeziehung des/der Therapeuten und überweisender, mitbehandelnder und mitbetroffener Personen Interaktion zwischen Patient und Therapeut „auf Augenhöhe“ Betrachtung der als pathologisch erscheinenden Symptome, Erlebens- und Verhaltensweisen als Lösungsversuche für gegenwärtige oder frühere Lebenssituationen, Rekonstruktion dieser Bedingungen als Teil der Therapie (Wieder-) Herstellung von authentischer Kommunikation zwischen den Mitgliedern einer Familie / Firma / anderen wichtigen Systems als essentielle therapeutische Intervention Zirkuläres Fragen als wesentliches Kommunikationselement zwischen Therapeut und Patient</p>
<p>Klinikum Oberberg Klinik für Psychiatrie II</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und</p>	<p>Familiengespräche mit Videokontrolle oder Einwegscheibe Paargespräche mit Videokontrolle oder Einwegscheibe Einzelgespräche mit Videokontrolle oder Einwegscheibe Kontextklärung Genogrammarbeit Allparteilichkeit Übungsaufgaben</p>

Einschätzende(r)	Antwort
-psychotherapie (dggpp)	paradoxe Interventionen reflecting team Helferkonferenzen Schlußintervention
Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie GmbH (APP)	<p>Definition des Verfahrens „Systemische Therapie“ Die folgenden Ausführungen orientieren sich v.a. dem Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP, 2009), an der Expertise zur Systemischen Therapie (Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer, 2007) und dem Arbeitspapier des WBP zur Verfahrensbeschreibung der Systemischen Therapie (WBP, 2010). Bei der Systemischen Therapie handelt es sich um ein einheitliches Verfahren, das eine breite Vielfalt von Methoden aufweist. Bei der Systemischen Therapie handelt es sich um ein national und international einheitliches Verfahren, das eine breite Vielfalt von Methoden aufweist. Die theoretischen Grundlagen und Interventionsmethoden werden in den Lehrbüchern und Lehrbuchbeiträgen zur Systemischen Therapie/Familientherapie (Ludewig, 2005; Nichols, 2008; Retzlaff, 2009; von Schlippe & Schweitzer, 1996, 2009, 2012; Schweitzer & von Schlippe, 2006; Schwing & Fryszer, 2013; von Sydow, 2007, 2010; Wirsching, 2005; Wirsching & Scheib, 2002, Hanswille & Kissensbeck 2010), Systemischen Psychiatrie (Ruf, 2005) und Systemischen Psychosomatik und Familienmedizin (Altmeyer & Hendrichske, 2011; Hähnlein & Rimpel, 2008) ausführlich dargestellt. Bedeutsam sind auch die Leitlinien zur Paar- und Familientherapie (Scheib & Wirsching, 2004). Methoden der Systemischen Therapie Die derzeit wichtigsten Methoden der ST sind : <i>Strukturelle Methode</i> (Minuchin, 1974), <i>Strategische Methode</i> (Haley, 1976), Wachstumsorientierte Familientherapie, <i>erlebnisaktivierenden bzw. symbolisch-metaphorischen Methode</i> (Satir, 1964, 1979), die <i>zirkuläre Methoden (Mailänder Modell</i>: Selvini Palazzoli, Boscolo, Ceccin & Prata, 1978/1981, 1980/1981), <i>Lösungsorientierte Methode</i> (de Shazer, 1988/1991, 1989, 1993; Berg, 1992): die <i>narrativen Methoden</i> (Welter Enderlin, 1992, 2006; White & Epston, 1999), Die <i>dialogische Methode</i> (Andersen, 1990; Seikkula, 2003), die <i>Mentalisierungsbasierte Familientherapie</i> (Asen & Fonagy, 2010/ in print), die <i>Hypnosystemische Methode</i> (Rittermann, 1983; Schmidt, 2004; Holtz & Mrochen, 2005). Weitere Techniken und Methoden der Systemischen Therapie Erstellung von Zielhierarchien, Konfrontation, Ressourcenaktivierung durch Informationsvermittlung, Psychoedukation, Aufklärung. Positive Umdeutungen („positive reframing“), Musterunterbrechung, Symptomverschreibungen, paradoxe Interventionen, paradoxe Rituale, therapeutisches Splitting. Familienskulptur / Aufstellungen („Lebende Skulptur“ / Aufstellung und Figurenplatzierungsverfahren „figure placement techniques“), Genogramm, Zeitlinienarbeit und Choreografien, Rituale, ritualisierte Verschreibungen, Neu- Inszenierung von Familienritualen, Sprechchöre, Systemische Rollenspiele, Systemische Gestaltungstechniken, Systemische Ausdruckstechniken, Rituale und ritualisierte Verschreibungen / Neu-Inszenierung von Familienritualen, Entspannungs- Achtsamkeits- und körperorientierte systemische Methoden, Techniken zur Förderung der Kommunikation und des emotionalen Austausches. Zirkuläres Interviewen, Hypothesenbilden, hypothetische Fragen, Allparteilichkeit / Neutralität, Schlusskommentar / Schlussinterventionen, Paradoxe Interventionen. Joining (Techniken zum Aufbau und zur Stärkung der therapeutischen Beziehung), „Enactments“ - Problem- und Lösungsaktualisierungen in der Gegenwart, Verändern von Koalitionen und Grenzen, Ressourcenaktivierung, Fördern und Erstellen von Nähe, Aushandeln von Konflikten, Strukturanalyse und Umstrukturieren, Erstellung von Zielhierarchien, Konfrontation, (Haus-)Aufgaben, Verschreibungen, Fragen zur Verflüssigung von Eigenschaften, Fragen zu Veränderungen, die bereits vor der Behandlung stattgefunden haben, Wunder oder Feenfrage, Ausnahmefragen, Bewältigungsfragen, Skalierungsfragen, Prozentfragen, Verschreibung der Fortsetzung von konstruktivem Lösungsverhalten. Dekonstruktion leiderzeugender Geschichten, Explorieren von "unique outcomes", Externalisierungen, Therapeutische Briefe und Urkunden, Biografische Techniken, Mikro- und Makrotechniken zur Auflösung dysfunktionaler Narrative und Entwicklung positiver Familiengeschichten. „reflecting team“, Offener Dialog („open dialogue“), Kooperationsgespräche. Imaginative Techniken, Teile-Arbeit, (hypno-)systemische Traumatherapietechniken, Inneres Parlament, Einsatz von Metaphern, Einzeltherapie im Kreis der Familie. Techniken zur Förderung angemessener Vorstellungen über relevante Bezugspersonen, Techniken zur emotionalen Regulation und zum Zentrieren, Markieren / Interpunktieren, Systemische Fragetechniken zum Erkunden und Klären von inneren Zuständen, Absichten und Gefühlen. Systemische Gestaltungstechniken, Systemische Ausdruckstechniken, Systemische Rollenspiele, Rituale und ritualisierte Verschreibungen, Arbeit mit Geschichten und Metaphern, Systemische Figuren- und Sandspieltechniken. Techniken der Multifamilientherapie (Asen & Scholz, 2009), (Multisystemische) (Familien-)Helfer-/Fallkonferenzen, Arbeit mit Netzwerken, Netzwerkinterventionen, Kooperationsgespräche, Angehörigenvisite, Engagement-Methoden für die Einbeziehung weniger motivierter Patienten, Multisystemische Interventionen. Systemische Fragetechniken (vgl. Schlippe & Schweitzer, 2012, S. 249-276; Kindl-Beilfuß, 2008), Reframing (Bedeutungs-, Kontext-, Inhaltsreframing, vgl. Schweitzer & Schlippe, 2009, S. 78ff), Klärung von Aufträgen im System (vg. Schlippe & Schweitzer, 2012, S. 235-245; Ochs, 2013; Schlippe, 2006), Motivationsstrategien („engagement strategies), Einsatz von Medien: Videofeedback, Literaturarbeit, Arbeit mit störungsorientierten Kinder-und Erwachsenenbüchern, Positiv-Tagebuch, Metakommunikation, Rückfallprophylaxe,</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Zentrierungstechniken, achtsamkeits-basierte Techniken, Methoden zur Aktivierung des Kohärenzgefühls und Förderung von Akzeptanz, Weitere systemische Methoden. Therapeutische Grundhaltung der Systemischen Therapie Die therapeutische Grundhaltung systemischer Therapeuten prägt wesentlich die Methoden und Techniken. In diesem Sinn sind sie zentraler wie diese. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen: <i>Allparteilichkeit</i> und <i>Neutralität</i> Denken in <i>zirkulären Wechselwirkungen</i> <i>Wertschätzung der Person und seiner Wirklichkeitskonstruktionen</i> <i>Lösungs- und Ressourcenorientierung</i>. „<i>Kundenorientierung</i>“ <i>Hypothesenorientierung</i> <i>Kooperations- und Beziehungsorientierung</i>. -</p>
<p>Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf</p>	<p>Im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (2009) wird die Systemische Therapie als ein psychotherapeutisches Verfahren beschrieben, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext liege. Das systemische Konzept geht vom Menschen als biopsychosozialem System aus. Es betrachtet den Menschen im Kontext seiner Beziehungen. Dieses soziale Netzwerk umfasst nicht nur Beziehungen wie Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Kollegen, sondern betrachtet auch die Umwelt des Systems mit ihren natürlichen, sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen, zu denen in unserem Falle auch der Psychiatriekontext und beispielsweise auch der Migrationskontext gehört. Insbesondere für das wechselseitige Konstituierungsverhältnis von intrapsychischen und sozialen oder kommunikativen Prozessen hat die systemische Therapie theoretische Modelle und praktische Konzepte entwickelt (Schiepek 1999). Systemische Ansätze beziehen sich auf Unterschiede, die Unterschiede machen – zwischen Individuen, zwischen Familien und sozialen Gruppen, zwischen Angehörigen unterschiedlicher Ethnien. Aspekte der Fremdheit treten gegenüber dem Interesse an diesen Unterschieden im Therapieprozess an Relevanz zurück. Unter „Inneren Landkarten“ verstehen systemische Therapeuten die Wechselbeziehung zwischen Vorannahmen, Ideen und Bedeutungen, nach denen Mitglieder eines sozialen Systems ihr Weltbild immer wieder neu kreieren, sowie den Regeln und Mustern, nach denen ihr soziales System funktioniert. Im Therapiekontext, gerade auch im Kontext von Psychiatrie in der Arbeit mit schwer kranken Menschen mit Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten, Menschen mit Doppeldiagnosen und psychisch kranken Straftätern sowie Menschen mit oft schon langer Krankheitsgeschichte ist es deshalb ein bedeutsames Ziel, gerade gegenüber Werthaltungen, die den eigenen widersprechen, eine Haltung von Neugier und Respekt zu entwickeln. Neutralität im Sinne von Cecchin (1988) beschreibt eine professionelle Neugier auf die persönlichen oder kulturellen Beweggründe, die zu bestimmten Einstellungen oder Haltungen führen. Diese systemische Haltung von Neugier und Respekt zusammen mit der Perspektive, den individuellen Patienten immer auf dem Hintergrund und im Zusammenspiel mit seinem sozialen System zu betrachten und konsequent wertschätzend auch respektvoll auf die Ressourcen und Kompetenzen der Patienten und ihres sozialen Systems zu fokussieren, ermöglicht beispielsweise in der Psychiatrie auch die Herstellung von Kooperation zur Erreichung von Behandlungsmotivation bei Patienten, die nicht (zunächst) freiwillig einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zustimmen. Neben der beschriebenen Systemischen Haltung gegenüber den Patienten und ihren sozialen Systemen kommen in der Systemischen Arbeit in der Psychiatrischen Akutversorgung (SYMPA) in unseren Kliniken folgende Methoden zur Anwendung: Systemische Ziel- und Auftragsklärung – diese wird gleich nach der stationären Aufnahme mit dem Patienten erarbeitet (unabhängig von der Rechtsgrundlage der Behandlung), es wird ein gemeinsames Fallverständnis formuliert. Die gemeinsam formulierten Ziele werden regelhaft im multiprofessionellen Team mit dem Patienten reflektiert. Die Systemische Fragetechniken, vor allem das Zirkuläre Fragen, ist Haupttechnik in solchen Gesprächen zur Ziel- und Auftragsklärung ebenso wie in der Reflektion, da hiermit die Systemische Haltung ebenso wie die gegenseitige Bedingtheit der Beziehungen eines Individuums (hier: der Patient) zu seinem sozialen System leicht deutlich wird. Einbeziehen des (familiären/sozialen) Unterstützungssystems durch Systemische Familiengespräche bei allen Neuaufnahmen (wenn keine Familie im engeren Sinne greifbar oder keine Zugehörigkeit mehr erkennbar ist, sollte die soziale Familie aktiv eingeladen werden: Betreuer, psychosoziale Mitarbeiter von WG oder Heim, Freunde, etc.), um aktiv die familiäre Situation, die Unterstützungsmöglichkeiten, aber auch sich entfaltende oder mitgebrachte Skepsis der Behandlung gegenüber kennenzulernen. Kooperationsgespräche mit dem Unterstützungs- und Helfersystem. Einführung einer Angehörigenvsite, d.h. Einladung an die Angehörigen, zur Visite zu kommen. Genogramm: Mit dem Patienten, wenn möglich unter Beteiligung eines Angehörigen, wird ein Genogramm gefertigt, das der Krankenakte zugefügt wird, und immer wieder zu Rate gezogen und ergänzt werden kann. Photos: In der Familientherapie oder in der systemischen Einzeltherapie sollte das Genogramm mit Photos ergänzt werden. Neben der Erinnerungsarbeit erlaubt die imaginative Arbeit mit Photos auch das Entwerfen positiver Zukunftsbilder. Ressourcenorientierung statt Defizitbetrachtung in den therapeutischen Gesprächen mit den Patienten, in Visiten, in der Gruppentherapie, aber auch in psychiatrischen Fallkonferenzen Systemische Reflexionssettings wie Teilnahme an einem reflektierenden Teamgespräch in Anwesenheit des Patienten und eines von ihm ausgewählten Angehörigen (oder Betreuer). Angebot einer weiterführenden Familien- oder Paartherapie, wenn gewünscht, ambulant, niederfrequent (vier-bis sechswöchige Abstände), aber bei schweren Störungen durchaus in einer Dauer von einigen Jahren. Zirkuläre Fragen und andere Systemische Fragetechniken Visualisierung mit Genogrammarbeit und Photos Systemische, zirkuläre Arbeit mit dem Familienbrett/Skulpturenbrett Lebenslinie und Zeitstrahl Externalisierung von Symptomen durch kreative Methoden wie Imagination, Symbolisation,</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Arbeit mit Metaphern und zirkulärem Befragen dieser Symbole Narrative Dekonstruktion und Re- Konstruktion der Lebenserzählung Kontinuierliches Einbeziehen des Kontextes Flexibler Umgang mit dem Setting (je nach Thema und Fragestellung Einbeziehen zusätzlicher Personen, aber auch Einzelgespräche, wenn indiziert) Reframing und positives Umdeuten: das symptomatische Verhalten in einen neuen, nicht primär pathologischen Kontext zu stellen und so zu neuer Bedeutungsgebung und Sinnhaftigkeit des Verhaltens kommen. Literatur Schlippe, A. v., & Schweitzer, A. (2012). Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Schweitzer, J., & Schlippe, A. v. (2006). Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung II: das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.</p>
Josef Heck	<p>Systemische Klärung der relevanten Kontexte des Kommunikationssystems des Therapeuten mit Einzelnen, Paaren und Familie. Einbeziehung und Mitberücksichtigung von überweisenden, mit- bzw. weiterbehandelnden Institutionen, Personen, Helfersystemen, etc. Genaue Auftrags- und Zielklärung mit den Patienten und ihren wichtigen Bezugspersonen (Partner, Familienangehörige, Kollegen, etc.) und Klärung der Rolle des Therapeuten aus der Sicht der Patienten / Angehörigen. Herstellung einer partnerschaftlichen, respektvollen, transparenten, die Würde und Autonomie des Patienten und seiner Bezugspersonen wahrende Kooperationsbeziehung. Differenzierte und zugleich umfassende Klärung der problemaufrechterhaltenden psycho-sozio-neuronalen Muster (z.B. Panikkreislauf, bio-psycho-soziale Denk-, Erlebens- und interaktionale Verhaltens-Muster bei Depression, Zwang, Sucht, etc.). Rekonstruktion zentraler psycho-sozialer Konflikt-Muster als den ‚eigentlichen Problemen‘, deren versuchte Lösung in die Entwicklung ‚symptomatischen Verhaltens‘ führte. Konstruktion passgenauer Interventionen als Bedingung der Möglichkeit der Unterbrechung der problemaufrechterhaltenden Muster und der Konflikt-Muster und als Bedingung der Möglichkeit für die selbstorganisierte Veränderung komplexer Humansysteme in der Form von Kommentaren, Umdeutungen, positiven Konnotationen, Hausaufgaben, Experimenten, Ritualen, Verschreibungen, etc. aus unterschiedlichen Verfahren. Getragen wird der gesamte therapeutische Kommunikationsprozess: durch das ‚zentrale Instrument‘ systemischen Arbeitens: das sogenannte zirkuläre und reflexive (Be)Fragen und durch zentrale Grundhaltungen: Ressourcenorientierung, konsequente Lösungsorientierung, die auch Probleme als ‚funktionale‘ Lösungen betrachtet, für die es neue, leidfreie ‚äquivalente‘ Lösungen zu erfinden gilt, Respekt, Neugierde, Neutralität bzw. Allparteilichkeit und die Bereitschaft, die eigenen Hypothesen und Wirklichkeitskonstruktionen immer wieder selbst in Frage zu stellen, offen zu bleiben für neue Sichtweisen und Wirklichkeitskonstruktionen.</p>
Dr. med. Michael Kroll	<p>Therapeutisches Arbeiten basiert zutiefst auf dem <u>Menschenbild</u>, auf den Überzeugungen nach Wirksamkeitspotentialen. Systemisches Arbeiten geht davon aus, dass der Klient/ Patient sein bester Experte ist, nutzt dessen Kompetenzen für sein Leben, ist wertschätzend, ist nicht auf eine Therapeutenorientierung aus, arbeitet unmittelbar pragmatisch und lösungsorientiert. Systemisch arbeitende Therapeuten verstehen Menschen in deren komplexen Lebenswelten, in Einzel- Paar-, Familien-, Mehrfamilien- und Gruppentherapie, Menschen mehr als „Teil ihres sozialen Gewebes, denn als Individuum“ (Christian Keyzers). Häufig werden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie durch familientherapeutische Interventionen Eltern wie Patienten – ohne Zusatzkosten für die Krankenkassen – parallel behandelt. Sie erkennen als Familienmitglieder funktionales und dysfunktionales Handeln, erleben sich durch besser gelingende Gegenseitigkeit selbst wirksam. Ihr Selbstvertrauen und die Kontrollüberzeugungen gewinnen. Verhaltenstherapeutisches und tiefenpsychologisches Arbeiten geht häufig von Modellen der Therapeuten aus. Patientendaten werden dann mit Modellen verglichen. Dies wirkt nicht selten konstruktivistisch im Sinne eines systematischen Bias. Systemisches Arbeiten versucht, den Patient in seiner Individualität zu verstehen. Das lösungsorientierte Arbeiten in der systemischen Therapie kreiert keine Kausalitäten, die sich nicht eindeutig rekonstruieren lassen, sondern untersucht immer neue Formationen von Hypothesen (hypothesengeleitete systemische Klärungsprozesse), stets lösungsorientiert, meidet die Problemtrance. Technisch besonders effektiv ist, (Denk- und Interaktions-) Systeme immer wieder zu öffnen, mit Anregungen Perspektiven zu erweitern, Kompetenzen aus der Umwelt zu aktivieren. Verschiedene Methoden aktivieren das ganzheitliche Wissen der Patienten, helfen die Intuition zu involvieren. Dafür werden Imaginationstechniken genutzt, Arbeiten im Raum, Visualisierungsformen etc.</p>
Dr. med. Stefan Battel	<p>Strukturelle Familientherapien , Skulpturarbeit,, strategische Familientherapie, zirkuläres hypothetisches Fragen, Ressourcenorientierung, Familienaufstellungen,Narrative Therapien, Arbeit mit den Familienbrett u.a.</p>
Dr. B. Vieten	<p>Systemische Therapie wird als Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapie angewendet, zum Teil auch als eine Gruppe von mehreren Familien. Systemische Therapie basiert auf den modernen Systemtheorien, über die hinreichend in der ausführlichen Stellungnahme für den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie hingewiesen wurde. Wesentliche Elemente der Systemischen Therapie sind die systemischen Fragetechniken (Zirkuläres Fragen und anderes),</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	das positive Umdeuten von Symptomen und Problemen, Arbeiten mit Genogrammen und Familienskulptur, der Einsatz im Reflekting-Team sowie besondere Schlussinterventionen. In der Klinik nutzen wir insbesondere das RF für die wechselseitige Teambberatung als Intervention.
Lothar Eder	<p>Klärung des Auftrages und Überweisungskontextes. Dadurch wird der Zuschnitt einer Therapie, ihr Auftrag und ihr Arbeitsfeld wesentlich schneller deutlich als mit herkömmlicher (auch verhaltenstherapeutischer) Exploration. Dies trägt aus meiner Erfahrung wesentlich zur wirtschaftlichen Gestaltung einer PT bei. Erfragen und Klären des biografischen/lerngeschichtlichen Kontextes von Störungen; diese Methodik entspricht sowohl der Klärungs- als auch der Lösungsperspektive sensu GRAWE. Patienten/innen werden in die Lage versetzt, die Zusammenhänge ihrer Symptomatik besser zu verstehen und zudem andere Perspektiven/Handlungsoptionen zu entwickeln. Zirkuläres Fragen: Pat. und Th. werden die Zusammenhänge eines symptomatischen Geschehens deutlicher. Es wird schneller klar, wo Ansatzpunkte für Veränderung sind. Pat. werden dadurch in erheblichem Maß veranlaßt, ihre Problematik in der Eigenbeschreibung zu verstehen und gewissermaßen für sich kompakter definieren zu können. Pat. werden dazu veranlasst, sich in Veränderungs- und Lösungsszenarien hineinzusetzen, sie entwickeln dadurch wesentliche Perspektivenerweiterungen. Dadurch kann die erlebte Selbstwirksamkeit erheblich verbessert werden. Die systemische Haltung einem Patienten gegenüber macht implizit klar, dass der Pat. über Lösungsmöglichkeiten verfügt; die systemische Haltung weist ihm fast unausweichlich eine Position zu, in der er (sie) aktiver Teil des Veränderungsgeschehens ist. Somit wird auch hier tendenziell die erlebte Selbstwirksamkeit entscheidend positiv beeinflusst. Die handlungsleitenden Konzepte der ST eröffnen therapeutische Optionen, welche über den Rahmen der bisherigen Richtlinienverfahren hinausgehen. Beispiel sind die Konzepte „Delegation“ und „bezogene Individuation“, welche (i.S.v. GRAWE) sowohl die Beziehungs- als auch die Klärungsperspektive wesentlich bedienen und damit sowohl Th. als auch Pat. neue Sichtweisen und damit Handlungsalternativen eröffnen (vgl. Lexikon des systemischen Arbeitens, Auer Verlag 2012, S. 68-71 und 176-170). Anwendung von Elementen v. Aufstellungsarbeit im Einzelkontext ermöglicht ein sehr schnelles Erfassen herkunftsfamilialer und kontextueller Faktoren für eine Symptomatik, um daraus Veränderungsoptionen abzuleiten. Lösungs- und Ressourcenorientierung der ST erweitert die Ansätze von Empowerment von Patienten, wie sie in der VT bereits vorhanden sind, um neue und entscheidende Möglichkeiten. Dazu gehören insbesondere auch die Fragen nach Symptomausnahmen und die Fokussierung auf die Verhaltensaktiva von Patienten/innen. Der von GRAWE 1994 geforderte Einbezug der Beziehungsperspektive in die PT kann m.E. nur von der ST hinreichend zur Verfügung gestellt werden. Die mittlerweile durch die Bindungsforschung bestätigte Einbindung symptomatischer Ereignisse in Beziehungs- und Bindungskontexte kann m.E. nur mit Hilfe der ST hinreichend berücksichtigt und bearbeitet werden, welche die Ansätze der TPF und Psa. entscheidend erweitern. Insbesondere bei psychosomatischen Problemstellungen stellt die ST entscheidende methodische Erweiterungen zur Verfügung (Literaturverweis: Eder, L. 2007; Psyche, Soma und Familie. Theorie und Praxis einer systemischen Psychosomatik. Stuttgart: Kohlhammer). Das gleiche gilt für Angststörungen (Literaturverweis: Eder, L., 2003; Der systemische Ansatz in der Therapie sozialer Ängste, in: Psychotherapie im Dialog 4, S. 17-24)</p>
Michaela Schuhmacher	<p>Zirkuläre Fragen, Reframing, Perspektivenwechsel, Lösungsorientierte Fragen (Wunderfrage), Skalierungen (Fortschritt, Ziel), "Grübelstuhl", "die letzten 5 Minuten", 54321, PELZ-Modell, Krafttiere malen lassen, Ressourcenorientierte Geschichten erfinden (für Kinder, die individuell auf sie zugeschnitten sind), Arbeiten mit Geschichten, Comics erstellen lassen, Brief aus der Zukunft, Brief für Regentage, Notfallkoffer, lösungsorientierte Zielformulierungen im Detail (S.M.A.R.T.-Modell), "3 Fragen für ein glückliches Leben", "Pralinen-Therapie" (Paradoxe Therapie), Time Line, 5 logische Ebenen, Familienaufstellungen (mit Menschen, Figuren, Tieren), Lösungsskulpturen erstellen lassen, Lebenspanorama erstellen lassen, Arbeiten mit Glaubenssätzen.</p>
Dr. med. Thomas Schillen	<p>Fokus auf den sozialen Kontext des Patienten. Bio-psycho-soziale Interaktion des Patienten und des Systems. Salutogenetische Modifikation repetitiver Beziehungsregeln und Kommunikationsmuster zirkulärer interpersoneller Interaktionen. Fokus auf Autonomie und Ressourcen des Patienten im System. Joining, Enactment, Umdeutung von Symptomverhalten, Genogramm, Family helper map, Familienskulptur, Skalenverfahren, zirkuläre Fragen, systemische Hypothesenbildung, Reflecting Team, Offener Dialog.</p>
Gerd F. Müller	<p>Auftragsklärung, Überweisungskontext klären, zirkuläres Fragen, Unterschiedsfragen, Fragen nach Wirklichkeits- und Möglichkeitskonstruktionen, Entwickeln von Problem- und Lösungsszenarien, Externalisierung von Problemen, Dekonstruktion und Neukonstruktion von Geschichten, reflexive Fragen, Genogrammarbeit, Arbeit mit Einzel-, Paar- und Familienskulpturen, Anerkennung geben, Komplimente aussprechen, Umdeuten, Reframing, Splitting, Arbeit mit Metaphern und Geschichten, Familienrekonstruktion (Arbeit an den Ursprungsfamilienystemen), therapeutische Rituale, Ein-Personen-Reflektierendes Team, Reflektierendes Team. Wesentlich ist für mich in der systemischen Psychotherapie: Die Anwendung der systemischen Techniken und Methoden ist nicht ohne die spezifische systemische Haltung denkbar: Ich praktiziere eine systemisch-wachstumsorientierte Sichtweise und fokussiere auf Ressourcen und Wahlmöglichkeiten der PatientInnen. Im Vordergrund stehen die Fähigkeiten und Stärken der PatientInnen und nicht deren Defizite. PatientInnen begegne</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>ich in einer Haltung des Respekts, der Unvoreingenommenheit, des Interesses und der Wertschätzung. Dem Krankheitsmodell herkömmlicher Therapieansätze wird ein optimistisches Modell der Veränderung und der Gesundheit gegenüber gestellt und die PatientInnen werden als „ExpertInnen ihrer selbst“ angesehen.</p> <p>In meiner psychotherapeutischen Tätigkeit (und Lehre) nutze ich integrativ systemische, systemisch-hypnotherapeutische, ressourcen-/lösungsorientierte und narrative Ansätze. Theoretischer Hintergrund sind: Kybernetik 1. und 2. Ordnung, radikaler Konstruktivismus, sozialer Konstruktivismus, Autopoiese, Differenztheorie, Sprachphilosophien u.a.</p>
Ruppiner Kliniken	<p>Zirkuläres und hypothetisches Fragen (Selvini Palazzoli, Stierlin), kontextbezogenheit, Lösungsorientierte Therapie (Palo-Alto-Gruppe um Richard Fisch, John Weskland, Don D. Jackson, Gregory Bateson u. a.), strategische Interventionen (Hausaufgaben) nach Jay Haley, Fokussieren auf Ausnahmen von Problemlernen (DeShazer, Insoo Kim Berlin); „Therapy as if“ (P. Watzlawick), Ressourcenorientierung nach Milton Erickson (O'Hanion u. Hexum), Strukturelle Familientherapie und Denken in Subsystemen (Minuchin), Symbolspiele, Telearbeit (A. Aichinger u. a.) Hypnosystemische Interventionen, „Konferenzen mit der inneren Familie“ und Würdigung bisheriger Lösungen und Lösungsversuche (G. Schmidt), mehrgenerationale Perspektive und Genogrammarbeit (I. Boszomenyi-Nagy), humanistisch-wachstumsorientierte Perspektive (Virginia Satir), positive Konnotationen und Umdeuten, Narrative Therapie und Externalisierungen (Goolishian, Anderson, White, Epton), Skulpturarbeit, Arbeit mit dem Familienbrett, Spielmultilog und Systemisch-psychomotorische Familienberatung nach Joseph Richter, Multifamilientherapie, u.v.m. Auftragsklärung unter der Prämisse der Allparteilichkeit individuell, familiär und kontextorientierte Diagnostik unbedingt wertschätzend und ressourcenorientierte Haltung, die Patienten zutraut, eigene Lösungen zu finden.</p>
Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG)	<p>Wir verweisen hier auf die gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) und der Systemischen Gesellschaft (SG) vom 14.02.2014, die eine Definition des Verfahrens „Systemische Therapie“ beinhaltet und die theoretischen Grundlagen, Störungstheorie(n), Therapietheorie(n), Therapieziele und therapeutischen Grundhaltung dieses Verfahrens wiedergibt und eine ausführliche Beschreibung der Methoden und Techniken liefert. Auch wir halten eine reine Auflistung von Techniken und Methoden für nicht ausreichend, um ein wissenschaftliches Verfahren wie die ST zu beschreiben und dessen Wirkweise zu verstehen. Im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) wird die Systemische Therapie (ST) „als ein psychotherapeutisches Verfahren beschrieben, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. Dabei werden zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten („Indexpatienten“) weitere Mitglieder des für Patienten bedeutsamen sozialen Systems einbezogen. Die Therapie fokussiert auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie oder des Systems und deren weiterer sozialer Umwelt. Die ST betrachtet wechselseitige intrapsychische (kognitiv---emotive) und biologisch---somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen“ (WBP, 2009). Die in der ST verwendeten Methoden können u.a. unterschieden werden im Sinne von strukturellen, strategischen, symbolisch---metaphorischen, zirkulären, lösungsorientierten, narrativen und dialogischen Methoden. Dabei werden u.a. systemische Fragen zum Zusammenhang zwischen Symptomen und Beziehungen, positives Umdeuten von Symptomen und anderen Problemen, symbolisch---metaphorische und erlebnisaktivierende Methoden, Arbeit mit Reflektierenden Teams, spezielle Schlussinterventionen und Verhaltensverschreibungen sowie Neu--- Inszenierung von Familienritualen angewandt (Sydow et al., 2007). Insgesamt ist hinsichtlich der Methodik zu sagen, dass sie sich von anderen Therapieverfahren insofern unterscheidet, als dass immer wieder die „Wechselbeziehungen (in Verhalten und Wahrnehmung) zwischen zwei und mehr Menschen, ihren Symptomen, sowie ihrer weiteren Umwelt zum Gegenstand des Verstehens und der Veränderung gemacht“ werden (Sydow et al., 2007). Durch diesen Ansatz wird eine offene und nicht---bewertende Haltung hinsichtlich der Problematik des Patienten ermöglicht, wodurch der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung eher gewährleistet ist als durch einen theoriefernen Einsatz verschiedener Methoden. Zudem wird durch die Vermittlung entsprechender (System---) Zusammenhänge und Gespräche mit Bezugspersonen sowohl hinsichtlich des Verständnis--- und Änderungsprozesses, als auch einer Rückfallprophylaxe eher Rechnung getragen als durch eine reine Einzelbehandlung und/oder ungenügend vorbereitete Bezugspersonensitzung. In der ST ausgebildete Therapeuten sind eher in der Lage, die Dynamik eines Bezugspersonengesprächs aufzufangen und für den Veränderungsprozess nutzbar(er) zu machen als Therapeuten in den Richtlinienpsychotherapieverfahren, die dies in der Ausbildung kaum einüben.</p>
Dr. med Wolfgang Dillo	<p>Die systemische Therapie bietet eine Vielzahl von therapeutischen Techniken, die sie von andern Verfahren unterscheidet (unter anderem zirkuläres statt lineares Fragen, Hypothesen bilden statt deuten, lösungsorientiert statt problemzentriert handeln). Neben diesen Techniken ist es aber vor allem die Haltung des Therapeuten/Therapeutin, die einen Unterschied macht. Von Beginn an wird dem Patienten im therapeutische Prozess die Verantwortung für den</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Heilungsprozess. Er ist somit nicht mehr Opfer einer Krankheit, der er wehrlos ausgeliefert ist, sondern wird zum Gestalter. Mit respektvoller Neugier gelingt es in der Regel leicht Patienten in diese Haltung zu bringen, in der sie dann ihre eigenen Ressourcen und Fähigkeiten wieder entdecken, um ihre Probleme zu lösen. Sowohl in der ambulanten Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie mit Familien, in denen ein Angehöriger psychisch erkrankt ist, als auch in der stationären Akutpsychiatrie und vor allem im Zwangskontext einer geschlossenen psychiatrischen Station ergeben sich hierdurch neue Ansätze. Die Erfahrungen mit systemischen Methoden in der Familienambulanz der Medizinischen Hochschule Hannover zeigen auch bei bis dahin chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung erstaunlichen Erfolge: Dillo W, Baumgarten A, Steinmüller S. Systemische Ansätze im Geflecht von ambulanter und stationärer Behandlung bei Menschen mit Psychosen. Sozialpsychiatrische Information. 2/2009 (39) 24-28 Dillo W, Wellmann B, Blanke U. Die Integration psychisch Kranker in den Arbeitsmarkt über 1€Jobs. Erste Erfahrungen eines Modellprojektes Fortschritte Neurologie und Psychiatrie 2010 78 288-293</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)</p>	<p>Systemische Therapie zeichnet sich durch Ressourcen-, Kontext- und Klienten- sowie Beziehungsorientierung aus. Störungs- und defizitorientierte Aspekte treten in den Hintergrund, und der Umgang des Indexpatienten mit seinem Symptom im sozialen Bezugssystem tritt in den Fokus und wird als veränderbar angesehen. Damit einher geht die Orientierung auf den Kontext, d.h. die Interaktion des Symptomträgers mit seinem sozialen Bezugssystem. Eine Reihe von Methoden und Techniken werden mit dem Ziel eingesetzt, dysfunktionale und starre Denk- und Verhaltensmuster dem therapeutischen Prozess verfügbar zu machen, diese herauszufordern und neue Sicht-, Denk- und Verhaltensweisen im System anzuregen. Als zentrale Methoden sind zu nennen: zirkuläre Fragen, Fragen nach Ausnahmen, Reframing, (Familien-) Skulpturarbeit, Genogrammarbeit, Paradoxe Interventionen, Joining, Enactment, Hausaufgaben und Verordnungen, Reflektieren des Team. Ziel ist vor allem eine Verbesserung der Interaktions- und Kommunikationsmuster des Index-Patienten in seinem sozialen Bezugssystem. Häufig findet die systemische Therapie in Paar- und Familientherapien Anwendung.</p>
<p>Andreas Schindler</p>	<p>-Anliegenorientierung: Die ST hat stärker als andere Verfahren Methoden erarbeitet, mit denen sich, ausgehend von den Anliegen der Patienten und vom institutionellen Auftrag des Leistungserbringers, wirksame Therapieaufträge erarbeiten lassen.</p> <p>-Lösungs- und Ressourcenorientierung: Dieser zentralen psychotherapeutischen Wirkfaktor ist in besonderem Maße in der therapeutischen Grundhaltung der ST verankert. Die vielfältigen hierzu entwickelten Methoden sind aus dieser Grundhaltung heraus besonders schlüssig</p> <p>-Beziehungsorientierung: Die ST hat schon immer einen Fokus auf die Veränderung dysfunktionaler Beziehungen gelegt. Sie hat dafür eine Vielzahl von Methoden sowohl für das einzeltherapeutische als auch für paar-, familien-, gruppen- und multisystemische Settings entwickelt.</p>
<p>Dr. Wilhelm Rott- haus</p>	<p>Strukturelle Familientherapie (Minuchin); Skulpturarbeit; Arbeit mit dem Famili-enbrett; strategische Familientherapie (Haley); zirkuläres und hypothetisches Fragen (Selvini Palazzoli, Stierlin); Lösungsorientierte Therapie (DeShazer, Insoo Kom Berg); Ressourcenorientierung; positive Konnotation; hypnosystemisches Therapie (Schmidt u.a.), positives Umdeuten; Narrative Therapie (White, Epton); Externalisierungen; Telearbeit; u. a.</p>
<p>Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)</p>	<p>a. Unseres Erachtens ist die Frage zu eng gestellt: Bei der Beurteilung der Systemischen Therapie (ST) - und jeden anderen Verfahrens - bzw. bei der Würdigung des jeweiligen Beitrags zur Versorgung psychisch Kranker sollte ein besonderes Gewicht auf die mit dem Verfahren erschlossenen verfahrensspezifischen Zugangsmöglichkeiten zu Psychotherapiepatienten gelegt werden: Die spezifischen wissenschaftlich begründeten Grundannahmen (zugrunde liegende anthropologische und wissenschaftstheoretische Annahmen) und die darauf aufbauenden, bisher nicht in der GKV-Versorgung vertretenen verfahrensspezifischen Antworten zu Fragen der Krankheits- /Störungsentstehung, der Bedingungsfaktoren und Störungsfolgen, der Wirkfaktoren etc. stellen einen wesentlichen Beitrag zur Verbreiterung und Verbesserung des Versorgungsspektrums dar. Eine gute Therapeut-Patient-Beziehung setzt voraus, dass der Therapeut Methoden nicht nur als erlernte Techniken anwendet, sondern einen Kompetenzerwerb der Psychotherapie finden kann, mit dem er sich identifizieren kann und der nicht im Widerspruch zu seinem eigenen Denken und Fühlen steht. Die allegiance des Therapeuten, seine Bindung an ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren, seine Fähigkeit, sich mit dessen Verstehenshintergründen innerlich verbinden zu können, macht einen ganz wesentlichen Teil seiner therapeutischen Wirksamkeit aus. Psychotherapieverfahren und Therapeutenpersönlichkeit müssen kongruent zueinander sein, um therapeutisch wirksam werden zu können und damit das Spektrum an Passungsmöglichkeiten für Patienten erweitern zu können.</p> <p>Dieser Faktor unterscheidet Psychotherapie wesentlich von anderen therapeutischen medizinischen Maßnahmen. Er ist daher bei der Bewertung zusätzlich zu gewichten und mit einzubeziehen. Ein weiteres wissenschaftlich begründetes und anerkanntes Verfahren stellt angesichts der Einengung der Versorgung</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>auf Verhaltenstherapie und psychodynamische Verfahren für sich schon einen Gewinn dar im Sinne einer Diversifizierung des Angebots an psychotherapeutischen Behandlungsformen und einer Erweiterung der Passung zwischen Verfahren und Patientenpersönlichkeit.</p> <p>b. Wie kein anderes Verfahren legt die ST ihr Augenmerk auf die Wechselbeziehungen von Wahrnehmung und Verhalten zwischen den Menschen und erfasst dabei die Rolle des Symptoms als eingebettet in die Interaktionsprozesse auf den verschiedenen Systemebenen und zwischen den Systemebenen (biologisch – Körper, seelisch – Mensch, interpersonell - Familie u. Mitwelt, psychosozial – Umfeld, gesellschaftlich – Herkunft, Schicht, kulturell-Herkunftsland). Dabei bieten die Systemtheorien spezifische Modellvorstellungen, die in dieser ausgearbeiteten Form in anderen psychotherapeutischen Zugängen nicht präsent sind. Systemwirkungen auf einer Systemebene und Verknüpfungen zwischen verschiedenen Systemebenen mit den entsprechenden Aufwärts- und Abwärtseffekten (Uexküll, Wesiack: Theorie der Humanmedizin) haben einen hohen Erklärungswert für die komplexen seelischen Vorgänge bei seelischen Erkrankungen. Die zirkulären Wechselwirkungsprozesse entsprechen komplex verknüpften Regelkreisen, bei denen jede Veränderung eines Faktors oder eines Inputs aus einer über- oder untergeordneten Systemebene über die Reaktionen der anderen Glieder des Regelkreises auf den einen Faktor oder die andere Systemebene verändernd wieder zurückwirken. Diesen Prozessen gilt die besondere Aufmerksamkeit der ST. Statt um Ursache-Wirkung-Zusammenhänge geht es um Beeinflussungszusammenhänge unter Beachtung der Einflüsse der verschiedenen Systemebenen mit ihren unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten. Diese Betrachtungsweise ermöglicht einen Störungszugang ohne bewertende (positiv- negativ, richtig-falsch, schuldig –unschuldig) Konnotationen, was der Wahrung einer neutralen Haltung zugute kommt und eine Offenheit im Zugang zu den Problemen des Patienten, der Familie, des Umfeldes ermöglicht. Auch wenn nicht identisch, so ist diese neutrale Haltung der auf die intrapsychischen Prozesse bezogenen Äquidistanz zwischen Wunsch und Abwehr bei den psychodynamischen Verfahren ähnlich.</p> <p>c. Die Techniken der ST leiten sich aus den systemischen Grundannahmen folgerichtig ab. Die ST hat auf dieser Grundlage spezifische Behandlungsformen entwickelt: Paar- und Familientherapie, Einbezug von Fachleuten, Aufsuchende Familientherapie, Multifamilientherapie, Netzwerkinterventionen etc. stellen neben ‚klassischen‘ Behandlungsangeboten (Einzel und Gruppe) einen originären Beitrag zur Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten und zur Verbesserung der Versorgung dar. Auch die Interventionsmethoden sind auf systemische Aspekte zugeschnitten (wie z.B. Familienskulptur und -Aufstellungen, Familienrekonstruktion, Arbeit mit Familiengeschichten, Neu- Inszenierungen von Familien-Ritualen, Genogramm, reflecting team, Kooperationsgespräche etc.) und bedeuten eine Bereicherung der psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten.</p> <p>d. Wenn auch einige der Methoden in anderen Psychotherapieverfahren angewandt werden, so stellen auch diese unter dem spezifischen Blickwinkel der Systemprozesse spezifisch systemische Interventionsmethoden dar.</p>

B Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen in Bezug auf die Anwendungsbereiche gemäß § 22 Psychotherapie-Richtlinie

2. Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis der Systemischen Therapie.

Einschätzende(r)	Antwort
<p>Dr. Leo Gürtler / Dr. Gerhard Scholz</p>	<p>Kontext: Suchttherapeutische Einrichtung „start again“ in Zürich/ Schweiz www.startagain.ch. Diese streng abstinenzorientierte stationäre suchttherapeutische Einrichtung ist die größte dieser Einrichtungen im Kanton Zürich. Klienten im start again sind seit dem Beginn 1992 schwerstsüchtige Personen. Besonders ist der forensische Aspekt, da ein nicht unbeträchtlicher Teil der Klienten nach „Therapie statt Strafe“ in das start again – also als Maßnahmeklientel – gekommen sind. Hierzu liegt eine extensive Evaluationsstudie über mehrere Jahre vor, die vom Bundesamt für Justiz de Schweiz für den Kontext „Therapie statt Strafe“ als Modellprojekt finanziell gefördert wurde. Studer, U.M. (1998). <i>Verlangen, Süchtigkeit und Tiefensystemik. Fallstudie des Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige Start Again in Männedorf und Zürich im Zeitraum von 1992 bis 1998. Subventioniert durch das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement</i>, Bern: Bericht an das Bundesamt für Justiz (BAJ). Zürich: Start Again. Ansatz der Tiefensystemik, der auf der Kombination von systemischem Ansatz und Achtsamkeits- und Weisheitsmeditation basiert (Anapana-sati und Vipassana) sowie Peer Groups und den Alltag explizit einbezieht: Systemische Einzel, Familien- und Paartherapie (inkl. fallrekonstruktiver Ansatz, also das Verstehen von Zusammenhängen) Achtsamkeits- und Weisheitsmeditation Peer Group (Selbsthilfegruppen) Alltag als Therapie - stationärer Wohngemeinschaftsansatz, der neben der Förderung individueller Autonomie</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>auch das Bildungsniveau (Beruf, ...) sowie die körperliche Situation (Ernährung, Sport, ...) einbezieht -> also Qualifikation und Coepetition Evaluationsstudie der Einrichtung „start again“ von 1992-1998, finanziell gefördert von dem Bundesamt für Justiz der Schweiz (BAJ, Stichwort: „Therapie statt Strafe“) Die Studie kann über das BAJ oder hier bezogen werden: Dr. Leo Gürtler, leog@anicca-vijja.de In Kürze: angesichts eines konservativ gewählten Erfolgskriteriums kann anhand bayesischer Statistik (für kleine Fallzahlen) über den Zeitraum 1992-1998 nachgewiesen werden, dass 2/3 der Klienten, die das Programm durchlaufen, als genesen eingestuft werden können. Es gibt keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede und Maßnahmeklientel („Therapie statt Strafe“) profitieren im selben Ausmaß wie freiwillige Klienten, verbleiben aber aufgrund der Maßnahme länger im Programm (Stichwort: „Zeit bindet“) Das Erfolgskriterium beinhaltet 1 Jahr Katamnesezeit und ist so formuliert, dass Erfolg nicht nur sich auf die Freiheit vom starken Drogenkonsum richtet, sondern erwartet, dass Klienten sich aktiv mit der eigenen Sucht weiterhin auseinandersetzen (z.B. Selbsthilfegruppen, Vipassana Meditation, etc.) -> s. für Details die Originalstudie In den 2000er Jahren fiel aufgrund der sehr starken Anwesenheit von Persönlichkeitsstörungen und dem Aufkommen viel potenterer und gefährlicherer Drogen (Multitox-Konsum) die Genesungsrate auf ~50% → Komorbiditäten Konklusio der Analysen ist, dass weniger Einzelfaktoren für den Therapieerfolg bedeutsam sind, sondern es ist das tiefensystemische Gesamtprogramm, das wirksam ist. Einen einzelnen Bestandteil oder Technik bzw. Methode isoliert zu betrachten macht laut der Studie keinen Sinn, ausser dass Vipassana Meditation ein bedeutsamer Faktor für die Verhinderung eines schweren Rückfalles ist Die Details insb. methodologischer Art können in der Originalstudie nachgelesen werden. Gürtler, L.; Studer, U.M. und Scholz, G. (2010). <i>TIEFENSYSTEMIK. Band 1. Lebenspraxis und Theorie. Wege aus Süchtigkeit finden.</i> Münster: MV-Verlag. Folgend der Evaluationsstudie liegt eine qualitative Katamnese studie (fallrekonstruktiv) mit n=5 ehemaligen Klienten über den Langzeitverlauf nach ihrem Austritt aus start again war. Alle Untersuchungspartner waren Schwerstsüchtige und ihre Fallstudien kommen z.T. bereits in der Evaluationsstudie von UM Studer (1998) vor. Die Studie rekonstruiert nicht nur den Genesungsverlauf im Zuge eines tiefensystemischen Settings, sondern arbeitet auch den Status Quo der Genesung auf, leitet davon fallabhängige Prognosen ab und entwickelt ein allgemeines Modell der Genesung von Sucht und Süchtigkeit.</p>
Wolfgang Loth	<p>Born, A. (2012) Multifamilientherapie in Deutschland. Praxis d Kinderpsychologie u Kinder-psychiatrie 61(3): 167-182 Grünwald, H. S. et al. (2003): Nachhaltigkeit Ambulanter Systemischer Therapie - Eine Multizenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz.Volltext: http://www.sbap.ch/aktivitaeten/pdf/politik/EAST_Katamnese.pdf Massenbach, K.v. (2003) Katamnese Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie (EAST). Eine Multizenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz [im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung (SGS)].Volltext: http://www.systemis.ch/fileadmin/img/content/PDFs/katamnese_east.pdf Ochs, M. & J. Schweitzer (Hrsg.)(2012): Handbuch Forschung für Systemiker. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Pölz, T. (2009) Studie zur Wirksamkeit lösungsorientierter systemischer Fragetechniken in der Online-Selbsthilfe. Master-Thesis, Wien.Volltext: http://www.auditem.com/Studie.pdf Retzlaff, R., S. Beher, W. Rothhaus, J. Schweitzer & K. von Sydow (2009): Systemische Therapie mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. Zum aktuellen Stand der Wirksamkeitsforschung. In: Familiendynamik 34(3): S. 284-295 Retzlaff, R., K. von Sydow, W.Rothhaus, S. Beher, J. Schweitzer: (2009): Systemische Therapie als evidenzbasiertes Verfahren - aktuelle Fakten, Entscheidungen und Aussichten. als Volltext: http://psychotherapeutenjournal.de/pdfs/2009_01/PTJ200901004.pdf Richter, J. & A. Siegmund (2011): Systemisch-psychomotorische und gesprächsorientiert-systemische Beratung bei Familien mit psychisch gestörten Kindern. Praxis der Kinder-psychologie und Kinderpsychiatrie 60(10): S. 789–804 Schiepek, G., Noichl, F., Tischer, D., Honermann, H. & Elbing, E. (2001). Stationäre Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. Evaluation eines systemisch-ressourcenorientierten Konzepts. Psychotherapeut, 46(4), 243-251. Schweitzer, J., S. Beher, K. von Sydow, R. Retzlaff (2007): Systemische Therapie/ Familientherapie. als Volltext: http://www2.bptk.de/uploads/03_schweitzer.pdf Seiffge-Krenke, I., S. Beher & C. Skaletz (2007) Die Wirksamkeitsforschung von systemischer Therapie/Familientherapie: Zeitbezogene Trends und Unterschiede in der Qualität von Studien zu verschiedenen Behandlungsmodellen. Z f Familienforschung 19(2): 231-246. Volltext: http://www.zeitschrift-fuer-familienforschung.de/pdf/2007-2-seiffge.pdf Sternath, B. & M.C. Trachsel (2005) Hilft Familienrekonstruktion? Eine katamnestiche Untersuchung zur Wirksamkeit von Familienrekonstruktion am ZSB Bern. Volltext: http://www.humanpsychology.ch/wp-content/uploads/2011/02/familienrekonstruktion.pdf Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer-Rothers, J. (2007). Die Wirksamkeit von Systemischer Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe. Sydow, K.v., S. Beher, J. Schweitzer & R. Retzlaff (2010): The Efficacy of Systemic Therapy With Adult Patients: A Meta-Content Analysis of 38 Randomized Controlled Trials. In: Family Process 49 (4): S. 457-485. von Massenbach, K. (2003): Katamnese Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie (EAST). Eine Multizenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz. Volltext: http://www.systemis.ch/fileadmin/img/content/PDFs/katamnese_east.pdf Themenheft „Systemische Forschung“ der Familiendynamik Heft 1/2013 u.a. mit: Ochs, M. (2013): Pluralität und Diversität systemischer Forschung. In: Familiendynamik 38 (1): S. 4-11. Kriz, J. & W. Tschacher (2013): Systemtheorie als Strukturwissenschaft: Vermittlerin zwischen Praxis und Forschung. In: Familiendynamik 38 (1): S. 12-21. Vogd, W. (2013): Polykontextualität:</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	Die Erforschung komplexer systemischer Zusammenhänge in Theorie und Praxis. In: Familiendynamik 38 (1): S. 32-41. Weinhold, J., C. Hunger, A. Bornhäuser & J. Schweitzer (2013): Wirksamkeit von Systemaufstellungen: Explorative Ergebnisse der Heidelberger RCT-Studie. In: Familiendynamik 38 (1): S. 42-51. Grünwald, H., K. Stauffacher, A. Kiss, C. Ostafin-Hermann & J. Liechti (2013): Ergebnisqualität ambulanter systemischer Therapie bei Anorexie. Eine Praxisstudie zur Wirksamkeit der systemisch orientierten Therapie im ambulanten Setting. In: Familiendynamik 38 (1): S. 52-61.
Dr. Susanne Altmeyer	Hier möchte ich verweisen auf das Werk „Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Beratung“ von von Sydow, Beher, Retzlaff und Schweitzer, Horgrefe, 2007 und den Artikel: Psychother Psychosom 2010;79:136–148; Effects of Interventions Involving the Family in the Treatment of Adult Patients with Chronic Physical Diseases: A Meta-Analysis Mechthild Hartmann, Eva Bänzner, Beate Wild, Ivan Eisler, Wolfgang Herzog
Friedebert Kröger	Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie wurde in einer Expertise für den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nachgewiesen (Sydow et al., 2007) und führte zur wissenschaftlichen Anerkennung des Psychotherapieverfahrens. Im Rahmen des Prozesses der sozialrechtlichen Anerkennung sind durch die systemischen Verbände weitere Studien zur Wirksamkeit nachgereicht worden. Diese brauchen an dieser Stelle nicht näher genannt zu werden.
Gudrun Bassarak	Mir ist bekannt, dass es Studien zum Nutznachweis der Systemischen Therapie gibt, jedoch kenne ich sie nicht im Detail. In meinem eigenen Arbeitsgebiet gibt es auswertbare Daten über Therapieverläufe, aber noch keine Auswertungen. Seit 2004 habe ich selbst in einigen Veröffentlichungen Therapieverläufe beschrieben, die Möglichkeiten systemischer Vorgehensweisen in der Praxis illustrieren (siehe Anlage).
Filip Caby	Hier ist auf die Arbeitsgruppe von PD Dr. Kirsten von Sydow, Universität Hamburg, Stefan Beher, Universität Bielefeld, Prof. Dr. Jochen Schweitzer-Rothers, Universitätsklinik Heidelberg, Dr. Rüdiger Retzlaff, Universitätsklinik Heidelberg, zu verweisen, die einer Literaturstudie zu Folge feststellt, dass im Erwachsenenbereich in einer Meta-Inhaltsanalyse von 33 RCT-Studien zur Systemischen Paar-, Familien-, und Einzeltherapie bei spezifischen Krankheitsbildern festgestellt wurde, dass Systemische Therapie/Familientherapie in 27 von 33 RCT erfolgreich abschnitt und besser als Wartegruppen oder andere Interventionen oder ebenso gut wie andere etablierte Interventionen (z. B. VT) war. Eindeutig belegt ist demnach die Wirksamkeit von ST/FT bei Depressionen, Essstörungen, psychischen & sozialen Faktoren bei somatischen Krankheiten, Alkohol- & Drogenkonsumstörungen Schizophrenie (systemische + psychoedukative FT + Medikation). Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergab eine Meta-Inhaltsanalyse von 50 RCT-Studien zur systemischen Familientherapie bei spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbildern in 44 von 50 Studien besser als Wartegruppen oder andere Interventionen oder ebenso gut wie andere etablierte Interventionen (z.B. KVT) abschnitt. Eindeutig belegbar ist die Wirksamkeit Systemischer FT bei folgenden Störungen des Kindes- und Jugendalters: Depressionen und Suizidalität, Essstörungen, Somatischen Krankheiten, Störungen des Sozialverhaltens und Drogenkonsumstörungen. Wahrscheinlich wirksam ist systemische FT bei: ADHS und körperliche Misshandlung / Vernachlässigung von Kindern durch Eltern.

Einschätzende(r)	Antwort
------------------	---------

<p>Udo Pfennig</p>	<p>Beeindruckend finde ich die Ergebnisse von Svedberg et.al. bezüglich des Outcomes bei der Behandlung schizophrener erwachsener bezüglich Arbeitsfähigkeit beziehungsweise Rentenbezug, stationäre Behandlungstage und Neuroleptikagabe, wobei die Stockholmer Stichprobe eher bundesdeutsche Ver-</p>																																																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">COMPARISON OF 5-YEARS FOLLOW-UPS IN WESTERN LAPLAND AND STOCKHOLM</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>ODAP Western Lapland</th> <th>Stockholm*</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>1992-1997</th> <th>1991-1992</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>N=72</th> <th>N=71</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Diagnosis:</td> </tr> <tr> <td>Schizophrenia</td> <td></td> <td>59%</td> <td>54%</td> </tr> <tr> <td>Other non-affective psychosis</td> <td></td> <td>41%</td> <td>46%</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Mean age years:</td> </tr> <tr> <td>female</td> <td></td> <td>26,5</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>male</td> <td></td> <td>27,5</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>Hospitalization days/mean</td> <td></td> <td>31</td> <td>110</td> </tr> <tr> <td>Neuroleptic used in all</td> <td></td> <td>29%</td> <td>93%</td> </tr> <tr> <td>Neuroleptic used ongoing</td> <td></td> <td>17%</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>GAF(Global Assessment of Functioning) a</td> <td></td> <td>66</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>Disability allowance or sick leave</td> <td></td> <td>19%</td> <td>62%</td> </tr> </tbody> </table>	COMPARISON OF 5-YEARS FOLLOW-UPS IN WESTERN LAPLAND AND STOCKHOLM						ODAP Western Lapland	Stockholm*			1992-1997	1991-1992			N=72	N=71	Diagnosis:				Schizophrenia		59%	54%	Other non-affective psychosis		41%	46%	Mean age years:				female		26,5	30	male		27,5	29	Hospitalization days/mean		31	110	Neuroleptic used in all		29%	93%	Neuroleptic used ongoing		17%	75%	GAF(Global Assessment of Functioning) a		66	55	Disability allowance or sick leave		19%	62%
	COMPARISON OF 5-YEARS FOLLOW-UPS IN WESTERN LAPLAND AND STOCKHOLM																																																												
			ODAP Western Lapland	Stockholm*																																																									
			1992-1997	1991-1992																																																									
			N=72	N=71																																																									
	Diagnosis:																																																												
	Schizophrenia		59%	54%																																																									
	Other non-affective psychosis		41%	46%																																																									
	Mean age years:																																																												
	female		26,5	30																																																									
	male		27,5	29																																																									
	Hospitalization days/mean		31	110																																																									
	Neuroleptic used in all		29%	93%																																																									
	Neuroleptic used ongoing		17%	75%																																																									
GAF(Global Assessment of Functioning) a		66	55																																																										
Disability allowance or sick leave		19%	62%																																																										
<p>hältnisse wiedergibt: Svedberg, B., Mesterton, A. & Cullberg, J. (2001). First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow-up. <i>Social Psychiatry, 36</i>:332-337.</p>																																																													

<p>Ralf Schobert</p>	<p>Hier ist auf die Studien hinzuweisen die bereits bei der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie vorgelegt wurden. Ausserdem ist auf die Arbeitsgruppe von PD Dr. Kirsten von Sydow, Universität Hamburg Stefan Behr, Universität Bielefeld, Prof. Dr. Jochen Schweitzer-Rothers, Universitätsklinik Heidelberg, Dr. Rüdiger Retzlaff, Universitätsklinik Heidelberg zu verweisen, die einer Literaturstudie zu Folge feststellt, dass im Erwachsenenbereich in einer Meta-Inhaltsanalyse von 38 RCT-Studien zur Systemischen Paar-, Familien-, und Einzeltherapie bei spezifischen Krankheitsbildern festgestellt wurde, dass Systemische Therapie/Familientherapie in 32 von 38 RCT erfolgreich abschnitt und besser als Wartegruppen oder andere Interventionen oder ebenso gut wie andere etablierte Interventionen (z. B. VT) war. Der neueste systematische Review zur Wirksamkeit von ST bei erwachsenen Störungen beschreibt differenziert 38 RCT-Studien (Sydow et al., 2010): Depression: 6 RCT Bipolare Störungen: 1 RCT Schizophrenie: 8 RCT Angststörungen: 2 RCT Somatoforme Störungen: 1 RCT Essstörungen: 4 RCT Psychosoziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen: 6 RCT zu Krebs, kardiovaskuläre Erkrankungen, HIV/AIDS und orthopädischen Beschwerden Substanzstörungen: 10 RCT, u.a. zu Alkohol- und Heroinabhängigkeit Eindeutig belegt ist demnach die Wirksamkeit von ST/FT bei Depressionen, Angststörungen, Somatoformen Störungen, Schizophrenie, Essstörungen, Psychischen & sozialen Faktoren bei somatischen Krankheiten, Alkohol- & Drogenkonsumstörungen und Schizophrenie (systemische + psychoedukative FT + Medikation) Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergab eine Meta-Inhaltsanalyse von 50 RCT-Studien zur systemischen Familientherapie bei spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbildern in 44 von 50 Studien besser als Wartegruppen oder andere Interventionen oder ebenso gut wie andere etablierte Interventionen (z.B. KVT) abschnitt. Eindeutig belegbar ist die Wirksamkeit Systemischer FT bei folgenden Störungen des Kindes- und Jugendalters: Depressionen und Suizidalität, Essstörungen, Somatischen Krankheiten, Störungen des Sozialverhaltens und Drogenkonsumstörungen Wahrscheinlich wirksam ist systemische FT bei: ADHS und Körperliche Misshandlung / Vernachlässigung von Kindern durch Eltern. Weltweit gesehen zählt Systemische Therapie zu den wichtigsten Psychotherapieverfahren. In Europa gehört sie in vielen Ländern zu den anerkannten verfahren die von en Krankenkassen bezahlt werden. Der therapeutische Nutzen ist deshalb besonders hoch, da Systemische Therapie nicht nur beim Indexpatienten, sondern auch bei den anderen Personen des relevanten Systems, zumeist den Familienangehörigen, Problemverhalten reduziert. Systemische Therapie ist kostengünstig, da sie die angestrebten Änderungen des Erlebens und Verhaltens nicht unbedingt in kürzerer Zeit, aber aufgrund der relativ hohen zeitlichen Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen mit einer relativ geringen Zahl an Behandlungsstunden erreicht und – wie Katamnesestudien immer wieder zeigen – nachhaltig wirkt, so dass sich in den Jahren nach Ende der Therapie zumeist noch weitere Verbesserungen einstellen.</p>
----------------------	--

Einschätzende(r)	Antwort
Hans Lieb	Ich möchte hier auf die umfangreiche Zusammenstellung empirischer Nachweise hinweisen – siehe Anhang unten. [Anhang PDF-Datei Literaturliste]
Reinert Hanswille	<p>Hier ist auf die Studien hinzuweisen die bereits bei der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie vorgelegt wurden. Ausserdem ist auf die Arbeitsgruppe von PD Dr. Kirsten von Sydow, Universität Hamburg Stefan Behr, Universität Bielefeld, Prof. Dr. Jochen Schweitzer-Rothers, Universitätsklinik Heidelberg, Dr. Rüdiger Retzlaff, Universitätsklinik Heidelberg zu verweisen, die einer Literaturstudie zu Folge feststellt, dass im Erwachsenenbereich in einer Meta-Inhaltsanalyse von 38 RCT-Studien zur Systemischen Paar-, Familien-, und Einzeltherapie bei spezifischen Krankheitsbildern festgestellt wurde, dass Systemische Therapie/Familientherapie in 32 von 38 RCT erfolgreich abschnitt und besser als Wartegruppen oder andere Interventionen oder ebenso gut wie andere etablierte Interventionen (z. B. VT) war. Der neueste systematische Review zur Wirksamkeit von ST bei erwachsenen Störungen beschreibt differenziert 38 RCT-Studien (Sydow et al., 2010): Depression: 6 RCT Bipolare Störungen: 1 RCT Schizophrenie: 8 RCT Angststörungen: 2 RCT Somatoforme Störungen: 1 RCT Essstörungen: 4 RCT Psychosoziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen: 6 RCT zu Krebs, kardiovaskuläre Erkrankungen, HIV/AIDS und orthopädischen Beschwerden Substanzstörungen: 10 RCT, u.a. zu Alkohol- und Heroinabhängigkeit Eindeutig belegt ist demnach die Wirksamkeit von ST/FT bei Depressionen, Angststörungen, Somatoformen Störungen, Schizophrenie, Essstörungen, Psychischen & sozialen Faktoren bei somatischen Krankheiten, Alkohol- & Drogenkonsumstörungen und Schizophrenie (systemische + psychoedukative FT + Medikation) Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergab eine Meta-Inhaltsanalyse von 50 RCT-Studien zur systemischen Familientherapie bei spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbildern in 44 von 50 Studien besser als Wartegruppen oder andere Interventionen oder ebenso gut wie andere etablierte Interventionen (z.B. KVT) abschnitt. Eindeutig belegbar ist die Wirksamkeit Systemischer FT bei folgenden Störungen des Kindes- und Jugendalters: Depressionen und Suizidalität, Essstörungen, Somatischen Krankheiten, Störungen des Sozialverhaltens und Drogenkonsumstörungen Wahrscheinlich wirksam ist systemische FT bei: ADHS und Körperliche Misshandlung / Vernachlässigung von Kindern durch Eltern. Weltweit gesehen zählt Systemische Therapie zu den wichtigsten Psychotherapieverfahren. In Europa gehört sie in vielen Ländern zu den anerkannten verfahren die von en Krankenkassen bezahlt werden. Der therapeutische Nutzen ist deshalb besonders hoch, da Systemische Therapie nicht nur beim Indexpatienten, sondern auch bei den anderen Personen des relevanten Systems, zumeist den Familienangehörigen, Problemverhalten reduziert. Systemische Therapie ist kostengünstig, da sie die angestrebten Änderungen des Erlebens und Verhaltens nicht unbedingt in kürzerer Zeit, aber aufgrund der relativ hohen zeitlichen Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen mit einer relativ geringen Zahl an Behandlungsstunden erreicht und – wie Katamnesestudien immer wieder zeigen – nachhaltig wirkt, so dass sich in den Jahren nach Ende der Therapie zumeist noch weitere Verbesserungen einstellen. Psychotraumatologie: In der Institutsambulanz des ifs gibt es inzwischen siet mehr als 10 Jahren einen Schwerpunkt in der Behandlung von Menschen mit Traumafolgestörungen. Die Patienten melden sich mit einfacher PTBS, DESNO und DIS Traumafolgestörungen an. Der Systemische Ansatz ist dabei unsere therapeutische Grundausrichtung. Inzwischen hat die Ambulanz einen sehr guten Ruf im großen Umkreis von Essen. Die Deutsche Bundesbahn, der Regionalverband Ruhr, die Ruhrkohle AG, Siemens AG zählen zu unseren Kunden die Mitarbeiter in die Ambulanz überweisen. Neben zahlreichen Veröffentlichungen und Kooperationen im traumatherapeutischen Kontext zeigt die Wertschätzung des systemischen Therapie im Bereich der Psychotraumatologie. Die Behandlung von Traumafolgestörungen mit Systemtherapeutischen Konzepten ist inzwischen gut evaluiert. Die Studien zeigen erfreuliche Ergebnisse sowohl bei einfacher PTBS als auch bei komplexen Traumafolgestörungen in der Behandlung einfacher PTBS nach Autounfällen (M. Stankovic 2013) und nach Hurrikan Katrina mit MDFT (Rowe L. u. Liddel H. 2008). Clauter vergleicht ST und KBT (Clauter S.; 2011) und M. Lau bietet eine vergleichende Studie zwischen ST und analytischer Gruppentherapie bei jungen Frauen mit Missbrauchserfahrung in der Kindheit (Komplexe Traumafolgestörungen) (M. Lau u.a. 2007). Häufig präsentiert sie sich in manualisierten Formen, siehe hierzu z.B. das CPP-Modell (Child-Parent Psychotherapy, Lieberman et al. 2005), den FS/Target-Ansatz (Family Systems Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy), das Focus-Programm (Families Overcoming and Coping Under Stress) oder das TST (Trauma Systems Therapie) Programm (Saxe u.a.2007) deren Wirksamkeit in einer Studie mit 110 Familien, in der mehrzählmehrfach traumatisiert gezeigt werden konnte (Saxe u.a. 2005). Auch die Verbindung von EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) und Familientherapie (Maxfield et al. 2007) ist erfolgreich. In Deutschland finden sich überwiegend integrative Konzepte mit klassischen traumatherapeutischen Vorgehensweisen. Den theoretischen Rahmen dazu bilden die Haltungen und Konzepte der systemischen Therapie (siehe Hanswille und Kissenbeck 2010, Hanswille 2011, Hanswille 2012a u. b, Kissenbeck 2013, Korittko und Pleyer 2010)</p>

Einschätzende(r)	Antwort
V. Hähnlein/ Dr. J. Rimpel	(Speziell zur Thematik „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten“/“somatoforme Störungen“ - siehe Literaturliste unten:) Ataoglu, A. et al. (2003), Cockburn, J. T. et al. (1997), Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000), Lau, M., & Kristensen, E. (2007), Saarijärvi, S. et al. (1989), Saarijärvi, S. (1991), Saarijärvi, S. et al. (1992), Schade, N. et al. (2011).
Bundesdirektoren- konferenz (BDK)	Die wichtigsten Studien zum Wirksamkeitsnachweis der systemischen Therapie sind bereits Grundlage des Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 14.12.2008 gewesen. Hier ist insbesondere auf die Publikationen der Arbeitsgruppe um Liddle zu verweisen, die auch im Literaturverzeichnis des Antrages von Dr. Deisler vom 11.02.2013 zitiert werden. Hierbei liegt der Schwerpunkt allerdings eindeutig auf der Anwendung bei Adoleszenten. Weitere Studien sind von dieser Arbeitsgruppe in der Folge ebenfalls noch durchgeführt und publiziert worden, diese beschäftigen sich aber weiterhin mit Störungen bei Adoleszenten. Im Bereich der Anwendung der systemischen Therapie bei erwachsenen Patienten ist nach der Begutachtung durch den wissenschaftlichen Beirat vor allen Dingen die Meta-Analyse von v. Sydow und Kollegen (2010) zu nennen, die die vorhandenen kontrollierten Studien zur Anwendung dieser Psychotherapiemethode 2010 noch einmal zusammengefasst hat. Hierbei ist allerdings einschränkend zu erwähnen, dass die Literatur, die in dieser Meta-Analyse eingegangen ist, ebenfalls mit dem Jahr 2008 endet, also keine aktuelleren Studien eingehen. Der Nutzensnachweis der systemischen Therapie bei Erwachsenen kann aber damit wie schon im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie 2008 als erbracht gelten, insbesondere was die Anwendung der systemischen Therapie bei Erwachsenen mit affektiven Störungen, Essstörungen, Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankungen anbelangt. Außerdem existiert eine breite Erfahrung der Anwendung der systemischen Therapie in der psychotherapeutischen Behandlung schwer somatisch kranker Patienten. Insgesamt ist die Datenbasis aber weiterhin schmaler als dies beispielsweise im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie der Fall ist.
Dr. med. Wolfheir- rich Maurer	In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergab eine Meta-Inhaltsanalyse von 50 RCT-Studien zur systemischen Familientherapie bei spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbildern in 44 von 50 Studien besser als Wartegruppen oder andere Interventionen oder ebenso gut wie andere etablierte Interventionen (z.B. KVT) abschnitt. Eindeutig belegbar ist die Wirksamkeit Systemischer FT bei folgenden Störungen des Kindes- und Jugendalters: Depressionen und Suizidalität, Essstörungen, Somatischen Krankheiten, Störungen des Sozialverhaltens und Drogenkonsumstörungen Wahrscheinlich wirksam ist systemische FT bei: ADHS und Körperliche Misshandlung / Vernachlässigung von Kindern durch Eltern.
Martin Bökmann	Lagen schon zur wissenschaftlichen Anerkennung vor.
Deutsche Gesell- schaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)	Kann nicht beantwortet werden
Berufsverband der Kinder- und Ju- gendlichen- Psy- chotherapeutin- nen und -therapeuten e. V. (BKJ)	Hier ist auf die Studien hinzuweisen die bereits bei der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie vorgelegt wurden. Ausserdem ist auf die Arbeitsgruppe von PD Dr. Kirsten von Sydow, Universität Hamburg Stefan Beher, Universität Bielefeld, Prof. Dr. Jochen Schweitzer-Rothers, Universitätsklinik Heidelberg, Dr. Rüdiger Retzlaff, Universitätsklinik Heidelberg zu verweisen, die einer Literaturstudie zu Folge feststellt, dass im Erwachsenenbereich in einer Meta-Inhaltsanalyse von 38 RCT-Studien zur Systemischen Paar-, Familien-, und Einzeltherapie bei spezifischen Krankheitsbildern festgestellt wurde, dass Systemische Therapie/Familientherapie in 32 von 38 RCT erfolgreich abschnitt und besser als Wartegruppen oder andere Interventionen oder ebenso gut wie andere etablierte Interventionen (z. B. VT) war. Der neueste systematische Review zur Wirksamkeit von ST bei erwachsenen Störungen beschreibt differenziert 38 RCT-Studien (Sydow et al., 2010): <input type="checkbox"/> Depression: 6 RCT <input type="checkbox"/> Bipolare Störungen: 1 RCT <input type="checkbox"/> Schizophrenie: 8 RCT <input type="checkbox"/> Angststörungen: 2 RCT <input type="checkbox"/> Somatoforme Störungen: 1 RCT <input type="checkbox"/> Essstörungen: 4 RCT <input type="checkbox"/> Psychosoziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen: 6 RCT zu Krebs, kardiovaskuläre Erkrankungen, HIV/AIDS und orthopädischen Beschwerden <input type="checkbox"/> Substanzstörungen: 10 RCT, u.a. zu Alkohol- und Heroinabhängigkeit Eindeutig belegt ist demnach die Wirksamkeit von ST/FT bei Depressionen, Angststörungen, Somatoformen Störungen, Schizophrenie, Essstörungen, Psychischen & sozialen Faktoren bei somatischen Krankheiten, Alkohol- & Drogenkonsumstörungen und Schizophrenie (systemische + psychoedukative FT + Medikation) Als Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verweisen wir besonders auch darauf, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Meta-Inhaltsanalyse von 50 RCT-Studien zur systemischen Familientherapie bei spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbildern in 44 von 50

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Studien besser als Wartegruppen oder andere Interventionen oder ebenso gut wie andere etablierte Interventionen (z.B. KVT) abschnitt. Eindeutig belegbar ist die Wirksamkeit Systemischer FT bei folgenden Störungen des Kindes- und Jugendalters: Depressionen und Suizidalität, Essstörungen, Somatischen Krankheiten, Störungen des Sozialverhaltens und Drogenkonsumstörungen Wahrscheinlich wirksam ist systemische FT bei: ADHS und Körperliche Misshandlung / Vernachlässigung von Kindern durch Eltern. Weltweit gesehen zählt Systemische Therapie zu den wichtigsten Psychotherapieverfahren. In Europa gehört sie in vielen Ländern zu den anerkannten Verfahren die von den Krankenkassen bezahlt werden. Der therapeutische Nutzen ist deshalb besonders hoch, da Systemische Therapie nicht nur beim Indexpatienten, sondern auch bei den anderen Personen des relevanten Systems, zumeist den Familienangehörigen, Problemverhalten reduziert. Systemische Therapie ist kostengünstig, da sie die angestrebten Änderungen des Erlebens und Verhaltens nicht unbedingt in kürzerer Zeit, aber aufgrund der relativ hohen zeitlichen Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen mit einer relativ geringen Zahl an Behandlungsstunden erreicht und – wie Katamnesestudien immer wieder zeigen – nachhaltig wirkt, so dass sich in den Jahren nach Ende der Therapie zumeist noch weitere Verbesserungen einstellen.</p>
Klinikum Oberberg Klinik für Psychiatrie II	Sympa-Projekt
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (dgpp)	
Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie GmbH (APP)	<p>Hier ist auf die Studien hinzuweisen die bereits bei der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie vorgelegt wurden. Ausserdem ist auf die Arbeitsgruppe von PD Dr. Kirsten von Sydow, Universität Hamburg Stefan Behr, Universität Bielefeld, Prof. Dr. Jochen Schweitzer-Rothers, Universitätsklinik Heidelberg, Dr. Rüdiger Retzlaff, Universitätsklinik Heidelberg zu verweisen, die einer Literaturstudie zu Folge feststellt, dass im Erwachsenenbereich in einer Meta-Inhaltsanalyse von 38 RCT-Studien zur Systemischen Paar-, Familien-, und Einzeltherapie bei spezifischen Krankheitsbildern festgestellt wurde, dass Systemische Therapie/Familientherapie in 32 von 38 RCT erfolgreich abschnitt und besser als Wartegruppen oder andere Interventionen oder ebenso gut wie andere etablierte Interventionen (z. B. VT) war. Der neueste systematische Review zur Wirksamkeit von ST bei erwachsenen Störungen beschreibt differenziert 38 RCT-Studien (Sydow et al., 2010): <input type="checkbox"/> Depression: 6 RCT <input type="checkbox"/> Bipolare Störungen: 1 RCT <input type="checkbox"/> Schizophrenie: 8 RCT <input type="checkbox"/> Angststörungen: 2 RCT <input type="checkbox"/> Somatoforme Störungen: 1 RCT <input type="checkbox"/> Essstörungen: 4 RCT <input type="checkbox"/> Psychosoziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen: 6 RCT zu Krebs, kardiovaskuläre Erkrankungen, HIV/AIDS und orthopädischen Beschwerden <input type="checkbox"/> Substanzstörungen: 10 RCT, u.a. zu Alkohol- und Heroinabhängigkeit Eindeutig belegt ist demnach die Wirksamkeit von ST/FT bei Depressionen, Angststörungen, Somatoformen Störungen, Schizophrenie, Essstörungen, Psychischen & sozialen Faktoren bei somatischen Krankheiten, Alkohol- & Drogenkonsumstörungen und Schizophrenie (systemische + psychoedukative FT + Medikation) Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergab eine Meta-Inhaltsanalyse von 50 RCT-Studien zur systemischen Familientherapie bei spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbildern in 44 von 50 Studien besser als Wartegruppen oder andere Interventionen oder ebenso gut wie andere etablierte Interventionen (z.B. KVT) abschnitt. Eindeutig belegbar ist die Wirksamkeit Systemischer FT bei folgenden Störungen des Kindes- und Jugendalters: Depressionen und Suizidalität, Essstörungen, Somatischen Krankheiten, Störungen des Sozialverhaltens und Drogenkonsumstörungen Wahrscheinlich wirksam ist systemische FT bei: ADHS und Körperliche Misshandlung / Vernachlässigung von Kindern durch Eltern. Weltweit gesehen zählt Systemische Therapie zu den wichtigsten Psychotherapieverfahren. In Europa gehört sie in vielen Ländern zu den anerkannten verfahren die von den Krankenkassen bezahlt werden. Der therapeutische Nutzen ist deshalb besonders hoch, da Systemische Therapie nicht nur beim Indexpatienten, sondern auch bei den anderen Personen des relevanten Systems, zumeist den Familienangehörigen, Problemverhalten reduziert. Systemische Therapie ist kostengünstig, da sie die angestrebten Änderungen des Erlebens und Verhaltens nicht unbedingt in kürzerer Zeit, aber aufgrund der relativ hohen zeitlichen Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen mit einer relativ geringen Zahl an Behandlungsstunden erreicht und – wie Katamnesestudien immer wieder zeigen – nachhaltig wirkt, so dass sich in den Jahren nach Ende der Therapie zumeist noch weitere Verbesserungen einstellen.</p>

Einschätzende(r)	Antwort
Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf	ydow, K. von, Beher, St., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007): Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie / Familientherapie. Göttingen, Hogrefe Retzlaff, R., Beher, St., Rotthaus, W., Schweitzer, J., von Sydow, K. (2009): Systemische Therapie mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. Zum aktuellen Stand der Wirksamkeitsforschung. Familiendynamik 34: 02 – 13 Retzlaff, R., Sydow, K. v., Beher, S., Haun, M. W. & Schweitzer, J. (2013). The Efficacy of Systemic Therapy for Internalizing and Other Disorders of Childhood and Adolescence: A Systematic Review of 38 Randomized Trials. Family Process (2013) doi: 10.1111/famp.12041.
Josef Heck	Siehe Eingaben der Dachverbände.
Dr. med. Michael Kroll	s. dazu Darstellung der Fachgesellschaft
Dr. med. Stefan Battel	Die systemische Therapie orientiert sich nicht nur an den Inpatienten, sondern bezieht wichtige Bezugspersonen mit ein. Aus meinem speziellen Arbeitsfeld mit Kindern- und Jugendlichen sind hier verschiedenste Subsysteme (Jugendämter, Familienhelfer, Lehrer etc.) miteinbezogen und erarbeiten Ressourcen orientierte Lösungen. Ich gehe freundlicher Weise davon aus, dass Ihnen die Studienlage bekannt ist. Bezüglich der Kosten spielt hier der mehrwöchige Abstand zwischen den Sitzungen ein nicht zu vernachlässigenden Kostenminimierungsfaktor dar.
Dr. B. Vieten	Studien zum Nutznachweis liegen in umfangreicher Form vor, zuletzt zusammengefasst von Sydow, K. v. (2012), Evaluationsforschung..., Handbuch Forschung, Göttingen.
Dr. med. Thomas Schillen	16 vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannte Studien zum Wirksamkeitsnachweis bei Erwachsenen in den Diagnosegruppen F1, F2, F3 und F50, F54, F55 (a.a.O.). Seikkula J et al. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. Psychotherapy Research, 16 (2), 214–228. Pharoah F et al. (2007) Family intervention for schizophrenia (Review). The Cochrane Library, 1 von Sydow K et al. (2010) The Efficacy of Systemic Therapy With Adult Patients: A Meta-Content Analysis of 38 Randomized Controlled Trials. Family Process 49(4), 457 – 485 Cao Y, Lu A (2007) The influence of systemic family therapy on the quality of life in schizophrenic patients. J. Clin. Psychol Med, 17(6), 403 – 404 Lehtinen K (1993) Need-adapted treatment of schizophrenia: a five-year follow-up study from the Turku project. Acta Psychiatrica Scandinavica, 87, 96 – 101 Bressi C et al. (2008) Systemic Family Therapy in Schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness. Psychotherapy and Psychosomatics, 77, 43 – 49 Leff J et al. (2000) The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. Br J Psychiatry, 177, 95-100 Miller IW et al. (2005) Treatment matching in the posthospital care of depressed patients. Am J Psychiatry, 162(11), 2131 - 2138
Gerd F. Müller	Ich selbst kann aus meiner langjährigen psychotherapeutischen Praxis berichten, dass insbesondere bei Essstörungen (Anorexie), Depressionen, Ängsten, sehr gute und nachhaltige Ergebnisse zu erzielen sind.
Ruppiner Kliniken	Entsprechend einer Literaturstudie stellte die Arbeitsgruppe von PD Dr. Kirsten von Sydow (Universität Hamburg), Stefan Beher (Universität Bielefeld), Prof. Dr. Jochen Schweitzer-Rothers (Universität Heidelberg), Dr. Rüdiger Retzlaff (Universitätsklinik Heidelberg) fest, dass im Erwachsenenbereich in einer Meta-Inhaltsanalyse von 33 randomisierten kontrollierten Studien zur Systemischen Paar-, Familien- und Einzeltherapie die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie eindeutig belegt ist bei Depressionen, Essstörungen, psychischen und sozialen Faktoren bei somatischen Krankheiten, Alkohol- und Drogenkonsumstörungen, Schizophrenie. Bei folgenden Störungen des Kindes- und Jugendalters konnte die Wirksamkeit Systemischer Familientherapie ebenfalls belegt werden: Depressionen und Suizidalität, Essstörungen, Somatischen Krankheiten, Störungen des Sozialverhaltens und Drogenkonsumstörungen.
Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie	Wir verweisen auf die von der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) und der Systemischen Gesellschaft (SG) vorgelegten Studien. Eine umfassende Prüfung der ST hat bereits durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (PsychThG) für die Behandlung von Erwachsenen und von Kindern und Jugendlichen mit positivem Ergebnis stattgefunden (WBP, 2009). Aufgrund der weitgehenden Übereinstimmung der Kriterien der Prüfung durch den WBP mit denen des G---BA empfehlen wir, die Ergebnisse des WBP anzuerkennen, auf eine nochmalige Prüfung der gleichen Studien zu verzichten und stattdessen die neu vorgelegten Studien mit einzubeziehen. Bei der Studienbewertung sollten nicht nur rein

Einschätzende(r)	Antwort
und Beratung e.V. (GwG)	methodische Aspekte, sondern auch die Anwendbarkeit im praktisch---therapeutischen Alltag im Sinne einer realistischen Patientenversorgung berücksichtigt werden.
Dr. med Wolfgang Dillo	Von R. Retzlaff finden sich Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit systemischer Therapie: Sydow, K. von, Beher, St., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007): Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie / Familientherapie. Göttingen, Hogrefe Retzlaff, R., Beher, St., Rotthaus, W., Schweitzer, J., von Sydow, K. (2009): Systemische Therapie mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. Zum aktuellen Stand der Wirksamkeitsforschung. <i>Familiendynamik</i> 34: 02 – 13
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)	Als Wirksamkeits- und Nutznachweise kann im Wesentlichen auf die im Gutachten des wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie vom 14.12.2008 genannten Publikationen verwiesen werden. Darüber hinaus ist als neuere Arbeit im Bereich der systemischen Psychotherapie mit Erwachsenen auf Girón et al. (2010) zu verweisen sowie die Übersichtsarbeiten von Retzlaff (2009) und von Sydow (2010) zu nennen. Des Weiteren liegen viele Arbeiten auf dem Gebiet der Behandlung Adolezenter vor. Wie schon im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates in 2008 dargestellt wird, ist die systemische Therapie vor allem bei Erwachsenen mit affektiven Störungen, Essstörungen, Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankungen wirksam, wenn auch die Datenbasis nicht so breit ist wie beispielsweise bei der kognitiven Verhaltenstherapie.
Andreas Schindler	Zusätzlich zu den in der Expertise von Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer (2006) angeführten Studien zur Behandlung substanzbezogener Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind mittlerweile zwei in Deutschland durchgeführte Studien publiziert worden, die beide zusätzliche Wirksamkeitsnachweise liefern und die Anwendbarkeit in Deutschland belegen. (Schindler, A., Sack, P.M., Gemeinhardt, B., Küstner, U., Thomasius, R. (2010). Eppendorfer Familientherapiestudie bei jungen Drogenabhängigen: Ergebnisübersicht und klinische Implikationen. <i>Sucht</i> , 56, 1, 61-70. ; MDFT???). An der Universitätsklinik Hamburg läuft derzeit eine vergleichende Therapiestudie bei Patienten mit Borderline-Störung. Die Effekte ambulanter Gruppentherapien werden verglichen (ST vs. DBT. Vs. SKT). Die Studie ist noch nicht abgeschlossen, aber die Ergebnisse einer Pilotstudie sind ermutigend (Schindler, A., Sander, A., Ahlenstorf, K. (2011). Systemisch-Interaktionelle Gruppentherapie für Patienten mit „Borderline-Störung“ – Konzept und Pilotstudie. <i>Familiendynamik</i> , 36, 4, 336-345).
Dr. Wilhelm Rott- haus	Nach meiner Erfahrung aus 34 Jahren zunächst familientherapeutischen, in der weiteren Entwicklung systemtherapeutischen Arbeitens ist die Systemische Therapie ein hoch wirksames Verfahren, das zudem kostengünstig ist. Weltweit gesehen zählt Systemische Therapie zu den wichtigsten Psychotherapieverfahren. Der therapeutische Nutzen ist deshalb besonders hoch, da Systemische Therapie nicht nur beim Indexpatienten, sondern auch bei den anderen Personen des relevanten Systems, zumeist den Familienangehörigen, Problemverhalten reduziert. Systemische Therapie ist kostengünstig, da sie die angestrebten Änderungen des Erlebens und Verhaltens nicht unbedingt in kürzerer Zeit, aber aufgrund der relativ hohen zeitlichen Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen mit einer relativ geringen Zahl an Behandlungsstunden erreicht und – wie Katamnesestudien immer wieder zeigen – nachhaltig wirkt, so dass sich in den Jahren nach Ende der Therapie zumeist noch weitere Verbesserungen einstellen. Sydow, K. von, Beher, St., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007): Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie / Familientherapie. Göttingen, Hogrefe Retzlaff, R., Beher, St., Rotthaus, W., Schweitzer, J., von Sydow, K. (2009): Systemische Therapie mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. Zum aktuellen Stand der Wirksamkeitsforschung. <i>Familiendynamik</i> 34: 02 – 13 Retzlaff, R., Sydow, K. v., Beher, S., Haun, M. W. & Schweitzer, J. (2013). The Efficacy of Systemic Therapy for Internalizing and Other Disorders of Childhood and Adolescence: A Systematic Review of 38 Randomized Trials. <i>Family Process</i> (2013) doi: 10.1111/famp.12041.
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)	<u>Vorbemerkung:</u> Ein Psychotherapieverfahren stellt keine umschriebene Erweiterung des diagnostischen oder behandlungstechnischen Vorgehens in einem begrenzten Krankheitsspektrum dar (worauf die GBA- Verfahrensordnung zugeschnitten ist), sondern eine umfassendere Kategorie mit wissenschaftlich begründeten Theoriesystemen, darauf aufbauenden, ausdifferenzierten Behandlungsstrategien und Gestaltungen der Therapeut-Patienten-Beziehung. Es gibt bisher kein allgemein anerkanntes wissenschaftliches Instrumentarium, das derart komplexe Systeme umfassend und reliabel hinsichtlich ihres geringeren oder höheren Nutzens in der Versorgungswirklichkeit vergleichen könnte. Aufgrund dieser fehlenden Nachweismöglichkeiten der Überlegenheit eines wissenschaftlich

Einschätzende(r)	Antwort																			
	<p>anerkannten Verfahrens gegenüber einem anderen, lässt sich die Frage des medizinischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit eines Verfahrens u. E. prinzipiell vorerst nicht anders beantworten, als mit der wissenschaftlich nachgewiesenen Bewährung von verfahrensorientierten Behandlungen in einer Vielzahl von Anwendungsbereichen.</p> <p><u>a. Wirksamkeit (GBA-VO § 17 <2> Nr. 1.a.):</u></p> <p>Im Gegensatz zu sonstigen Prüfaufträgen des GBA von diagnostischen und Behandlungsmethoden liegt eine bereits durchgeführte Überprüfung der Wirksamkeit durch den unabhängigen Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) vor. Diese wurde indikationsbezogen durchgeführt. Das Schwellenkriterium des G-BA stimmt weitgehend mit dem Kriterium des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) für die Anerkennung als Ausbildungsverfahren überein (s. Tabelle). Auch der WBP, auf dessen Bewertung hin ein Psychotherapieverfahren zur Ausbildung zugelassen wird, legt wie der G-BA sein Augenmerk auf nachgewiesene Wirksamkeit bei einem nahezu identischen breiten Spektrum von Indikationsgebieten, damit in den Ausbildungsstätten nach § 8 PsychThG auch „für die Ausbildung geeignete Patienten nach Zahl und Art in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen“ können. In der folgenden Tabelle sind die Übereinstimmungen mit einer Unterstreichung gekennzeichnet.</p> <p><u>Tabelle: Vergleich Schwellenkriterium WBP und G-BA</u></p> <table border="1" data-bbox="405 635 1818 1201"> <thead> <tr> <th data-bbox="405 635 875 691"></th> <th data-bbox="882 635 1352 691">Wissenschaftlicher Beirat (2002+2007)</th> <th data-bbox="1359 635 1818 691">Gemeinsamer Bundesausschuss</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="405 695 875 970">Kriterium bezüglich Anwendungsbereiche (2007) (unterstrichen = Übereinstimmung)</td> <td data-bbox="882 695 1352 970">Wissenschaftlich anerkannt: obligat: Affektive Störungen (F3) Angststörungen (F 40-F42) plus: ein Anwendungsbereich aus: F 44, F45, F48; F1, F55; F6 oder: 2 Anwendungsbereiche aus: F 43, F50, F51, F52, F54, F2, F0, F7, F84, F90, F91, F94, F95, F98.4</td> <td data-bbox="1359 695 1818 970">Schwellenkriterium: obligat: Affektiver Störungen (F3) Angst und Zwang (F40-F42) plus: Ein Indikationsbereich aus: F44, F45, F6, F1 oder: 2 Anwendungsbereiche aus: F43, F50, F51, F52, F94, F98,</td> </tr> <tr> <td data-bbox="405 975 875 1031">Kriterium pro Anwendungsbereich</td> <td data-bbox="882 975 1352 1031">2 (2002) bzw. 3 (2007) methodisch adäquate Studien</td> <td data-bbox="1359 975 1818 1031">?</td> </tr> <tr> <td data-bbox="405 1035 875 1171" rowspan="3">Nutzenaspekte:</td> <td data-bbox="882 1035 1352 1091">a. externer Validität partiell einbezogen</td> <td data-bbox="1359 1035 1818 1091">b. interne Validität auf Kosten externer Validität</td> </tr> <tr> <td data-bbox="882 1096 1352 1152">b. Gemischte Störungen zumindest z.T. einbezogen (Komorbidität)</td> <td data-bbox="1359 1096 1818 1152">b. Komorbidität bei Studien unberücksichtigt</td> </tr> <tr> <td data-bbox="882 1157 1352 1171">c. nachgewiesener Schaden</td> <td data-bbox="1359 1157 1818 1171">c. ?</td> </tr> <tr> <td data-bbox="405 1176 875 1201">Pos. bewertete Studien bei GPT</td> <td data-bbox="882 1176 1352 1201">Mind. 8 Studien (F3, F4, F43, F54)</td> <td data-bbox="1359 1176 1818 1201">1 Studie (F3)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Die ausgewiesenen Wissenschaftler des WBP haben unter gut dokumentierten und wissenschaftlich begründeten Kriterien Wirksamkeitsnachweise der ST geprüft und deren Nachweisqualität bestätigt. Wir bitten den G-BA und fordern die Mitglieder auf, hier nicht – wie schon geschehen - eine nochmalige Prüfung zur Frage der Wirksamkeit vorzunehmen, sondern die Ergebnisse der Wissenschaftler des WBP zu übernehmen. Der G-BA sollte sich u.E. auf die Wirksamkeitsprüfung der seither neu veröffentlichten Studien u.E. beschränken. Dabei möchten wir noch einmal appellieren, nicht im Rahmen der Nutzenbewertung eine Methodik anzuwenden, die einer Wirksamkeitsprüfung unter verschärften methodischen Kriterien entspricht. Es ist bekannt, dass erhöhte Anforderungen an die interne Validität (methodische Reinheit) i. d. R. mit Einbußen der externen Validität, der Verallgemeinerbarkeit auf die Patientenversorgung, einhergehen. Bei der Nutzenbewertung geht es aber vorrangig um die externe Validität, d.h. die Verallgemeinerbarkeit auf das Versorgungsgeschehen, worauf auch § 20 G-BA – VerfO besonders abhebt.</p>		Wissenschaftlicher Beirat (2002+2007)	Gemeinsamer Bundesausschuss	Kriterium bezüglich Anwendungsbereiche (2007) (unterstrichen = Übereinstimmung)	Wissenschaftlich anerkannt: obligat: Affektive Störungen (F3) Angststörungen (F 40-F42) plus: ein Anwendungsbereich aus: F 44, F45, F48; F1, F55; F6 oder: 2 Anwendungsbereiche aus: F 43, F50, F51, F52, F54, F2, F0, F7, F84, F90, F91, F94, F95, F98.4	Schwellenkriterium: obligat: Affektiver Störungen (F3) Angst und Zwang (F40-F42) plus: Ein Indikationsbereich aus: F44, F45, F6, F1 oder: 2 Anwendungsbereiche aus: F43, F50, F51, F52, F94, F98,	Kriterium pro Anwendungsbereich	2 (2002) bzw. 3 (2007) methodisch adäquate Studien	?	Nutzenaspekte:	a. externer Validität partiell einbezogen	b. interne Validität auf Kosten externer Validität	b. Gemischte Störungen zumindest z.T. einbezogen (Komorbidität)	b. Komorbidität bei Studien unberücksichtigt	c. nachgewiesener Schaden	c. ?	Pos. bewertete Studien bei GPT	Mind. 8 Studien (F3, F4, F43, F54)	1 Studie (F3)
	Wissenschaftlicher Beirat (2002+2007)	Gemeinsamer Bundesausschuss																		
Kriterium bezüglich Anwendungsbereiche (2007) (unterstrichen = Übereinstimmung)	Wissenschaftlich anerkannt: obligat: Affektive Störungen (F3) Angststörungen (F 40-F42) plus: ein Anwendungsbereich aus: F 44, F45, F48; F1, F55; F6 oder: 2 Anwendungsbereiche aus: F 43, F50, F51, F52, F54, F2, F0, F7, F84, F90, F91, F94, F95, F98.4	Schwellenkriterium: obligat: Affektiver Störungen (F3) Angst und Zwang (F40-F42) plus: Ein Indikationsbereich aus: F44, F45, F6, F1 oder: 2 Anwendungsbereiche aus: F43, F50, F51, F52, F94, F98,																		
Kriterium pro Anwendungsbereich	2 (2002) bzw. 3 (2007) methodisch adäquate Studien	?																		
Nutzenaspekte:	a. externer Validität partiell einbezogen	b. interne Validität auf Kosten externer Validität																		
	b. Gemischte Störungen zumindest z.T. einbezogen (Komorbidität)	b. Komorbidität bei Studien unberücksichtigt																		
	c. nachgewiesener Schaden	c. ?																		
Pos. bewertete Studien bei GPT	Mind. 8 Studien (F3, F4, F43, F54)	1 Studie (F3)																		

Einschätzende(r)	Antwort
	<p><u>b. Nutzenbewertung anhand von Studienauswertungen</u></p> <p>Eine Nutzenbewertung unter Versorgungsaspekten - auf bereits vorhandener Wirksamkeitsprüfung aufbauend – ist in Deutschland für neu zuzulassende Verfahren bisher kaum zu erbringen. Da zu Wirksamkeitsnachweisen mit RCTs evidenzgeprüfte Kurztherapien herangezogen werden, sind im Sinne der Qualitätssicherung des § 135 (1) eigentlich Studien aus der Versorgungsforschung einzubeziehen. Diese Studien, typischerweise mit niedrigerer Evidenzgradeinstufung, können von neuen Verfahren, die (noch) nicht zur GKV-Versorgung zugelassen sind, aber praktisch nicht durchgeführt werden. Daher haben sich nach unserer Kenntnis die Bewertungen des G-BA bisher auch nicht auf Nutznachweise sondern auf Wirksamkeitsnachweise gestützt. Wir regen an, diese Sachverhalte auch offen zu behandeln und wie der WBP die Kriterien, nach denen die Studien unter Wirksamkeits- und Nutzenaspekten bewertet werden, öffentlich darzulegen. Außerdem möchten wir empfehlen, Studien grundsätzlich nicht nach einem k.o.-System (Nachweisqualität vorhanden: ja oder nein) zu bewerten, sondern auch Studien mit geringerer interner Validität mit in die Bewertung einzubeziehen. Das ist z.B. über ein Punktesystem möglich, mit dem Studien je nach methodischer Qualität und nach Verallgemeinerbarkeit mit einem differenzierenden Punktesystem bewertet wird.</p> <p><u>c. Gemischte Indikationen</u></p> <p>Gerade angesichts der verbreiteten Multimorbidität psychisch Erkrankter sollten u.E. Studien an Populationen mit gemischten Indikationen unbedingt in die Bewertung einbezogen werden, da damit auch Patientengruppen z.T. besser erfasst werden können, die in der Versorgungsrealität ganz überwiegend vorkommen. Da der G-BA eine Nutzenbewertung vorzunehmen hat, sollten dabei Untersuchungen mit hinreichender methodischer Qualität und guter Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse aufgrund größerer Versorgungsnähe besonders bewertet werden.</p> <p><u>d. Auswirkungen auf sozialmedizinische Parameter (GBA-VO § 17 <2> Nr. 1.c. und d.):</u></p> <p>Die Nutznachweise hinsichtlich relevanter Patientenendpunkte, sozialmedizinischer Parameter und Inanspruchnahme anderer medizinischer Leistungen sind mit in der Versorgungsforschung angewandten Studiendesigns an unselektierten Populationen einzelner Versorgungssegmente zu gewinnen. Dabei sind nicht indikationsbezogene Kohorten, sondern im Versorgungsalltag mehrheitlich vorkommende Komorbiditäten und chronische Verlaufsformen zu berücksichtigen. Da diese Anwendungserforschungen zwingend niedrigere Evidenzgrade aufweisen, können keine Nutznachweise erbracht werden, sondern lediglich mit einer hinreichenden methodischen Qualität Nutzenhinweise. Nutzenhinweise werden gewonnen durch Patientenbefragungen oder durch Untersuchungen, die Daten über Arztbesuche, Medikamentenverbrauch, AU-Tage, Krankenhaustage und Reha- Maßnahmen etc. auswerten. Damit ließen sich patientenbezogene Endpunkte, wie in § 20 G-BA-Verfahrensordnung gefordert, eruieren. Es sei noch einmal betont, dass Verfahren, die keine sozialrechtliche Zulassung haben, auch faktisch nicht ihren Nutzen im Versorgungsalltag beforschen können. Neue Psychotherapie-Verfahren, die ihre Wirksamkeit bewiesen haben, in der klinischen Anwendungspraxis keine Anhaltspunkte für erhöhte Schadensrisiken zeigen und zu deutlichen Verbesserungen medizinischer und sozialmedizinischer Parameter führen, sind als Verfahren mit hinreichendem medizinischen Nutzen zu beurteilen.</p>

3. Gibt es Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen bei Anwendung der Systemischen Therapie?

Einschätzende(r)	Antwort
Susanne Singer	Bekannt geworden sind Todesfälle (Suizide) nach Teilnahme an Familienaufstellungen nach Hellinger. Dies ist keine systemische Therapie und die Fachgesellschaften haben dazu auch klar Stellung bezogen. Bei einer Anerkennung der Systemischen Therapie als Richtlinienverfahren sollte daher explizit diese Aufstellungen nach Hellinger ausgenommen werden.
Dr. Leo Gürtler / Dr. Gerhard Scholz	In Bezug auf die Einrichtung „start again“ -> nein. Es sollte jedoch fallangemessen und abhängig von Prozess jeweils unterschieden werden, wer in den Prozess einbezogen wird: Einzelebene (individualbiographisch) Paarebene Familienebene Dies hängt individuell vom Fall und vom Prozess ab und davon, wer sich in den Prozess einbeziehen lässt.
Wolfgang Loth	Schweitzer J, Schlippe Av, 2006. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (II). Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S.35 f.

Einschätzende(r)	Antwort
Dr. Susanne Altmeyer	Im Falle von Gewaltsystemen hat der Schutz der Klienten Vorrang, ebenso muss im Falle von Selbst- oder Fremdgefährdung für Schutz gesorgt werden, das bezieht sich allerdings auf alle Therapieformen und ist nicht spezifisch für die systemische Therapie
Friedebert Kröger	Wie in anderen Psychotherapieverfahren und -methoden ist eine fehlende Behandlungsmotivation, die ggf. auch nach motivierenden Gesprächen nicht aufzubauen ist, als Kontraindikation anzusehen. Eine Kontraindikation zur Mehrpersonenkonstellation kann bei akuten, agitierten Krankheitszuständen bestehen. Eine absolute Kontraindikation für die Mehrpersonenkonstellation kann ein hohes Gewaltpotenzial im Beziehungssystem darstellen, etwa wenn davon ausgegangen werden muss, dass eine Person (durchaus nicht nur die Indexperson) nach Abschluss des Therapiegesprächs körperlicher und/oder psychischer Gewalt ausgesetzt sein könnte. Die mangelnde Qualifikation ist – wie in anderen Verfahren auch – als Kontraindikation anzusehen.
Gudrun Bassarak	Ein unzureichend ausgebildeter Therapeut ist eine Kontraindikation bei der Anwendung systemischer Methoden. Dies gilt aus meiner Sicht vor allem für die Methoden der Systemischen Aufstellungsarbeit [siehe auch Trost, A. (2013): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psychosoziale und pädagogische Berufe. Dortmund (2013), S.422, 423]. Akute Psychosen Magersucht unter einem BMI mit lebensbedrohlicher Relevanz Entgiftung Menschen mit ausgeprägten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen Menschen mit Problemen des Verständnisses und Ausdrucks von Sprache Menschen mit Sinnesbehinderungen, sofern diese die systemischen Interventionen nicht verstehen können oder der Therapeut die Sprache, z.B. Gebärdensprache bei Gehörlosen, nicht beherrscht Menschen mit schwerwiegenden Problemen im Bereich der geistigen Entwicklung, wenn der Therapeut nicht in der Lage ist, sich auf die Entwicklungsebene des Klienten einzustellen Die Systemische Therapie ist dessen ungeachtet in der Angehörigenarbeit und in der Arbeit mit dem Lebensfeld von Menschen mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen hervorragend geeignet, die Situation der Klienten zu erleichtern und nachhaltig zu verändern.
Filip Caby	Es gibt m. E. keine Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen der Systemischen Therapie. Sie kann z.B. auch in der Behandlung von Menschen mit einer intellektuellen Behinderung eingesetzt werden. Die Abbrecherquote ist in der Systemischen Therapie geringer als in den anderen Therapieansätzen.
Udo Pfennig	Wie bei jeder Psychotherapie können Fokussierung auch auf vorhandene Konflikte im Therapieverlauf nicht ausgeschlossen werden und zu Beunruhigung von einzelnen Mitgliedern führen. Kontraindikationen und Risiken im engeren Sinne kann ich jedoch nicht erkennen:da von der gesamten Haltung und dem Vorgehen eher eine Ausrichtung auf Kooperation aller Beteiligten angestrebt wird.
Ralf Schobert	Es gibt m. E. keine Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen der systemischen Therapie. Sie kann z.B. auch bei der Behandlung von Menschen mit einer Intellektuellen Behinderung eingesetzt werden. Im Gegenteil ist z.B. die Abbrecherquote in der Systemischen Therapie geringer als in den anderen Therapieansätzen.
Hans Lieb	Mir sind keine bekannt. Das liegt meines Erachtens vor allem daran, dass zur systemischen Therapieethik der hohe Respekt vor der Autonomie der Klientel gehört und somit (ungewollte) Negativeffekte therapeutischen Handelns weitgehend ausgeschlossen sind.
Reinert Hanswille	Es gibt m. E. keine Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen der systemischen Therapie. Sie kann z.B. auch bei der Behandlung von Menschen mit einer Intellektuellen Behinderung eingesetzt werden. Im Gegenteil ist z.B. die Abbruchquote in der Systemischen Therapie geringer als in den anderen Therapieansätzen.
V. Hähnlein/ Dr. J. Rimpel	Nein. Es gelten dieselben Kautelen wie bei den anderen Richtlinienverfahren auch.
Anne M. Lang	Das Risiko ist der systemisch nicht bzw. schlecht ausgebildete Therapeut. Dabei ist dieses Verfahren anspruchsvoll, da es eben nicht darum geht, schnelle Standard-Interventionen zu lernen, sondern eine Erkenntnisphilosophie zu erwerben, auf Grund der dann die Interventionen erst Sinn machen.

Einschätzende(r)	Antwort
Bundesdirektorenkonferenz (BDK)	Auf Grundlage der veröffentlichten Studien und Meta-Analysen sind keine Kontraindikationen bei der Anwendung der systemischen Therapie bekannt, die über solche hinausgehen, die bei anderen Psychotherapieverfahren üblich sind (d. h. beispielsweise Einschränkungen der Anwendung bei mangelnden sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten, kognitiven Einschränkungen der Klienten etc.).
Sybille Sailer	Patienten mit Psychosen und Persönlichkeitsstörungen sind von dem systemischen Vorgehen bisweilen abgestoßen oder verweigern sich.
Dr. med. Wolfheinz Heinrich Maurer	Es gibt m. E. keine Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen der systemischen Therapie. Sie kann z.B. auch bei der Behandlung von Menschen mit einer Intellektuellen Behinderung eingesetzt werden. Im Gegenteil ist z.B. die Abbrecherquote in der Systemischen Therapie geringer als in den anderen Therapieansätzen.
Hans Schindler	Mein Klientel sind Erwachsene mit Depressiver Symptomatik: F 32.1, F32.2, F32.3 F33.1, F33.2, Panikstörungen F40, Angststörungen \$1, Zwangsstörungen F 42, Belastungs- und Anpassungsstörungen F 43, Somatoforme Störungen F 45, Essstörungen F 50, F 25 Schizoaffektive Störungen Bei ca. 35 % der Klienten reicht eine Kurzzeittherapie (25 Stunden) Bei weiteren 50 % der Klienten reicht eine Therapie von maximal 50 Stunden. Nur 15 % benötigen eine weitere Verlängerung. Kolleginnen und Kollegen, die mit Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie arbeiten, schicken mir häufig ihre Klienten zu ergänzenden Sitzungen mit Mitgliedern der Herkunftsfamilie oder der aktuellen Familie. Diese zusätzlichen Sitzungen im Mehrpersonensetting sollen Initialwirkungen für die Richtlinienverfahren haben. Die konstruktive Therapiearbeit im Mehrpersonensetting und die Setting-variabilität ist eine Qualität der systemischen Therapie, mit der sie der momentanen Richtlinienpsychotherapie überlegen ist.
Martin Bökmann	Kontraindikationen habe ich bisher nicht feststellen können. Man fragt immer soweit, wie es der Patient versteht und man bemüht sich in der Sprache des Patienten zu sprechen und in seinen Kontexten ihn zu befragen und zu verstehen. Systemische Therapie als verbales Verfahren findet sicherlich Grenzen bei schwersten Depressionen. Systemische Therapie bei Autisten habe ich noch nicht durchgeführt.
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)	Nach eingehender Diskussion erklären wir: weder Risiken noch Kontraindikationen sind uns bekannt.
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und -therapeuten e. V. (BKJ)	Es gibt m. E. keine Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen der systemischen Therapie. Sie kann z.B. auch bei der Behandlung von Menschen mit einer Intellektuellen Behinderung eingesetzt werden. Im Gegenteil ist z.B. die Abbrecherquote in der Systemischen Therapie geringer als in den anderen Therapieansätzen.
Fritz Pampus	Nach meiner Erfahrung nicht
Klinikum Oberberg Klinik für Psychiatrie II	keine speziellen
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und	

Einschätzende(r)	Antwort
–psychotherapie (dggpp)	
Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie GmbH (APP)	Es gibt m. E. keine Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen der systemischen Therapie. Sie kann z.B. auch bei der Behandlung von Menschen mit einer Intellektuellen Behinderung eingesetzt werden. Im Gegenteil ist z.B. die Abbrecherquote in der Systemischen Therapie geringer als in den anderen Therapieansätzen.
Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf	Uns sind keine Kontraindikationen aus Literatur und Praxis bekannt und in der praktischen systemischen Arbeit in der Psychiatrie in mehr als 20 Jahren keine Kontraindikationen begegnet.
Josef Heck	Keine!
Dr. med. Michael Kroll	Das Verfahren sollte nur von entsprechend zertifizierten qualifizierten Therapeuten angewendet werden. Die Ausbildungen müssen gewährleisten, dass Therapeuten sich nicht überschätzen, z.B. psychiatrische Symptomatik wie Suizidalität unterschätzen. Die systemische Therapie hat wie jedes Verfahren Grenzen der Wirksamkeit. Qualifizierte Therapeuten erkennen diese und kooperieren ggf. z.B. mit Fachärzten für Psychiatrie/ Psychotherapie.
Dr. med. Stefan Battel	Aus eigener Praxis ergeben sich keine Hinweise auf eine Kontraindikation. Selbst bei hoch emotional belasteten Patienten (bsp. Psychose) ist hier durch die Vernetzung der einzelnen Familienmitgliedern eine deutliche Entlastung im System und bei dem sog. Indexpatienten wahrzunehmen
Dr. B. Vieten	Die Einschätzung von Risiken und Kontraindikationen hängt natürlich insbesondere von der Einschätzung des Schweregrades der Störung durch einen erfahrenen Therapeuten ab. Relative Kontraindikationen ergeben sich insofern daraus, dass das Setting der Systemischen Therapie hier genau eingeschätzt werden muss, d. h. zu welchem Zeitpunkt kommt es zu einer Erweiterung des Fokus über den einzelnen Index-Patienten hinaus.
Michaela Schuhmacher	Bislang habe ich keine Kontraindikationen entdecken können.
Dr. med. Thomas Schillen	Identische Kontraindikationen und Risiken wie bei allen psychotherapeutischen Verfahren. Kontraindikationen bei Täter-Opfer-Systemen.
Gerd F. Müller	siehe Angaben der systemischen Verbände (DGSF, SG)
Ruppiner Kliniken	Uns sind keine Hinweise auf Risiken bzw. Kontraindikationen der Systemischen Therapie bekannt.
Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG)	In der Literatur zur ST finden sich keine Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen. Generell ist wie bei jeder Form von Behandlung und im engeren Sinne bei jeder psychotherapeutischen Behandlung zu beachten, dass eine entsprechende (in der Ausbildung vermittelte) therapeutische Kompetenz vorliegen muss, die es ermöglicht, auch eigene Kompetenzgrenzen zu erkennen und dann adäquat vorzugehen.
Dr. med Wolfgang Dillo	Kontraindikationen sind mir nicht bekannt. Unsere Erfahrungen in der ambulanten und stationären Anwendung systemischer Methoden zeigen, dass diese bei allen Krankheitsbildern in der Psychiatrie und auch im Kontext von Suizidalität einsetzbar sind

Einschätzende(r)	Antwort
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)	Allgemeine Risiken und unerwünschte Wirkungen anderer Psychotherapien, wie sie z.B. bei Lieberei und Linden (2008) beschrieben werden, können ebenso für die systemische Therapie angenommen werden. Darüber hinaus sind uns keine Studien bekannt, die ein Risiko spezifisch für die systemische Therapie beschreiben bzw. für die systemische Therapie ein höheres Risiko beschreiben als bei den anderen Verfahren.
Andreas Schindler	Meines Wissens keine über die für psychotherapeutische Verfahren im Allgemeinen geltenden hinausgehende.
Dr. Wilhelm Rott-haus	Hinweise auf besondere Risiken und Kontraindikationen bei Anwendung der Systemischen Therapie sind mir weder aus der Praxis noch aus der Literatur bekannt.
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)	Aus der Literatur sind keine Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen bekannt.

4. Ist eine spezifische Überlegenheit der Systemischen Therapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder im Vergleich zu anderen Alternativen, insbesondere im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren, nachweisbar?

Einschätzende(r)	Antwort
Susanne Singer	Systemische Ansätze eignen sich vor allem bei systembedingten Störungen bzw. bei Problemen, die durch das soziale System aufrechterhalten bzw. verstärkt werden. Dies betrifft beispielsweise Essstörungen. Eine weitere Spezifik ist die Ressourcen- und Lösungsorientierung, die im supportiven Bereich wichtig sind, z. B. bei Anpassungsstörungen und akuten Belastungsreaktionen im Rahmen von chronischen körperlichen Erkrankungen (Krebs, Herzinfarkt usw.).
Dr. Leo Gürtler / Dr. Gerhard Scholz	In der Einrichtung „start again“ wird nur der tiefensystemische Ansatz praktiziert und damit fallen Vergleiche weg. Bezogen auf starke Drogenabhängigkeit sind Genesungsraten von 2/3 (s.o. B.2, Studie von UM Studer 1998) in den 90ern und (s. Gründe oben B.2) ~50% ab den 2000ern sehr ordentliche Genesungsraten, wenn es um schwere Drogensucht geht
Dr. Susanne Alt-meyer	Wir machen die Erfahrung, dass die Einbeziehung von Verwandten und anderer Kontexte sich bei allen Psychischen Krankheitsbildern bewährt und systemisch weitergebildete Therapeuten Mehrpersonengespräche effektiver, leichter und besser führen können. Insbesondere bei Essstörungen und Angsterkrankungen empfinden wir systemische Therapie als besonders effektiv.
Friedebert Kröger	Bezüglich der spezifischen Überlegenheit der Systemischen Therapie in Therapievergleichsstudien sei auf die Vorlagen der systemischen Verbände verwiesen. Diese Studien verweisen besonders darauf, dass Patienten mit einem komplexen Hilfebedarf, der in der Regel bei schweren und/oder chronischen, psychischen und psychosomatischen Störungen vorliegt, besonders von der kontextualisierenden und ressourcenorientierten Behandlungsstrategie der Systemischen Therapie profitieren. Verwiesen sei auf die Studien z.B. von Seikkula et al., 2003, 2006 sowie z.B. Morgan et al. (2012). Studien zur Kosteneffizienz und Kostenreduktion bei der Behandlung von sogenannten „High Utilizers“ liegen vor (Crane, 2008; Crane et al. 2012, Morgan et al., 2012). Im Vergleich zu alternativen Therapieverfahren ist die drop-out Rate niedriger (z.B. Leff et al., 2000; Prado et al., 2001, Willutzki et al., 2004). Auf die Situation im somatisch-medizinischen Kontext wird unter B 6 Bezug genommen.

Einschätzende(r)	Antwort
Gudrun Bassarak	<p>Hier spreche ich aus Erfahrung. Ich bin seit 2007 Systemische Therapeutin und Beraterin (SG) und seit 2008 Systemische Kinder- und Jugendlichen-therapeutin (DGSF) und übe die Systemische Therapie im Sinne integrativer Arbeit in Kombination mit professioneller Musiktherapie (Musiktherapeutin DMtG) und seit neuestem als GIM-Therapeutin (Fellow of AMI) beruflich in Vollzeit aus. Die Methoden und Techniken der Systemische Theorie und Therapie sind meine unverzichtbaren „Handwerkszeuge“ und lassen sich hervorragend mit Methoden und Techniken der anderen Therapiemethoden und Verfahren kombinieren. Die Systemische Therapie sehe ich klar überlegen bei Menschen, bei denen die psychischen Probleme als Ausdruck von Beziehungsbedürfnissen und Ängsten verstanden werden können und bei denen die Arbeit mit dem Familiensystem und/oder der erweiterten Lebenswelt unverzichtbar ist. Auch wenn ich darüber hinaus primär individualtherapeutische Therapieverfahren erlernt habe (wie die Musiktherapie sowie die Methoden Guided Imagery and Music (GIM) und Musikimaginative Methoden), wende ich diese Methoden nahezu immer in Kombination mit Techniken der Systemischen Therapie an, u.a. weil diese hervorragend dazu geeignet sind, die Dynamik der Verflechtungen der Themen des Klienten mit Themen im Familiensystem zu erkennen und gezielt einen Wandel anzuregen. Besonders nützlich finde ich den nach systemischen Gesichtspunkten erarbeiteten Therapieauftrag. Aus meinem eigenen Praxisbereich finde ich die Systemische Therapie besonders in der Arbeit mit chronisch körperlich, psychosomatisch und psychisch erkrankten Menschen, (z.B. psychisch erkrankte Eltern), sozial benachteiligten Menschen, Familien in großen existenziellen Schwierigkeiten, Menschen mit Migrationshintergrund, sowie in der Arbeit mit Familien mit besonderen Familienkonstellationen, z.B. nach Trennungen oder mit besonderen Familienformen, wie z.B. Pflegefamilien</p>
Filip Caby	Siehe oben unter A.2.
Udo Pfnig	<p>Aus meiner persönlichen Erfahrungen von jetzt über 30 Jahren Psychotherapie mit den verschiedenen Stimmungsbildern in der Kinder- und Jugend- Psychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie und der Beobachtung vielfältiger Behandlungsverläufe von anderen Kollegen erscheint mir die Einbeziehung des Umfeldes immer wieder weiter zu führen und die Re-Kontextualisierung abgespaltener Prozesse der wesentliche Bestandteile von Verbesserung zu sein. Aus meiner Sicht ist dies auch nicht verwunderlich, da Krankheit auch als Ausblendung (Dissoziationsprozesse spielen hier eine wesentliche Rolle) wichtiger Kontexte verstanden werden kann nun direkt durch Kontext- Realisierung neue Möglichkeiten eröffnet werden.</p>
Ralf Schobert	<p>Am auffälligsten ist die deutlich geringere „drop-out“ Rate als in allen anderen verfahren (siehe K. von Sydow 2007,2010). Hinzu kommt die Fähigkeit der Systemischen Therapie auch therapieferne Zielgruppen anzusprechen die durch die Richtlinienverfahren nicht erreicht werden können. Multi-Problemfamilien, Substanzmittelmissbrauch etc. sind gut zu behandeln. In verschiedenen Störungsbereichen, u.a. bei Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Substanzstörungen, Schizophrenie und bei psychischen und somatischen Faktoren in Zusammenhang mit somatischen Krankheiten sowie auch bei komplexen Traumafolgestörungen/Persönlichkeitsstörungen (s. Sydow et al., 2010;) ist systemische Therapie erfolgreich wie VT, TP und PA. Besonders bemerkenswert ist die bei Schizophrenie durch Systemische Familientherapie deutlich reduzierte Rückfallquote (Sydow et al., 2010; Pharoah et al., 2010). Systemische Therapie verstand sich ursprünglich als KZT. Tatsächlich sind kurze systemische Interventionen nachweislich wirksam (Sydow et al., 2007, 2010). Einzelne Studien belegen, dass Systemische KZT schneller wirkt als analytische/ psychodynamische LZT, sowohl beim Vergleich von Systemischer KZT und auch psychodynamischer KZT (Knekt et al., 2008), als auch beim Vergleich von Systemischer Gruppentherapie mit analytischer Gruppentherapie (Lau & Kristensen, 2007). Insofern scheinen Patienten besonders gut auf den systemischen Ansatz anzusprechen und ein beträchtlicher Teil der Patienten kann mit Systemischer KZT geholfen werden.</p>
Hans Lieb	<p>Systemische Therapeuten sind vor allem qualifiziert für die Integration verschiedener Behandlungsstränge (ambulant – stationär; Integration von verschiedenen professionellen Unterstützungsformen (z.B. SPFH) und Psychotherapie). Besonders effektiv ist sie nachweislich bei Drogenabhängigkeit, Essstörungen und psychotischen Störungen.</p>
Reinert Hanswille	<p>Am auffälligsten ist die deutlich geringere „drop-out“ Rate als in allen anderen verfahren (siehe K. von Sydow 2007,2010). Hinzu kommt die Fähigkeit der Systemischen Therapie auch therapieferne Zielgruppen anzusprechen die durch die Richtlinienverfahren nicht erreicht werden können. Multi-Problemfamilien, Substanzmittelmissbrauch etc. sind gut zu behandeln. In verschiedenen Störungsbereichen, u.a. bei Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Substanzstörungen, Schizophrenie und bei psychischen und somatischen Faktoren in Zusammenhang mit somatischen Krankheiten sowie auch bei komplexen Traumafolgestörungen/Persönlichkeitsstörungen (s. Sydow et al., 2010;) ist systemische Therapie erfolgreich wie VT, TP und PA. Besonders bemerkenswert ist die bei Schizophrenie durch Systemische Familientherapie deutlich reduzierte Rückfallquote (Sydow et al., 2010; Pharoah et al.,</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>2010). Systemische Therapie verstand sich ursprünglich als KZT. Tatsächlich sind kurze systemische Interventionen nachweislich wirksam (Sydow et al., 2007, 2010). Einzelne Studien belegen, dass Systemische KZT schneller wirkt als analytische/ psychodynamische LZT, sowohl beim Vergleich von Systemischer KZT und auch psychodynamischer KZT (Knekt et al., 2008), als auch beim Vergleich von Systemischer Gruppentherapie mit analytischer Gruppentherapie (Lau & Kristensen, 2007). Insofern scheinen Patienten besonders gut auf den systemischen Ansatz anzusprechen und ein beträchtlicher Teil der Patienten kann mit Systemischer KZT geholfen werden. Im Bereich der Systemischen Traumatherapie ist durch die Einbindung des Systems ein deutlicher Vorteil zu erkennen. Die Stabilisierung ist durch die Systemeinbindung deutlich schneller und längerfristiger gesichert. Bei der Traumakonfrontation und Integration leistet die Systembeteiligung deutliche Vorteile, in dem die erarbeiteten Veränderungen durch Regelanpassungen und Kommunikationsveränderungen die Integration unterstützen.</p>
V. Hähnlein/ Dr. J. Rimpel	<p>Die spezifische Überlegenheit der Systemischen Therapie zeigt sich insbesondere in Kontexten, wo prinzipiell nur wenig Zeit zum Aufbau der therapeutischen Beziehung gegeben ist. Aufgrund spezieller systemischer Interventionstechniken ist der Zugang zur Psychotherapie speziell bei körperlichen und somatoformen Erkrankungen auch dort möglich, wo die Tiefenpsychologie/Psychoanalyse unüberwindbare Widerstände und die Verhaltenstherapie fehlende Therapiemotivation sehen. Gerade diese Patienten belasten häufig in besonderer Weise durch ständige Inanspruchnahme diagnostischer Maßnahmen das Gesundheitswesen. Der systemische Therapiezugang hingegen ermöglicht eine wirklich ursächliche Behandlung. (siehe auch unter 7. Wirtschaftlichkeit).</p>
Anne M. Lang	<p>Chronifizierte Situationen mit entsprechend im System ausgebaute Kommunikation über und um das Symptom sind in ihren Phänomenen systemisch besser mit Angeboten zu erfassen. (Behandlungssystem, Angehörigensystem, Kommunikationsspiralen usw.) Psychosomatische Patienten profitieren hier z.B von der Intervention das Symptom als Element der Interaktion und Kommunikation zu sehen Jugendliche und Kinder profitieren von der systemisch einbezogenen Elternarbeit. Alle Indikationen profitieren von systemischer Betrachtung, hier von der Flexibilität durch Utilisation und Konnotierens z.B. Symptome als Lösungsstrategie Klienten, die anspruchsvoller, reflektierter, älter sind, finden manchmal eine „standardisiert vorgenommene Psychotherapie“ mit einfachen Interventionen zu simpel und schätzen eine „kontextuelle Psychotherapie“ mit komplexeren Interventionen</p>
Bundesdirektorenkonferenz (BDK)	<p>Es sind uns keine empirischen Daten bekannt, die eine eindeutige Überlegenheit nachweisen und auf so genannten Head-to-Head Vergleichen fußen. Prinzipiell lässt sich aber aus der Tatsache, das bereits jetzt im stationären Rahmen aber auch im Rahmen ambulanter Psychotherapie Interventionsmethoden der systemischen Therapie Anwendung finden, ableiten, dass hier eine sinnvolle Ergänzung bestehender tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Konzepte existiert.</p>
Sybille Sailer	<p>Tiefenpsychologie/Psychoanalyse kann ich nicht einschätzen. Vergleichbar sind die Erfolge mit der Verhaltenstherapie, insbesondere der REVT. Der Anteil der Selbsterkenntnis und Selbststeuerung scheint mir aber insgesamt höher zu sein.</p>
Wolfheinrich Maurer	<p>Siehe oben (A.2.)</p>
Martin Bökmann	<p>Ja, systemische Therapie habe ich in allen Problembereichen eingesetzt, ist bei Familien und Süchtigen, bei sexuellen Übergriffen, für einzelne, Paare und Familien anwendbar. MDE und unipolare Depressionen, auch Erschöpfungssyndrome, Psychosomatosen und Ängste habe ich erfolgreich therapieren können. Ebenso Anorexie. Perspektivische Fragen zu stellen ist sehr hilfreich. Die Therapie ist deutlich der Tiefenpsychologie und Psychoanalyse überlegen.</p>
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)	<p>Überlegenheit, wenn Einbeziehung des Umfeldes von Vorteil, wie z. B. bei Verstrickungen in der Familie, Paar-Probleme, bei Ablösungs-Prozessen, ist.</p>

Einschätzende(r)	Antwort
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und -therapeuten e. V. (BKJ)	Am auffälligsten ist die deutlich geringere „drop-out“ Rate als in allen anderen Verfahren (siehe K. von Sydow 2007,2010). Hinzu kommt die Fähigkeit der Systemischen Therapie auch therapieferne Zielgruppen anzusprechen die durch die Richtlinienverfahren nicht erreicht werden können. Multi- Problemfamilien, Substanzmittelmissbrauch etc. sind gut zu behandeln. In verschiedenen Störungsbereichen, u.a. bei Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Substanzstörungen, Schizophrenie und bei psychischen und somatischen Faktoren in Zusammenhang mit somatischen Krankheiten sowie auch bei komplexen Traumafolgestörungen/Persönlichkeitsstörungen (s. Sydow et al., 2010;) ist systemische Therapie erfolgreicher als VT, TP und PA. Besonders bemerkenswert ist die bei Schizophrenie durch Systemische Familientherapie deutlich reduzierte Rückfallquote (Sydow et al., 2010; Pharoah et al., 2010). Systemische Therapie verstand sich ursprünglich als KZT. Tatsächlich sind kurze systemische Interventionen nachweislich wirksam (Sydow et al., 2007, 2010).
Fritz Pampus	Ja: Die Einbeziehung anderer Personen aus der Familie und/oder anderen Bezugssystemen des Patienten stärkt die Stabilität der erreichten positiven Änderungen mehr als z.B. bei der Verhaltenstherapie. Die Entwicklung einer Störung passiert aus systemischer Sicht in der Interaktion des Patienten mit seinem Umfeld; wenn dieses Umfeld bei der Therapie mit einbezogen wird, wird das Risiko für Rezidive erheblich gesenkt. (Zum „Umfeld“ gehören hier auch die biologisch-medizinischen Bedingungen und Abläufe beim Patienten; eine Kombination systemischer Therapie mit Pharmakotherapie ist in der Psychiatrie oft sehr sinnvoll) Die Behandlungsdauer ist i.d.R. deutlich kürzer als bei den anderen Verfahren, insbesondere der tiefenpsychologischen oder psychoanalytischen Therapie.
Klinikum Oberberg Klinik für Psychiatrie II Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (dggpp)	Erkrankungen aus dem Formenkreis der Psychosen, der bipolaren Störungen und der Demenzen. Darüber hinaus bei allen Krankheitsbildern bei denen die Einbeziehung der Familie und des sozialen Kontextes wichtig ist.
Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie GmbH (APP)	Am auffälligsten ist die deutlich geringere „drop-out“ Rate als in allen anderen verfahren (siehe K. von Sydow 2007,2010). Hinzu kommt die Fähigkeit der Systemischen Therapie auch therapieferne Zielgruppen anzusprechen die durch die Richtlinienverfahren nicht erreicht werden können. Multi-Problemfamilien, Substanzmittelmissbrauch etc. sind gut zu behandeln. In verschiedenen Störungsbereichen, u.a. bei Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Substanzstörungen, Schizophrenie und bei psychischen und somatischen Faktoren in Zusammenhang mit somatischen Krankheiten sowie auch bei komplexen Traumafolgestörungen/Persönlichkeitsstörungen (s. Sydow et al., 2010;) ist systemische Therapie erfolgreichen wie VT, TP und PA. Besonders bemerkenswert ist die bei Schizophrenie durch Systemische Familientherapie deutlich reduzierte Rückfallquote (Sydow et al., 2010; Pharoah et al., 2010). Systemische Therapie verstand sich ursprünglich als KZT. Tatsächlich sind kurze systemische Interventionen nachweislich wirksam (Sydow et al., 2007, 2010).
Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf	Gerade bei Patienten mit schweren psychotischen Störungen wie Schizophrenien, aber auch schweren Verläufen von Affektiven Störungen gelingt durch die Systemische Haltung und Herangehensweise und die Einbeziehung des gesamten, oft komplexen Behandlungssystems in der Regel eine gute Behandlungskooperation und es werden gute Behandlungsergebnisse erreicht, was in unserer psychiatrischen Arbeit daran deutlich wird, dass Patienten deutlich weniger häufig stationär wiederaufgenommen werden müssen, weniger Psychopharmaka benötigen, die Wiedereingliederungsmaßnahmen erfolgreicher verlaufen, auch die berufliche Rehabilitation. In der Behandlung von Suchtpatienten kommt es nach unseren Erfahrungen zu deutlich weniger Rückfällen. Die Systemische Therapie berücksichtigt auch die Kinder psychisch kranker Eltern in besonderer Weise und wirkt dadurch auch präventiv. Systemische Therapie kann auch bei Patienten angewendet werden, die bisher nur schwer einen oder keinen Behandlungsplatz in den Richtlinienverfahren fanden, wie z.B. Menschen mit Delinquenz und Persönlichkeitsstörungen oder schweren Suchtkrankheiten und Menschen mit Intelligenzminde rung. Wir haben sehr gute Erfahrungen in der Systemischen Behandlung psychisch kranker Menschen aus fremden Kulturen (Migrationshintergrund) gemacht, die zur Klientel unseres Versorgungssektors gehören und haben dabei Systemische Therapie mit Einzelnen, Paaren oder Familien mit der Hilfe

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>von Dolmetschern mit gutem Erfolg durchgeführt Literatur: Hegemann, T. und Oestereich, C. (2009) Einführung in die Systemische Beratung und Therapie. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg Auch die Systemische Therapie mit extremtraumatisierten Flüchtlingen mit PTBS und ihren Familien ist seit mehr als 15 Jahren in unserer Klinik und Ambulanz sehr erfolgreich (ebenfalls mit Dolmetschern). Den Patienten gelingt die Integration in die Gesellschaft, das Erlernen der Sprache, die Aufnahme von Arbeit oder Ausbildung Literatur: Oestereich, C. (2005) Nach dem Trauma: Nichts ist mehr wie zuvor! Wie können Traumata in die Lebenserzählung integriert werden? Systeme 19 (1): 46-71. Oestereich, C. (2010) Überleben? – Zurück ins Leben! Die Bedeutung der Lebenserzählung in der systemischen Behandlung traumatisierter Menschen. Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung 3: 100-110) In unserer Forensischen Psychiatrie können durch die Einbeziehung der Familien in die Systemische Therapie viele sehr schwere Störungen besser behandelt werden. Auch hier gelingen Linderung der Krankheitssymptome, Rehabilitation und Wiedereingliederung sowie Resozialisierung deutlich leichter.</p>
Josef Heck	<p>Ja! Die Patienten und ihre wichtigen Bezugspersonen sehen und fühlen sich durch den therapeutischen Frage- und Kommunikationsprozess in ihren psychischen, sozialen und neuronalen Denk-, Erlebens- und Verhaltensmustern in ihren relevanten sozialen Kontexten zutiefst verstanden und eingeladen, diese in einer ihre Autonomie respektierenden und ihre Kontextbedingungen mitberücksichtigenden Weise selbst zu ändern.</p>
Dr. med. Michael Kroll	<p>Im klinischen Alltag psychiatrischen Arbeitens geht es häufig um familientherapeutische Fragen und schwere psycho-soziale Problemlagen. Die Kooperationspartner arbeiten häufig systemisch, so dass Kooperationen vereinfacht werden (Ochs & Orban, 2012). Die Verzahnung von ambulanten Therapeuten und stationären Einrichtungen, von Jugendhilfe und Gesundheitssystem, von verschiedenen Helfern und Therapeuten ist vereinfacht. Die Systemische Therapie hat die Nutzung vorhandener Ressourcen und Kommunikationspfade wie kein anderes Verfahren im Blick. Systemisches Arbeiten bedeutet, diese Potentiale zu nutzen, und ist deshalb höchst effizient, am Empowerment ausgerichtet. Mit dieser ausgeprägten Ressourcen- und Lösungsorientierung und der Arbeit mit klar ausgehandelten Aufträgen sind Systemische Therapien tendenziell kürzer als andere Verfahren. Systemische Therapie bietet spezielle Methoden, die das Case-Management bei komplexeren Psychotherapiefällen übersichtlicher und mittelbar dadurch Einzelmaßnahmen wirkungsvoller machen. In der KJPP werden häufig Kinder mit erheblicher psycho-sozialer Belastung behandelt, bei denen psychiatrische Erkrankungen zwar aufgetreten sind. Durch Case-Management muss häufig die psycho-soziale Lage zunächst stabilisiert werden, bevor mit den Kindern an ihren kreativen, aber dysfunktionalen, Lösungsansätzen gearbeitet werden kann, die letztlich mit zur Erkrankung führten. Immer wieder wird beklagt, dass die am schwersten psychiatrisch Erkrankten relativ am schlechtesten versorgt werden. Dieser Diskriminierung könnte durch die Zulassung der Systemischen Therapie also in besonderer Form entgegengewirkt werden. Moderne Behandlung sind häufig Home-Treatments. Die dort heute bereits von den Jugendämter finanzierten Therapeuten arbeiten mit einer systemischen Ausbildung für die gesamten Familien. Für ihre Aufnahme in den Leistungskatalog der Krankenkassen spricht schließlich die erwiesenermaßen hohe Zufriedenheit der Patienten mit diesem Verfahren (Sydow et al., 2007; Sydow et al., 2010).</p>
Dr. med. Stefan Battel	<p>Gerade in Bezug auf Essstörungen und den affektiven Störungen konnte eine Nachweis geführt werden. Aus dem Kinder und Jugendpsychiatrischen spielen hier die Externalisierenden Störungen (ADHS, Störung des Sozialverhaltens) eine große Rolle, wo die systemische Herangehensweise aus Praktiker Sicht heraus, die effektivste ist.</p>
Dr. B. Vieten	<p>Die Überlegenheit eines Psychotherapieverfahrens einzuschätzen muss sowohl die subjektive Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten einbeziehen, darüber hinaus den Outcome, die Behandlungsdauer und damit die Kosten. Studien dazu liegen vor aus den USA von CRANE und PAYNE, 2011. CRANE (2012) weist für depressive Störungen eine geringere Rückfallrate aus. LEFF (2000) hat für Großbritannien eine größere Wirksamkeit hinsichtlich des Kernsymptoms bei depressiven Störungen nachgewiesen. Für Substanzstörungen liegen Studien von MORGAN (2012) vor, die eine kostengünstigere Therapie und niedrigere Rückfallraten beschreiben. Mehrere Studien weisen nach, dass die Drop-out-Rate bei Systemischen Therapien geringer ist. Im deutschsprachigen Raum beschreiben GRÜNWALD und andere 2013 (in Familiendynamik-Heft 38) die Ergebnisqualität ambulanter systemischer Therapie bei Anorexie. Für schizophrene Psychosen liegen Studien aus insbesondere finnischem Raum vor, hinsichtlich der Wirksamkeit und Kosteneffektivität (SEIKKULA 2006).</p>
Michaela Schuhmacher	<p>Patienten berichteten immer wieder von langen Therapiezeiträumen (Analyse, VT), teilweise ohne dass sich etwas verändert habe. Nach wenigen Therapiesitzungen konnten sie jedoch für sich selbst Veränderungen festmachen und betonten, wie viel die Sitzungen ihnen „gebracht hätten“. Meiner Beobachtung zufolge profitieren die Klienten hauptsächlich von der Eröffnung eines Lösungsraumes, der immer wieder bewusst gemacht und erweitert wird.</p>

Einschätzende(r)	Antwort
Dr. med. Thomas Schillen	Die unmittelbare reale Einbeziehung des sozialen Systems ist in den anderen Verfahren der Psychotherapie-Richtlinie nicht gegeben. Gerade in der Behandlung schwerer und chronischer psychischer Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie ist die Einbeziehung der Angehörigen typisch die Voraussetzung für einen längerfristigen Therapieerfolg. Dies gilt in gleicher Weise für den systemischen Fokus auf die Autonomie, die Ressourcenförderung und Lösungsorientierung des Patienten und seines Systems.
Gerd F. Müller	siehe Angaben der systemischen Verbände (DGSF, SG)
Ruppiner Kliniken	Die Systemische Therapie / Familientherapie kann unserer Erfahrung nach oft in hoch konflikthaften Familiensystemen mit psychiatrisch auffälliger Symptomatik einzelner Familienangehöriger besonders geeignet sein, um Compliance und nachhaltig positiv verlaufende Entwicklungen insbesondere dort zu ermöglichen, wo bisher eine Therapie-Bereitschaft ausgeschlossen wurde. (Die Abbrecherquote in systemischen Therapien gilt als geringer als in anderen Therapieverfahren.
Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG)	Die ST weist eine geringere drop—out Rate im Vergleich zu den Richtlinientherapieverfahren auf (Sydow et al., 2007, 2010, Beutler et al., 1993; Giacomo et al., 1997; Leff et al., 2000; Prado et al., 2002; Stanton & Shadish, 1997; Willutzki et al., 2004). Die ST benötigt häufig eine kürzere Therapiedauer. Bei einem Vergleich zwischen lösungsorientierter Therapie und psychodynamischer Kurzzeittherapie im Rahmen der „Helsinki Psychotherapy Study“ waren bis zu acht Sitzungen weniger notwendig, um eine ähnliche Wirksamkeit und ähnlich niedrige Rückfallraten zu erzielen (Marttunen et al., 2008; Knekt et al., 2004, 2008). Zum Teil zeigt sich eine höhere Wirksamkeit im Vergleich zu den Richtlinienverfahren: z.B. in geringeren Rückfallquoten bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Sydow et al., 2010; Pharaoh et al., 2010), sowie reduzierter Mortalität der Erkrankten bei der Behandlung psychischer Faktoren bei somatischer Krankheit (Hartmann et al., 2010; Sydow et al., 2010). Auch bei Substanzabhängigen zeigt die Studienlage geringere Rückfallraten und einen stabileren Abstinenzstatus der Betroffenen (Landau, 2011). In der ST stehen im Vergleich zu den Richtlinienverfahren ethnische, kulturelle, historische und religiöse Einflussfaktoren stärker im Fokus (Sydow et al., 2007), was im Zusammenhang mit einer sich schneller verändernden Gesellschaft (gestiegene inner--- und außereuropäische Mobilität, Migration) von zunehmender Bedeutung ist.
Dr. med Wolfgang Dillo	Aus meinen Erfahrungen ist insbesondere bei chronifizierten Erkrankungen die systemische Therapie nützlich. Da sie nicht problemfokussiert versucht Störungen zu behandeln, sondern ressourcenorientiert arbeitet, ergeben sich neue Perspektiven Problem zu lösen. Systemische Methoden bei ADHS und Aspergerpatienten sind besonders hilfreich. Diese Patienten entwickeln sich häufig sehr defizitorientiert, da sie aufgrund ihres unangepassten Verhaltens immer wieder negativ auffallen. Diese Patientengruppen reagieren mit hoher Therapiemotivation, wenn man sie zunächst in ihren besonderen Fähigkeiten annimmt und ihnen die Verantwortung überlässt (im Sinne der Neutralität), in welchen Bereichen ihres Lebens sie Veränderungen einführen wollen.
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)	Ein direkter Vergleich von Outcomemaßen zwischen den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren und der systemischen Psychotherapie ist uns nicht bekannt. Es ist in diesem Zusammenhang jedoch auf den breiten Anwendungsbereich der systemischen Therapie zu verweisen, der sich u.a. in der Flexibilität der Frequenz auszeichnet, auf die z.B. Deisler (2013) verweist. Sie findet somit im stationären und teilstationären Setting breite Anwendung, so dass von einer sinnvollen Ergänzung bestehender tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Konzepte ausgegangen werden kann.
Andreas Schindler	Ja, in der Behandlung substanzbezogener Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegen die Effekte von Therapiebeendern zwar nicht über denen der KVT, allerdings sind Erreichung der Patienten und Haltequote deutlich besser, so dass die ST bei intent-to-treat-Analysen regelhaft besser abschneidet.

Einschätzende(r)	Antwort
Dr. Wilhelm Rott-haus	Es konnte die Wirksamkeit der Systemischen Therapie insbesondere bei der Behandlung von so genannten schweren Störungen wie Drogenabhängigkeit Anorexie und Bulimie und schizophrenen Störungen nachgewiesen werden. Systemische Therapeuten sind durch ihre über das Individuum hinausgehende Betrachtungsweise dazu ausgebildet, für eine gute Verzahnung von ambulanten Behandlern und stationären Einrichtungen, von Klinik und komplementären Diensten, von verschiedenen Helfern und Behandlern zu sorgen.
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)	Die spezifische Überlegenheit eines Verfahrens gegenüber anderen lässt sich grundsätzlich (bisher) nicht hinreichend wissenschaftlich valide abbilden. ST bietet für bestimmte Krankheitsbilder, aber auch für manche Konstellationen bei allen Krankheitsbildern wichtige Behandlungsalternativen an, die das Versorgungsangebot ganz wesentlich erweitern können (s. auch unter A. und C.5.d.). Damit ist aber keine Erweiterung des Bedarfs zu erwarten, sondern eher mit einer besseren Differenzierung bei der Deckung des vorhandenen Bedarfs zu rechnen.

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

Einschätzende(r)	Antwort
Dr. Leo Gürtler / Dr. Gerhard Scholz	s. Punkt B.2 oben
Dr. Susanne Altmeyer	In der Regel 1-Jahreskatamnesen, in Einzelfällen bis zu 3-Jahreskatamnesen mit gutem Ergebnis für Systemische Therapien.
Friedebert Kröger	Vor allem bei Katamneseuntersuchungen ein, zwei oder vier Jahre nach Abschluss der Behandlung zeigt die Systemische Therapie sehr gute Ergebnisse (Sydow et al., 2007; Sydow et al., 2012).
Gudrun Bassarak	Bei meiner Arbeit ist eine sorgfältige Dokumentation der Therapiestunden erforderlich. Diese Dokumentationen liegen vor. Auf der Grundlage der Stundendokumentation wird zum Therapieabschluss ein Abschlussbericht erstellt. Es liegen seit 1995 Daten von einigen Hundert Behandlungsfällen vor. Aus meiner Sicht ist die Systemische Therapie sehr effektiv und die Patientenzufriedenheit wird als sehr hoch beschrieben. Wenngleich ich innerhalb eines integrativen Konzeptes mit verschiedenen Methoden bzw. Verfahren arbeite, könnte bei Analyse der dokumentierten Behandlungsfälle durchaus der Nutzen der systemischen Anteile der Therapie bzw. Beratung, Begleitung oder Anleitung beschrieben werden. Ich kann mir vorstellen, dass eine solche Analyse einmal eine lohnenswerte Aufgabe für einen systemisch interessierten und versierten Studenten wäre.
Filip Caby	Grundsätzlich wurden bislang zu wenige Studien mit obiger Fragestellung durchgeführt. Es gibt aber Nachweise dass Follow-Up-Studien einen über 4 Jahre anhaltenden Effekt verzeichnen lassen für die Systemische Therapie/ Familientherapie und für die Multifamilientherapie. (Siehe von Sydow et al, 2007).
Udo Pfennig	In unserer Versorgungsklinik konnten wir bisher keine strukturierten katamnestischen Untersuchungen bisher durchführen.
Ralf Schobert	Die Wirksamkeit nach Beendigung der Therapie scheint nach vielen Studien deutlich zu steigen. In Bezug auf die Erwachsenentherapie existieren eine Reihe von Follow-up Studien über 0,5 bis zu drei Jahren, die die Wirksamkeit von Systemischer Therapie belegen (Sydow et al., 2007, 2010). In der Praxis zeigt sich die Nachhaltigkeit besonders bei Patienten mit sogenannten schweren Störungen. Häufig erscheint es so als wenn die Wirkung der Systemischen Therapie erst nach der Therapie bemerkbar wird. Die Betonung und Anregung der Selbstwirksamkeit der Patienten und die Unterstützung der Selbstorganisation führen zur Stärkung und Entwicklung der Selbstheilungskräfte. Hinzu kommen durch den Einbezug der Familie oder des relevanten Kontextes, das nicht nur bei den Patienten Veränderungen angestoßen werden sondern durch die Veränderungen im Kontext die Veränderungen des Patienten stabilisiert werden können.

Einschätzende(r)	Antwort
Hans Lieb	Vergleiche die ausführlichen diesbzgl. Berichte bei: von Sydow et al. 2007 (Literaturverzeichnis).
Reinert Hanswille	Die Wirksamkeit nach Beendigung der Therapie scheint nach vielen Studien deutlich zu steigen. In Bezug auf die Erwachsenentherapie existieren eine Reihe von Follow-up Studien über 0,5 bis zu drei Jahren, die die Wirksamkeit von Systemischer Therapie belegen (Sydow et al., 2007, 2010). In der Praxis zeigt sich die Nachhaltigkeit besonders bei Patienten mit sogenannten schweren Störungen. Häufig erscheint es so als wenn die Wirkung der Systemischen Therapie erst nach der Therapie bemerkbar wird. Die Betonung und Anregung der Selbstwirksamkeit der Patienten und die Unterstützung der Selbstorganisation führen zur Stärkung und Entwicklung der Selbstheilungskräfte. Hinzu kommen durch den Einbezug der Familie oder des relevanten Kontextes, das nicht nur bei den Patienten Veränderungen angestoßen werden sondern durch die Veränderungen im Kontext die Veränderungen des Patienten stabilisiert werden können.
Bundesdirektorenkonferenz (BDK)	Die aktuelle Studienlage weist positive Katamnesen bis zu einer Dauer von fünf Jahren aus (siehe v. Sydow et al., 2010).
Sybille Sailer	Ich behandle seit 2009 pro Jahr etwa 25 Patienten. Die durchschnittliche Sitzungszahl pro Patient liegt bei 16. Als erfolgreicher Abschluss wird gewertet, wenn der Patient selber eine Fortsetzung der Therapie nicht mehr für erforderlich hält.
Wolfheinrich Maurer	Es gibt Nachweise dass Follow-Up Studien einen über 4 Jahre anhaltenden Effekt verzeichnen lassen für die Systemische Therapie/ Familientherapie und für die Multifamilientherapie. (Siehe von Sydow et al, 2007)
Martin Bökmann	Ich wende systemische Therapie seit ca. 25 (!) Jahren an und habe durchweg positive Erfahrungen. Gerade als Internist ist es mir schnell möglich nach familiären, beruflichen und lebensgeschichtlichen Stressereignissen in kurze Zeit zu fragen und psychosomatische Zusammenhänge zu eruieren. Hier erarbeite ich dann Lösungen mit den Patienten. In der niedergelassenen Praxis habe ich ein positives Feedback und Therapienachfragen, die ich nicht alle annehmen kann.
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)	Die Fachausschuss-Mitglieder haben über einen Zeitraum von mehr als 20 Jahren Erfahrungen aus der Arbeit mit schwer gestörten Klienten. Durch die Integration der systemischen Sichtweise hat sich die Qualität unserer Arbeit in langfristigen psychotherapeutischen Beziehungen deutlich verbessert, vor allem bei schizophrenen und manisch-depressiven Psychosen, bei Angststörungen, Essstörungen, bei therapie-restistenten Schmerzkrankungen und psychosomatischen Erkrankungen.
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten e. V. (BKJ)	Die Wirksamkeit nach Beendigung der Therapie scheint nach vielen Studien deutlich zu steigen. In Bezug auf die Erwachsenentherapie existieren eine Reihe von Follow-up Studien über 0,5 bis zu drei Jahren, die die Wirksamkeit von Systemischer Therapie belegen (Sydow et al., 2007, 2010). In der Praxis zeigt sich die Nachhaltigkeit besonders bei Patienten mit sogenannten schweren Störungen. Häufig erscheint es so als wenn die Wirkung der Systemischen Therapie erst nach der Therapie bemerkbar wird. Die Betonung und Anregung der Selbstwirksamkeit der Patienten und die Unterstützung der Selbstorganisation führen zur Stärkung und Entwicklung der Selbstheilungskräfte. Hinzu kommen durch den Einbezug der Familie oder des relevanten Kontextes, dass nicht nur bei den Patienten Veränderungen angestoßen werden sondern durch die Veränderungen im Kontext die Veränderungen des Patienten stabilisiert werden können.
Fritz Pampus	In meinen beruflichen Bedingungen war mir die Erhebung statistisch aussagekräftiger Katamnesen leider nicht möglich
Klinikum Oberberg Klinik für Psychiatrie II	nicht bekannt

Einschätzende(r)	Antwort
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (dggpp)	
Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie GmbH (APP)	Die Wirksamkeit nach Beendigung der Therapie scheint nach vielen Studien deutlich zu steigen. In Bezug auf die Erwachsenentherapie existieren eine Reihe von Follow-up Studien über 0,5 bis zu drei Jahren, die die Wirksamkeit von Systemischer Therapie belegen (Sydow et al., 2007, 2010). In der Praxis zeigt sich die Nachhaltigkeit besonders bei Patienten mit sogenannten schweren Störungen. Häufig erscheint es so als wenn die Wirkung der Systemischen Therapie erst nach der Therapie bemerkbar wird. Die Betonung und Anregung der Selbstwirksamkeit der Patienten und die Unterstützung der Selbstorganisation führen zur Stärkung und Entwicklung der Selbstheilungskräfte. Hinzu kommen durch den Einbezug der Familie oder des relevanten Kontextes, das nicht nur bei den Patienten Veränderungen angestoßen werden sondern durch die Veränderungen im Kontext die Veränderungen des Patienten stabilisiert werden können.
Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf	Wir überblicken einen Zeitraum von mehr als 20 Jahren klinischer systemischer Arbeit, stationär und ambulant. Es gab hier keine wissenschaftliche Begleitforschung der Behandlungsverläufe. Gleichwohl haben viele Familien über Jahre Kontakte gehalten und sich gelegentlich zu Gesprächen gemeldet oder Briefe über ihr Befinden geschrieben. Daher können wir die Aussagen unter 4. auch zur Spezifischen Überlegenheit machen.
Josef Heck	In meiner Praxis bisher nicht zu überprüfen.
Dr. med. Stefan Battel	Sydow et.al. 2007, konnten nachweisen, dass die Effektivität der systemischen Therapie ein bis vier Jahre nach Beendigung der Therapie ansteigt. Dies deckt sich mit den Beobachtungen aus der Praxis.
Dr. B. Vieten	Es liegen unterschiedliche Katamnesen-Studien zu Zeiten 1, 2 oder 4 Jahren nach Abschluss der Systemischen Therapie vor (SYDOW 2012).
Michaela Schuhmacher	Es gibt Rückmeldungen von Klienten, teilweise nach mehreren Jahren, in denen diese berichteten, das Problem mit dem sie ursprünglich gekommen seien, bestehe nicht mehr und sei gelöst (geblieben).
Dr. med. Thomas Schillen	0,5 bis 5 Jahre
Gerd F. Müller	siehe Angaben der systemischen Verbände (DGSF, SG)
Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG)	In Katamnesen über bis zu drei Jahren nach Abschluss der Therapie zeigt die ST sehr gute Ergebnisse (Sydow et al., 2007; Sydow et al., 2012). Noch längere Follow-up Intervalle wurden in der „Helsinki Psychotherapy Study“ (Knekt et al., 2008, 2011) untersucht, die bis zu fünf Jahre nach Therapieende keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen zehn Stunden Systemischer Kurzzeittherapie (KZT) und 19 Stunden psychodynamischer KZT fanden. Auch aus dem „Finnish Acute Psychosis Integrated Treatment Open Dialogs Approach in Acute Psychosis“ werden über einen Zeitraum von fünf Jahren sehr günstige Follow-up Befunde berichtet.
Dr. med Wolfgang Dillo	Studien zu Langzeitverläufen liegen meines Wissens nicht vor Die oben zitierte Studie „Die Integration psychisch Kranker in den Arbeitsmarkt über 1€ Jobs. Erste Erfahrungen eines Modellprojektes“ wurde 2010 veröffentlicht. Aus der Patientenkohorte von 15 chronisch psychisch Kranker Patienten ist mir von 5 Patienten bekannt, dass sie weiterhin stabil gesund sind und einen festen Arbeitsplatz haben
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,	In der Übersichtsarbeit bei v. Sydow (2010) sind Katamnesen von bis zu fünf Jahren genannt.

Einschätzende(r)	Antwort
Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)	
Andreas Schindler	In einer eigenen Studie über 24 Monate (Schindler et al., 2010), in anderen Studien auch noch länger (Sydow et al, 2006). Bemerkenswert ist in beiden Fällen das Auftreten von Schläfereffekten, d.h. nach Therapieende weiterlaufende oder neu auftretende positive Veränderungen in den Zielkriterien.
Dr. Wilhelm Rott-haus	In den meisten, mir bekannten Katamnese-Studien konnte nachgewiesen werden, dass die Effektivität der Systemischen Therapie ein bis vier Jahre nach Beendigung der Therapie ansteigt (u. a. von Sydow et al. 2007).
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)	Keine Aussagen

C Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

6. Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie im Versorgungskontext? Bitte machen Sie insbesondere Angaben

a) zur Relevanz der medizinischen Problematik,

Einschätzende(r)	Antwort
Susanne Singer	Anpassungsstörungen und akute Belastungsreaktionen sind die häufigsten psychischen Begleiterkrankungen bei Patienten mit Krebs. Etwa 30% der Krebspatienten leiden Meta-Analysen zufolge unter komorbiden psychischen Erkrankungen. Lösungs- und ressourcenorientiertes Arbeiten ist hier sehr hilfreich.
Dr. Leo Gürtler / Dr. Gerhard Scholz	Die Einrichtung „start again“ therapiert durchgehend seit 1992 im stationären Kontext schwerstsuchtliche Klienten, heute v.a. mit multitoxikomanen Hintergrund. Ein Spontanverlauf der Erkrankung Sucht bedeutet in der Praxis, dass eine Spontanheilung praktisch nicht anzutreffen ist. Dementsprechend besteht ein fortlaufender volkswirtschaftlicher und individueller Schaden, wenn keine fachgerechte Therapie durchgeführt wird. In den letzten knapp 15 Jahren ist ein besonders ein drastischer Anstieg von Komorbiditäten zu verzeichnen. Neben polytoxikomanen Drogenkonsum sind insb. Persönlichkeitsstörungen (plus Depressionen, ADHS, etc.) als weitere schwere Diagnosen zu verzeichnen, die eine Therapie deutlich erschweren und teilweise sogar dem Genesungspotential Grenzen setzen. Die eigentlichen Ursachen und kausalen Verbindungen zwischen diesen Störungen lassen sich auch im Einzelfall nicht immer befriedigend aufklären und deshalb gilt es diese Störungsbereiche parallel zu behandeln. Was oben angedeutet wurde – unbehandelte Spontanverläufe bedeuten in der Praxis praktisch niemals nachhaltige Genesung oder gar Heilung – wird hierdurch noch deutlicher: Ohne eine durchdachte und begründete begleitende systemisch-therapeutische Intervention über einen längeren Zeitraum hinweg sieht das individuelle Genesungspotential sehr bescheiden bis kaum vorhanden aus. Aus der Praxis ist ebenso zu vermerken, dass ein systemischer Ansatz sich als essentiell herausgestellt hat, da durch präzise wissenschaftliche fallrekonstruktive Analyse sich bei jedem Fall zeigen lässt (und das sind in „start again“ mittlerweile tausende Fälle, die das Programm durchlaufen haben), dass neben individualbiographischen und neurobiologischen Aspekten gerade die familienbiographischen Ereignisse der Generationen vor(!) den Klienten einen massiven Einfluss haben. Dies alles gilt es gleichermaßen, aber fallangemessen und bezogen auf den jeweiligen Prozessabschnitt zu berücksichtigen und dies leistet der systemische (in start again: tiefensystemische) Ansatz in besonderem Maße. Die Wirtschaftlichkeit wird als gegeben gesehen, da die Investition im stationären Kontext sich auch über einen längeren Zeitraum rentiert, wenn Klienten nach dem Austritt aus der Therapie ein dem eigenen Niveau angemessenes Leben führen können mit dem Ziel der Selbstversorgung bzw. der kontinuierlichen

Einschätzende(r)	Antwort
	Tätigkeit in einem geschützten Kontext. Die Bandbreite ist hier sehr groß: manche Klienten benötigen eine engere Betreuung so wie es auch Klienten gibt, die studieren, eine eigene Firma gründen und sehr erfolgreich werden.
Winfried Häuser	Die Anwendung der systemischen Therapie in der Medizin (sog. systemische Familienmedizin) ist vor allem bei Patienten und ihren Familien mit schweren / unheilbaren körperlichen Erkrankungen von Bedeutung. Häuser W, Klein W. Gespräche über das Lebensende. Familiendynamik 27(2002) 367-393
Dr. Susanne Altmeyer	Meine Kollegen und ich halten Systemische Therapie für wichtig und notwendig im medizinischen Kontext, sowohl was primär psychische Erkrankungen wie Ängste, Depressionen, Essstörungen etc. betrifft, als auch schwerer körperliche Erkrankungen mit psychosozialen Auswirkungen auf Patienten und ihre Angehörigen (Mukoviszidose, Diabetes mellitus, Krebs, ALS, etc.). Durch die Einbeziehung der Kontexte sowohl in den Einzeltherapien, wodurch Sichtweisen erweitert werden, zusätzliche Verstehens- und Handlungsoptionen auftauchen, als auch in Mehrpersonengesprächen kann die medizinische Problematik eingedämmt und verändert werden.
Friedebert Kröger	<p>Ein besonders hoher Bedarf für systemtherapeutische Vorgehensweisen besteht im Bereich der somatischen Medizin. Insbesondere bestätigte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie auf der Basis der oben bereits genannten Expertise die Wirksamkeit der Systemischen Therapie für die Behandlung „Psychischer und sozialer Faktoren bei somatischen Krankheiten“. Methode und Technik der Systemischen Therapie wird im somatischen Bereich im Sinne einer „Systemischen Familienmedizin“ umgesetzt. Im stationären internistischen Versorgungskontext erhoben Topp et al. (2000) den medizinischen Behandlungsbedarf und belegten den Einfluss der familiären Belastung durch die Erkrankung auf die entstehenden medizinischen Behandlungskosten. Eine Überblicksarbeit zu dieser Thematik findet sich bei Kröger und Altmeyer (2013). Die in dieser Arbeit beschriebenen Studienlage sei hier kurz referiert: <i>„Eine Vielzahl von Studien untersuchte die Auswirkung von Erkrankungen auf die einzelnen Familienmitglieder. Was vielen im Gesundheitssystem tätigen Personen aus ihrer täglichen Arbeit heraus evident scheint, konnte in diesen Studien auch wissenschaftlich untermauert werden: die Erkrankung eines Menschen an einer lebensverkürzenden, lebensbedrohenden oder lebensbegleitenden Krankheit, gefährdet die seelische Gesundheit seiner nahen Angehörigen (Wilz und Brähler 2012). Dies betrifft die Lebenspartner erkrankter Erwachsener (Buddeberg, 1992; Keller, 1998; Zimmermann et al., 2012; Balck und Dinkel, 2012; Jaenichen et al., 2012), ebenso wie Eltern und Geschwister chronisch kranker Kinder (Silver, 1998; Cadman, 1988) und die Kinder chronisch kranker Eltern (Riedesser, 1999). In einer Literaturübersicht zur Psychoonkologie des Prostatakarzinoms konnten Fritzsche et al. (2008) zeigen, dass bei der Diagnosestellung und dem weiteren Krankheitsverlauf die Partnerinnen der betroffenen Männer eine höhere psychosoziale Belastung durch Angst, Depression und Kommunikationsmangel hatten als ihre Partner. Umgekehrt profitieren dann die Partnerinnen stärker von psychosozialen Interventionen als ihre Männer. Auch bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) rücken die Angehörigen stärker ins Blickfeld des wissenschaftlichen Interesses. So beschreibt Köllner (2009), dass die Angehörigen lebensbedrohlich Erkrankter eine höhere PTBS-Prävalenz aufweisen als die Patienten selbst. Über 22% der Angehörigen herztransplantierten Patienten zeigten eine PTBS-Symptomatik und 34,5% eine Anpassungsstörung. Ähnlich zeigte sich im Langzeitverlauf nach Stammzellentransplantation eine höhere Symptombelastung bei den Partnern als bei den Patienten. Eine ebenfalls für das Auftreten von PTBS hoch risikobehaftete Gruppe sind die Eltern krebserkrankter Kinder. Yalug et al. (2008) fanden eine gesicherte PTBS bei fast 35% der untersuchten Eltern. Das multizentrische EU-Projekt COSIP (Children of Somatically Ill Parents) hat sich zum Ziel gesetzt, Kinder somatisch bzw. krebserkrankter Eltern im Kontext eines systemischen und familienfokussierten Ansatzes nachhaltig zu unterstützen (Thastum et al. 2008). In der Studie untersuchten und berieten Experten nahezu 700 Familien mit etwa 1000 Kindern, deren Eltern an multipler Sklerose, Aids, Krebs oder akuten Gehirn- und Rückenmarksverletzungen litten. Ein Ergebnis dieser großen EU-Studie lautet: Nicht das Ausmaß der Erkrankung entscheidet über psychische Auffälligkeiten der Kinder, sondern, welchen Umgang die Familien damit finden. Erfahren Kinder eine kognitive Orientierung zum Krankheitsgeschehen, einen sicheren und vertrauensstiftenden Rahmen, um ihre Ängste und Sorgen mitzuteilen, und können sie selbst aktive Bewältigungsstrategien entwickeln, dann sind sie in der Lage, eine solche Belastungssituation nicht traumatisch, sondern sozial gereift zu verarbeiten. Riedesser fand in einer großen Studie 1999, dass bei Kindern mit einem schwer erkrankten Elternteil häufig depressive Symptome mit und ohne Suizidalität, Ängste, Konzentrations- und Lernstörungen, Zwangssymptome, Konversionssymptome, Verwahrlosung und Drogenabusus, regressive Symptome oder Überanpassung anzutreffen sind. Belastet sind auch die Eltern schwer erkrankter Kinder. Nach einer Studie von Silver et al. (1998) entwickeln 47% der Eltern von chronisch kranken Kindern psychische Symptome. Im Vergleich zu Geschwistern gesunder Kinder entwickeln Geschwister chronisch kranker Kinder doppelt so häufig Depressionen, Angst- oder Zwangssymptome (Cadman, Boyle & Offord, 1988). Hinsichtlich der Wirksamkeit familienmedizinischer Interventionen konnten schon vor über 30 Jahren Morisky et al. (1983) zeigen, dass die Gesamtsterblichkeit von Bluthochdruckpatienten durch die Beteiligung des familiären Umfeldes</i></p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p><i>an der Behandlung dramatisch sinkt. Hartmann et al. (2010), werteten in einer aktuellen Metaanalyse 52 Studien mit fast 9000 Patienten aus, die an körperlichen Erkrankungen (vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfälle, Krebs und Arthritis) litten. Sie konnten zeigen, dass die Einbeziehung von Familienangehörigen in die Behandlung einen signifikant positiven Effekt auf die körperliche und seelische Gesundheit sowohl der Patienten als auch ihrer Familienangehörigen hatte. Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie im Kontext körperlicher Erkrankungen konnte in randomisierten, kontrollierten Studien nachgewiesen werden. Paar- und familientherapeutische Interventionen zeigten positive Effekte bei der Rehabilitation an koronarer Herzkrankheit erkrankter Patienten (Priebe u. Sinning 2001). Orthopädisch erkrankte Patienten konnten die Berufstätigkeit früher wieder aufnehmen, wenn die Partner in die Programme integriert wurden (Cockburn et al. 1997) und bei HIV-seropositiven Patientinnen kam es zu einer deutlichen Reduktion von Angst, Depression und familiären Konflikten, wenn Angehörige systematisch in die Betreuungsprogramme einbezogen wurden (Szapocznik et al. 2004).“</i></p>
<p>Gudrun Bassarak</p>	<p>Unabhängig von den Möglichkeiten der aktuellen Versorgungsmedizin wird klinisch relevantes Leid heute als ein bio-psycho-soziales Geschehen verstanden. Die im medizinischen Bereich üblichen Diagnosen sind zwar notwendig, um im Gesundheitswesen kommunizierbar zu sein, sagen jedoch nichts darüber aus, wie es dem Klienten innerhalb seiner Lebenswirklichkeit mit seinen medizinisch relevanten Problemen geht, welche individuellen und sozialen Einflüsse auf das Krankheitsgeschehen und welche Regulationsprozesse im individuellen, Familien und sozialen System beachtet werden müssen. Gerade in der modernen psychosomatischen Diagnostik ist aus meiner Sicht die Systemische Diagnostik als Bestandteil der „Somato-psycho-sozialen Simultandiagnostik“ [A. Trost (2013): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psychosoziale und pädagogische Berufe. Dortmund (2013), S. 328] unverzichtbar. In Bezug auf Therapie sprechen wir in den modernen Behandlungskonzepten von einem diagnostisch-therapeutischen Prozess (ebd., S. 126). Systemische Diagnostik und Therapie ist innerhalb eines multidisziplinären Teams unverzichtbar. Sie ist am Problemerkennen des Klienten orientiert und erfasst Wirklichkeitskonstruktionen sowie Kommunikationsmuster der Beteiligten der relevanten Systeme. Sie hält Interventionen bereit, dem Klienten und dem problemtragenden System unter Nutzung vorhandener Ressourcen, zur einer weniger leidvoll erlebten Wirklichkeitskonstruktion zu verhelfen.</p>
<p>Filip Caby</p>	<p>Im kinder- und jugendpsychiatrischen Feld ist eine Behandlung eines Patienten ohne Einbindung seines Kontextes nicht mehr vorstellbar. Dabei spielt die medizinische Indikation (Diagnose) insofern eine entscheidende Rolle, als dadurch der Zugriff zu dem therapeutischen Spektrum möglich wird. Es hat sich im Alltag herausgestellt, dass die systemische Herangehensweise die für alle Beteiligten am zugänglichsten ist und diese gleichermaßen in den therapeutischen Prozess einbindet. Bei der Behandlung von Interaktionsstörungen im weitesten Sinne ist es heute unumgänglich die Wirksamkeit der Systemischen Therapie zu berücksichtigen.</p>
<p>Udo Pfen- nig</p>	<p>Groß: auch bei körperlichen Erkrankungen sind die Auswirkungen auf die Umgebung (z.B.Krebserkrankung einer Mutter mit(kleineren) Kindern, Herzinfarkt des Vaters etc.) massiv. Hier stellt Systemische Therapie eine Möglichkeit dar, mit den Beteiligten effektiv präventiv und heilend zu arbeiten.</p>
<p>Ralf Scho- bert</p>	<p>Die Systemische Therapie ist – nach meiner Beurteilung – in der medizinischen Versorgung unverzichtbar, da sie nach heutigem Forschungsstand bei besonders schwerwiegenden, kostenintensiven Diagnosen besonders gut wirkt, da sie besonders kostengünstig ist, da sie sich vor anderen Verfahren dadurch auszeichnet, dass die Halterate sehr hoch ist, und da sie sich zudem durch eine hohe Patientenzufriedenheit auszeichnet. Die Wirksamkeit der systemischen Therapie in Bezug zu unterschiedlichen Symptomen und Krankheitsbildern ist weiter oben bereits gezeigt worden. Behandlung eines Patienten im sozialen Kontext ist in vielen Arbeitsfeldern wirksam und ohne Alternative. Der ganzheitliche Ansatz fördert einen umfassenden Blick auf das Störungsbild und eröffnet neue und weitere Möglichkeiten in der Behandlung. Vor allem die Stabilisierung der Veränderungen im Alltag und nach der Behandlung zeigen die Überlegenheit der systemischen Therapie. Im kinder- und jugendpsychiatrischen Feld ist eine Behandlung eines Patienten ohne Einbindung seines Kontextes nicht mehr vorstellbar. Dabei spielt die medizinische Indikation (Diagnose) insofern eine entscheidende Rolle als dadurch der Zugriff zu dem therapeutischen Spektrum möglich wird. Es hat sich im Alltag herausgestellt, dass die systemische Herangehensweise die für alle Beteiligten am zugänglichsten ist und diese gleichermaßen in den therapeutischen Prozess einbindet. Bei der Behandlung von Interaktionsstörungen im weitesten Sinne ist es heute unumgänglich die Wirksamkeit der systemischen Therapie zu berücksichtigen.</p>
<p>Hans Lieb</p>	<p>Systemische Therapie ist nachweislich sehr effektiv bei akuten Erkrankungen und von besonderer Effektivität in der Behandlung chronischer Erkrankungen. Das liegt daran, dass sie die symptomrelevanten aktuell aufrechterhaltenden Faktoren mitberücksichtigt, die bei traditionellen anderen einzeltherapeutischen Verfahren leicht aus dem Blick geraten: Z.B. die Rolle des Kranken in der Familie / Familienstrukturen als aufrechterhaltende Variablen; die</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	Rolle der Behandlungsgeschichte selbst als Teil eines (ungewollten) Chronifizierungsprozesses. Sie ist in der Lage, die Individualdiagnosen (vermittels ICD / DSM) zu kombinieren mit einer Systemdiagnose, einer Verlaufs-Prozessdiagnose (d.h. Entwicklung der Krankheit im Verlauf einer Behandlung bis hin zu Chronifizierungsfaktoren durch Behandlungen).
Reinert Hanswille	Die Systemische Therapie ist – nach meiner Beurteilung – in der medizinischen Versorgung unverzichtbar, da sie nach heutigem Forschungsstand bei besonders schwerwiegenden, kostenintensiven Diagnosen besonders gut wirkt, da sie besonders kostengünstig ist, da sie sich vor anderen Verfahren dadurch auszeichnet, dass die Halterate sehr hoch ist, und da sie sich zudem durch eine hohe Patientenzufriedenheit auszeichnet. Die Wirksamkeit der systemischen Therapie in Bezug zu unterschiedlichen Symptomen und Krankheitsbildern ist weiter oben bereits gezeigt worden. Behandlung eines Patienten im sozialen Kontext ist in vielen Arbeitsfeldern wirksam und ohne Alternative. Der ganzheitliche Ansatz fördert einen umfassenden Blick auf das Störungsbild und eröffnet neue und weitere Möglichkeiten in der Behandlung. Vor allem die Stabilisierung der Veränderungen im Alltag und nach der Behandlung, zeigen die Überlegenheit der systemischen Therapie. Im kinder- und jugendpsychiatrischen Feld ist eine Behandlung eines Patienten ohne Einbindung seines Kontextes nicht mehr vorstellbar. Dabei spielt die medizinische Indikation (Diagnose) insofern eine entscheidende Rolle als dadurch der Zugriff zu dem therapeutischen Spektrum möglich wird. Es hat sich im Alltag herausgestellt, dass die systemische Herangehensweise die für alle Beteiligten am zugänglichsten ist und diese gleichermaßen in den therapeutischen Prozess einbindet. Bei der Behandlung von Interaktionsstörungen im weitesten Sinne ist es heute unumgänglich die Wirksamkeit der systemischen Therapie zu berücksichtigen.
Bundesdirektorenkonferenz (BDK)	Die medizinische Problematik, insbesondere die wachsende Bedeutung psychischer Störungen in Bezug auf Krankheitsausfalltage, verfrühter Berentung und sekundären Krankheitskosten sind unstrittig, hier kann nicht zuletzt auch auf die Vorbemerkungen des Positionspapiers des GKV-Spitzenverbands zur ambulanten Psychotherapie vom 27. November 2013 verwiesen werden. Hier verweisen die Kostenträger selbst auf entsprechende Daten aus dem Bereich der Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung. Auch wenn große epidemiologische Studien eine tatsächliche Zunahme von Inzidenz und Prävalenz psychischer Erkrankungen nicht zweifelsfrei zeigen konnten, ergibt sich aus den Zunahmen der Arbeitsunfähigkeit und Berentungszahlen ein eindeutiger Hinweis auf die hohe Relevanz der weiteren Optimierung der Behandlungsstrategien psychischer Erkrankungen.
Sybille Sailer	Der größte Teil meiner Patienten leidet an Angst- und depressiven Störungen, Burnout-Symptomen und emotionalen Störungen. Diese nehmen zu einerseits durch die Auswirkungen der Arbeitswelt (entweder als Überforderung oder als Arbeitslosigkeit), andererseits durch eine größere Aufmerksamkeit und Offenheit gegenüber psychischen Erkrankungen, insbesondere auch bei Männern. Die systemische Therapie ist hier besonders wirksam, weil sie nicht nur das einzelne Individuum sieht, sondern die soziologischen Bedingungen mit einbezieht.
Dr. med. Wolfheinrich Maurer	Im kinder- und jugendpsychiatrischen Feld ist eine Behandlung eines Patienten ohne Einbindung seines Kontextes nicht mehr vorstellbar. Dabei spielt die medizinische Indikation (Diagnose) in sofern eine entscheidende Rolle als dadurch der Zugriff zu dem therapeutischen Spektrum möglich wird. Es hat sich im Alltag herausgestellt, dass die systemische Herangehensweise die für alle Beteiligten am zugänglichsten ist und diese gleichermaßen in den therapeutischen Prozess einbindet. Bei der Behandlung von Interaktionsstörungen im weitesten Sinne ist es heute unumgänglich die Wirksamkeit der systemischen Therapie zu berücksichtigen.
Martin Böckmann	Die zunehmend komplexen Prozeduren von Tumorbehandlungen, chronischen Erkrankungen wie M. Parkinson, Rheumatoider Arthritis, Frühgeborenenbetreuung, Sterbebegleitung u.a. führen bei vielen Patienten zu Überforderungen mit Depressionen und traumatisieren für zukünftige medizinische Ereignisse. Hier hat die lösungsorientierte systemische Therapie zusätzlich einen bedeutenden Stellenwert, weil sie die Patientin im Kontext Familie und medizinisches System erfassen kann. Die Freudsche Neurosenlehre z.B. hilft hier überhaupt nicht weiter.
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)	Vor allem bei schweren Störungen häufig Vermeidung von Chronizität und Verschiebung in andere Diagnosen bzw. Krankheits- und Störungssymptome

Einschätzende(r)	Antwort
Fritz Pam- pus	Es hat sich gezeigt, dass die Beschränkung auf einzelne Sichtweisen (biologisch, psychoanalytisch, lerntheoretisch) und deren jeweilige ausschließliche Verwendung praxisfern und wenig erfolgversprechend ist. Die systemische Therapie ist eine wesentliche Bereicherung der therapeutischen Möglichkeiten.
Josef Heck	ST ermöglicht die gleichzeitige Mitberücksichtigung und Mitbehandlung bzw. Miteinbeziehung unterschiedlicher Systemebenen und zugleich immer die Beobachtung dieser Systeme (Personen, Paare, Familien) in ihren relevanten sozialen Umwelten. Systeme werden nicht als isolierte Entitäten betrachtet, sondern immer in einem funktionalen Zusammenhang mit ihren Umwelten, immer in ihrer je eigenen System/Umwelt-Differenz. Einem einseitigen, insbesondere psychiatrischen Defekt- oder Defizit-Modell von Psychopathologie würde ein zutiefst ressourcen- und lösungsorientiertes Denk- und Handlungsmodell gegenübergestellt, deren zentrale Methode in der funktionalen Analyse besteht, also in der Frage: Für welches eigentliche Problem stellt das psychische Leiden das Resultat eines Lösungsversuchs dar? Diese notwendige umfassende systemische Sichtweise und die erst durch sie ermöglichten erweiterten Handlungsweisen (siehe oben: A 1.) fehlen bisher im offiziellen Gesundheitssystem, sie sind aber in der informellen Kommunikation dieses Systems längst eingeführt und hochwirksam. Systemisches Denken und Handeln hat sich in unserem Gesundheitssystem – obwohl und trotz bisher noch nicht offiziell anerkannt – in breitem Maß bewährt, und zwar einfach deshalb, weil es für viele Leistungserbringer und Patienten sehr gut passt.
Dr. B. Vieten	Im psychiatrischen Versorgungssystem, insbesondere im ambulanten Bereich, gibt es ein deutliches Defizit bei der Versorgung von schwer psychisch erkrankten Menschen inkl. Ihres sozialen Bezugssystems sowie auch im Bereich der Substanzstörungen. Der Einsatz der Systemischen Therapie als Richtlinienpsychotherapie würde hier eine wesentliche Verbesserung darstellen, da sie in hohem Maße die Grundprinzipien der Allgemeinen Psychotherapie nach GRAWE präsentiert.
Michaela Schuhma- cher	Eine aktuell tatsächlich bestehende Unterversorgung macht die Notwendigkeit weiterer therapeutischer Angebote erforderlich. Die Vielfältigkeit therapeutischer Angebote bzw. Richtungen entspricht zudem mehr dem individuellen Bedarf. Aus meiner Sicht wäre es außerdem wichtig, Klienten im Vorfeld besser aufzuklären, welche Therapieformen es gibt, so dass sie selbst mehr in die Verantwortung genommen werden und mitentscheiden, was ihnen am besten helfen kann.
Dr. med. Thomas Schillen	Allein die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannten Wirksamkeitsbereiche F1, F2 und F3 der systemischen Therapie weisen zusammen eine 12-Monats-Prävalenz in der Bevölkerung von 21% bzw. 17,2 Millionen Patienten in Deutschland auf. Die damit verbundenen direkten und indirekten gesundheits-ökonomischen Auswirkungen liegen in der Größenordnung von 20 – 30 Milliarden €.
Gerd F. Mül- ler	Systemische Therapie sollte neben der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung einen festen (selbstverständlichen) Platz erhalten. Die systemischen Sichtweisen und Methoden sind seit Jahren zunehmend im medizinischen Kontext (bisher inoffiziell) vorhanden und i.d.R. sehr wirksam. Die Patientenzufriedenheit ist hoch. Einem meist medizinischen und psychiatrischen individuumsbezogenen Defizitmodell wird ein optimistisches alle relevanten Systeme einbeziehendes ressourcen- und lösungsorientiertes Modell gegenüber gestellt.
Ruppiner Kliniken	Insbesondere entspräche dass Vorenthalten der vielseitigen, nachweislich wirksamen systemischen Methoden und Techniken (s. o.) in der Behandlung von Patienten nicht zu rechtfertigen. Die Klärung des Therapieauftrags, Exploration und (Familien-)anamnese sowie klinische Diagnostik und Behandlung eines Patienten ohne Berücksichtigung und auch Einbeziehung seines (bisherigen) Lebenskontextes ist unseres Erachtens heutzutage – gerade angesichts der neurowissenschaftlichen Erkenntnisse der Gehirnentwicklung und der Kontextabhängigkeit von Denken, Fühlen und Handeln – unverzichtbar geworden.
Dr. med Wolfgang Dillo	Die systemische Methode ist aufgrund der grundsätzlich anderen Herangehensweise eine wichtige Ergänzung zu den etablierten Methoden.
Andreas Schindler	Hoch, besonders aufgrund von Konzepten, die Patienten in schwer erreichbaren und komplexen Problemsystemen (z.B. "Multiproblemfamilien") erreichen.

b) zum Spontanverlauf der Erkrankungen und

Einschätzende(r)	Antwort
Susanne Singer	Eine Längsschnittstudie zufolge (Bringmann et al) verbessern sich diese psychischen Probleme bei Krebspatienten nicht spontan, sondern im Gegenteil tendieren sogar zur Verschlechterung.
Dr. Susanne Altmeyer	Wir empfinden Systemische Therapie als zeitsparend, Krankheitsdauer wird verringert.
Gudrun Bassarak	Mitunter kann es schon bei der Erarbeitung des Therapieauftrags (therapeutisches Arbeitsbündnis zwischen dem Therapeuten und dem Klienten) zu einer wesentlichen Verbesserung des seelischen Zustands eines Klienten kommen, wenn dieser beispielsweise sein „Problem am Problem“ erkannt und mit neuen Sichtweisen eigene Lösungswege gefunden hat. So kann Systemische Therapie im Sinne einer fokalen oder Kurzzeittherapie nützlich sein. Es kann aber auch sein, dass sich das Krankheitsgeschehen so verändert, dass der Therapieauftrag neu ausgehandelt werden muss oder dass weitere oder andere Fachkräfte hinzugezogen werden müssen. Ein qualifiziert ausgebildeter Therapeut wird das erkennen.
Filip Caby	Psychiatrische Krankheitsbilder entstehen und verlaufen grundsätzlich innerhalb eines Kontextes, der wiederum die unterschiedlichen Facetten des Krankheitsbildes prägt. Der Spontanverlauf wird daher sehr abhängig sein von dieser Interaktion. In der ST wird der Fokus auf diesen Kontext gelegt. Kontextveränderungen erzeugen Verlaufsveränderungen und Gesundung. Die Forschungsergebnisse belegen die Wirksamkeit. (siehe A.2.) Aus der Praxis der Kurzzeittherapie wissen wir, dass in wenigen Sitzungen (oft weniger als 10) Gesundung herbei zu führen ist, da die Patienten in die Lage versetzt werden, eigene für sie glaubwürdige und umsetzbare Lösungen zu finden.
Udo Pfennig	Medizin ist immer noch tief verhaftet im pathogenetischen und Defizit-orientiertem Denken, was seine Berechtigung hat. Dies beeinflusst allerdings auch den „Spontanverlauf“ (Bateson: Der Beobachter gestaltet das Beobachtete mit). Hier stellt die Systemische Therapie mit ihrer Ressourcen- und Lösungs-focussierten Herangehensweise eine Bereicherung dar, die andere „Spontanverläufe“ ermöglicht.
Bundesdirektorenkonferenz (BDK)	Psychische Erkrankungen weisen unterschiedliche Verlaufscharakteristika auf, neben primär chronischen Störungen wie bestimmte Formen der Schizophrenie oder dementiellen Erkrankungen ist bei den allermeisten betroffenen Patienten von zeitlich befristeten, teils spontanen, teils unter Intervention endenden und teils vollständig und teils unvollständig remittierenden Erkrankungen auszugehen. Die Störungsbilder, für die der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit der systemischen Therapie bei Erwachsenen erbracht wurde, zeigen teilweise günstige Verläufe, in der Regel aber chronische bzw. chronisch-rezidivierende Verläufe. Insbesondere im Bereich von Essstörungen, affektiven Störungen, Suchterkrankungen und Schizophrenien ist hier auch auf das deutlich erhöhte Risiko für den Tod durch Suizid hinzuweisen.
Wolfheinrich Maurer	Psychiatrische Krankheitsbilder entstehen und verlaufen grundsätzlich innerhalb eines Kontextes der wiederum die unterschiedlichen Facetten des Krankheitsbildes prägt. Der Spontanverlauf wird daher sehr abhängig sein von dieser Interaktion. In der ST wird der Fokus auf diesen Kontext gelegt. Kontextveränderungen erzeugen Verlaufsveränderungen und Gesundung. Die Forschungsergebnisse belegen die Wirksamkeit. (siehe A.2.) Aus der Praxis der Kurzzeittherapie wissen wir, dass in wenigen Sitzungen (oft weniger als 10) Gesundung herbei zu führen ist, da die Patienten in die Lage versetzt werden, eigene für sie glaubwürdige und umsetzbare Lösungen zu finden.
Martin Bökmann	Durch das therapeutische Herausarbeiten von Lösungsverhalten entwickeln die Patienten oft Hoffnung und entwickeln Selbstvertrauen. Die Erfahrung zeigt, dass das eigene Wirkfaktoren sind.
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)	Gefahr von Chronifizierung, frühzeitiger Berentung, Psychiatrisierung, häufige stationäre Behandlungs-Maßnahmen.

Einschätzende(r)	Antwort
Fritz Pampus	Es ist in der therapeutischen Praxis oft zu beobachten, dass Änderungen z.B. im familiären oder beruflichen Kontext, die den Patienten nicht direkt betreffen (z.B. Trennungen, Geburten, Ausscheiden von Kollegen, Todesfälle) große positive oder negative Veränderungen beim Patienten nach sich ziehen, die bei einer systemischen Betrachtung verständlich sind, ansonsten aber als „spontan“ angesehen werden.
Klinikum Oberberg Klinik für Psychiatrie II	Antwort zu a.) und b.): Es ergeben sich schnellere Veränderungen, die durch Einzelinterventionen in langen Zeitabständen leicht aufgefrischt werden können.
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (dggpp)	
Josef Heck	Einfach aus heiterem Himmel verschwindet nichts von selbst ohne bewusstes oder unbewusstes Mitwirkung bzw. Unterlassen der Personen. ST berücksichtigt aber, dass Menschen zu jedem Zeitpunkt in der Lage sind, durch die Unterbrechung problemaufrechterhaltender Denk-, Fühl- und Handlungsmuster (Ciompi), angeregt durch innere oder äußere Impulse, psychosoziale Leidenszustände aufzulösen, oder auch nicht zu Veränderndes anzunehmen. Interessant wäre gerade die Untersuchung solcher sogenannter ‚Spontanremissionen‘, die zwar spontan auftreten, aber nie ohne irgendeine Form der Veränderung im System oder in der Umwelt des Systems!
Dr. B. Vieten	Der Spontanverlauf insbesondere unbehandelter schwerer psychischer Störungen ist – dies weist die klinische Erfahrung aus - in der Regel ungünstig. Eine frühzeitige und umfassende Intervention wie sie die Systemische Therapie anbietet, hilft sowohl den Betroffenen selbst, als auch den Angehörigen sowie der Verbindung zum weiteren sozialen Bezugssystem.
Michaela Schuhmacher	Eine häufig gemachte Erfahrung und Beobachtung ist, dass insbesondere in Akutkrisen gezielt angewendete Methoden (Unterbrechungsstrategien bei anhaltendem Grübeln, Trauerstuhl, „die letzten 5 Minuten“) eine schnelle und nachhaltig wirksame Möglichkeit darstellt, den Klienten kurzfristig zu stabilisieren und damit seine Motivation sowie seine Zuversicht für einen weiteren therapeutischen Prozess deutlich zu erhöhen. Bei unbehandelten Spontanverläufen von Erkrankungen entsteht häufig die Problematik einer Verstärkung und einer Manifestierung von Krankheitssymptomen. Auch hier kann durch systemische Interventionen (s.o.) und durch Einbeziehung weiterer Mitglieder des Klienten-Systems häufig kurzfristig eine erste Verbesserung erzielt werden.
Dr. med. Thomas Schillen	Der Anteil der Spontanremissionen hängt von Art und Schwere der Störung sowie störungserhaltender Faktoren im sozialen System des Patienten ab. Klinisch relevante Störungen verlaufen unbehandelt zum überwiegenden Teil rezidivierend oder chronifizierend.
Dr. med Wolfgang Dillo	Gelingt es Patienten innerhalb einer Therapie Veränderungen für sich zu erarbeiten, werden diese oft zunichte gemacht, sobald die Patienten in ihr gewohntes System zurückkehren. Es ist daher dringend notwendig das System des Patienten in die Therapie mit einzubeziehen, damit Verhaltensänderungen andauernd und stabil sind.
Andreas Schindler	Negativ, insbesondere die unter a) erwähnten Patienten tragen ein hohes Chronifizierungsrisiko. In Behandlung substanzbezogener Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen läßt sich sagen, dass sich mit einer wirksamen Behandlung, die die Patienten frühzeitig erreicht, langjährige Suchtverläufe in der Regel abgewendet werden können.
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)	a) und b) sind nicht spezifisch für die ST zu beantworten, da die Relevanz psychischer Erkrankungen, die mit Psychotherapie behandelt werden, durch zahlreiche Erhebungen als in hohem Maße erwiesen anzusehen ist. Auch die Frage des Spontanverlaufs kann nur generell beantwortet werden: Psychotherapiepatienten sind definitionsgemäß die Patientengruppe, bei denen ein Spontanverlauf in aller Regel nicht oder nur nach langen Leidens-Zeiträumen zu einer

Einschätzende(r)	Antwort
	Ausheilung führt. Der Spontanverlauf ist ansonsten in den Studien selbst berücksichtigt, indem Wartegruppen oder TAU – Gruppen zum Vergleich herangezogen werden.

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

Einschätzende(r)	Antwort
Susanne Singer	Die systemische Therapie ist besonders für (mit)systembedingte Erkrankungen relevant (z. B. Essstörungen). Auch bei Paarkonflikten ist die systemische Herangehensweise sehr hilfreich und wird teilweise von anderen Therapieverfahren auch integriert. Ein dritter Anwendungsbereich sind supportive Therapiesituationen, wie sie im Rahmen von Anpassungsstörungen bei chronisch körperlichen Erkrankungen typisch sind.
Winfried Häuser	Richtlinien-Psychotherapieverfahren haben keine Techniken für Gespräche mit Patienten am Lebensende und ihren Angehörigen entwickelt.
Dr. Susanne Altmeyer	Im Vergleich zu tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kollegen empfinde ich die systemisch arbeitenden Kollegen als effektiver, allerdings beobachte ich, dass bei manchen Patienten die Kombination verschiedener Verfahren, angepasst an den individuellen Patienten und das Stadium der Therapie, das für beide Seiten befriedigende Ergebnis erzielt.
Friedebert Kröger	Der Spontanverlauf psychischer Erkrankungen ist diagnoseabhängig und führt unbehandelt in der Regel zur Chronifizierung. Aus vielfältigen, hier nicht zu diskutierenden Gründen, steigt die Zahl der psychischen Störungen in der Bevölkerung und verursacht neben dem persönlichen Leid steigende soziale Kosten. Hinsichtlich der ambulanten und stationären Behandlungsangebote besteht nach wie vor ein Versorgungsdefizit, insbesondere für diejenigen Patienten, mit primär somatischem Krankheitskonzept, die ein niederschwelliges, motivationales Behandlungsangebot benötigen. Systemisch psychotherapeutische Konzepte stellen mit ihrerem nachdrücklich ressourcen- und lösungsorientierten Grundkonzept und der systematischen Kontextorientierung ein solches Behandlungsangebot dar. Im Vergleich zu anderen Therapieverfahren niedrigerer Drop-out-Raten geben darauf einen Hinweis (Literatur a.a.O.) Wie unter Punkt 6 a ausgeführt, besteht ein hoher Behandlungsbedarf bei Partnern und/oder Angehörigen psychisch und/oder körperlich erkrankten Patienten. Dies ist in der Medizin durchaus erkannt worden, was sich auch in der zunehmenden Zahl diesbezüglicher Studien niederschlägt. Allerdings verfügen Psychotherapeuten, die in den psychoanalytisch begründeten oder verhaltenstherapeutischen Verfahren ausgebildet sind, nicht über das spezifische Wissen und die spezifischen Behandlungstechniken, die in der Anwendung systemtherapeutischer Konzepte eine Schlüsselposition einnehmen. Auf diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass sich die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen durch den Einsatz spezifischer systemtherapeutischer Methode und Technik erhöhen lässt.
Filip Caby	Das diagnostische Vorgehen in der ST ist nicht durch das diagnostische Vorgehen in den anderen Verfahren wie VT oder Psychodynamik zu ersetzen und zieht eigene therapeutische Methoden und Interventionen nach sich.
Udo Pfennig	Systemische Therapie erreicht Patientengruppen, denen erfahrungsgemäß ein Zugang zur psychotherapeutischen Regelversorgung schwer oder gar nicht möglich ist: z.B.Migrantenfamilien, Jugendliche aus der Unterschicht, junge Erwachsene mit Substanzabusus, aber auch schizophrene Erkrankte .Die Einbeziehung professioneller und „natürlicher“ Helfersysteme (Schule, Sozial- und Gesundheitsdienste, Arbeitgeber ermöglicht diagnostische und therapeutische Potentiale zu entwickeln, die deutlich über die Möglichkeiten o.a. Verfahren hinausgehen(3% der schizophrene Erkrankten erhalten Richtlinien-Psychotherapie)
V. Hähnlein/ Dr. J. Rimpel	(siehe auch unter 4. Spezifische Überlegenheit) 3 Die tiefenpsychologische/psychoanalytische Anamnese - vor Beginn jeglicher Therapie - nimmt bereits mehrere Stunden in Anspruch und stellt bei somatischen bzw. somatoformen Krankheitsbildern für die Patienten eine zusätzliche Zugangshürde dar. Systemische Therapie bietet bzgl. Therapiedauer, Frequenz und Auswahl der geeigneten Techniken eine größere Flexibilität als sie mit den Richtlinien für die anderen Verfahren möglich sind. Auch intermittierende organische Diagnostik ist nicht störend für den therapeutischen Prozess.

Einschätzende(r)	Antwort
Bundesdirektorenkonferenz (BDK)	Für die im wissenschaftlichen Gutachten genannten Indikationsbereiche der systemischen Therapie mit Wirksamkeitsnachweis bei Erwachsenen existieren selbstverständlich bereits breite Erfahrungen alternativer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, so neben den Methoden der Psychopharmakologie, Sozialpsychiatrie und der ambulanten psychiatrischen Betreuung auch Maßnahmen mittels der in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren. Die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie sowie tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie sind empirisch nachgewiesen. Wie oben bereits aufgeführt finden sich keine wissenschaftlichen Untersuchungen, die eine klare Über- oder Unterlegenheit der systemischen Therapie im sogenannten Head-to-Head-Vergleichen nachweist. Allerdings besteht im Bereich psychischer Erkrankungen ein nicht geringer Anteil von therapieresistenten Verläufen, bei denen alternative Therapieansätze eine höhere Rate von Besserung und Remission erbringen sollten. Prinzipiell ist also durch die Erweiterung des methodischen Spektrums im Bereich der in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren eine Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten mit Hilfe wissenschaftlich fundierter Methoden denkbar und sinnvoll.
Sybille Sailer	Eine Alternative zur oder besser gesagt ein gutes Zusammenwirken mit der systemischen Therapie ist bei der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie von Albert Ellis gegeben (vgl. Arbeit an schädlichen Wirklichkeitskonstruktionen bzw. Glaubenssätzen).
Wolfheinrich Maurer	Das diagnostische Vorgehen in der ST ist nicht durch das diagnostische Vorgehen in den anderen Verfahren wie VT oder Psychodynamik zu ersetzen und zieht eigene therapeutische Methoden und Interventionen nach sich.
Hans Schindler	In der ambulanten Versorgung ist die Systemische Psychotherapie eine oft kostengünstigere Alternative zu den Richtlinientherapieverfahren. Sie wirkt meistens bereits als Kurztherapie und es werden gegebenenfalls weitere Personen einbezogen, die davon auch profitieren und die erreichten Veränderungen stabilisieren. In der stationären Versorgung von Patienten mit großem Hilfebedarf und in den Rehabilitationsbehandlungen ist die Systemische Therapie ein effektives Verfahren, das zumindest als Komplementärangebot zu den Richtlinienverfahren als notwendige Ergänzung eingesetzt werden muss, um Erfolge zu erzielen.
Martin Bökmann	Die systemische Therapie bezieht den Fokus des anderen ein, so entsteht eine Beobachterperspektive zum einen durch reale Menschen und zum anderen durch den gedachten Anderen, das vertieft die Analyse. Der soziale Kontext ist genauso relevant wie die Erfahrungen des Selbst.
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)	Können wir nicht beantworten
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeutinnen und -therapeuten e. V. (BKJ)	Die Systemische Therapie ist – nach unserer Beurteilung – in der medizinischen Versorgung unverzichtbar, da sie nach heutigem Forschungsstand bei besonders schwerwiegenden, kostenintensiven Diagnosen besonders gut wirkt, da sie besonders kostengünstig ist, da sie sich vor anderen Verfahren dadurch auszeichnet, dass die Halterate sehr hoch ist, und da sie sich zudem durch eine hohe Patientenzufriedenheit auszeichnet. Die Wirksamkeit der systemischen Therapie in Bezug zu unterschiedlichen Symptomen und Krankheitsbildern ist weiter oben bereits gezeigt worden. Behandlung eines Patienten im sozialen Kontext ist in vielen Arbeitsfeldern wirksam und ohne Alternative. Der ganzheitliche Ansatz fördert einen umfassenden Blick auf das Krankheitsbild und eröffnet neue und weitere Möglichkeiten in der Behandlung. Vor allem die Stabilisierung der Veränderungen im Alltag und nach der Behandlung zeigen die Überlegenheit der systemischen Therapie. Im kinder- und jugendpsychiatrischen Feld ist eine Behandlung eines Patienten ohne Einbindung seines Kontextes nicht mehr vorstellbar. Der medizinischen Indikation (Diagnose) fällt eine entscheidende Rolle zu, da dadurch der Zugriff zu dem therapeutischen Spektrum möglich wird. Es hat sich im Alltag herausgestellt, dass die systemische Herangehensweise die für alle Beteiligten am zugänglichsten ist und diese gleichermaßen in den therapeutischen Prozess einbindet. Bei der Behandlung von Interaktionsstörungen im weitesten Sinne ist es heute unumgänglich die Wirksamkeit der systemischen Therapie zu berücksichtigen.
Klinikum Oberberg Klinik für Psychiatrie II	Patienten, die wenig belastbar sind profitieren von den niederfrequenten Sitzungen(1x in 4-6 Wochen)

Einschätzende(r)	Antwort
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (dggpp)	
Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie GmbH (APP)	<p>Die Systemische Therapie ist – nach meiner Beurteilung – in der medizinischen Versorgung unverzichtbar, da sie nach heutigem Forschungsstand bei besonders schwerwiegenden, kostenintensiven Diagnosen besonders gut wirkt, da sie besonders kostengünstig ist, da sie sich vor anderen Verfahren dadurch auszeichnet, dass die Halterate sehr hoch ist, und da sie sich zudem durch eine hohe Patientenzufriedenheit auszeichnet. Die Wirksamkeit der systemischen Therapie in Bezug zu unterschiedlichen Symptomen und Krankheitsbildern ist weiter oben bereits gezeigt worden. Behandlung eines Patienten im sozialen Kontext ist in vielen Arbeitsfeldern wirksam und ohne Alternative. Der ganzheitliche Ansatz fördert einen umfassenden Blick auf das Störungsbild und eröffnet neue und weitere Möglichkeiten in der Behandlung. Vor allem die Stabilisierung der Veränderungen im Alltag und nach der Behandlung zeigen die Überlegenheit der systemischen Therapie. Im kinder- und jugendpsychiatrischen Feld ist eine Behandlung eines Patienten ohne Einbindung seines Kontextes nicht mehr vorstellbar. Dabei spielt die medizinische Indikation (Diagnose) insofern eine entscheidende Rolle als dadurch der Zugriff zu dem therapeutischen Spektrum möglich wird. Es hat sich im Alltag herausgestellt, dass die systemische Herangehensweise die für alle Beteiligten am zugänglichsten ist und diese gleichermaßen in den therapeutischen Prozess einbindet. Bei der Behandlung von Interaktionsstörungen im weitesten Sinne ist es heute unumgänglich die Wirksamkeit der systemischen Therapie zu berücksichtigen.</p>
Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf	<p>Die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie im Versorgungskontext ergibt sich aus unseren Ausführungen zu B. 4 und 5, da von der Systemischen Therapie eben auch Menschen mit schweren Verläufen von Störungsbildern erreicht werden können, die in bisherigen psychotherapeutischen Behandlungssettings nicht erreicht wurden.</p>
Josef Heck	<p>Siehe dazu oben a).</p>
Dr. med. Stefan Battel	<p>Nach meiner Einschätzung ist die systemische Therapie gerade in der Versorgung unverzichtbar. Sie ist im Vergleich zu anderen Verfahren kostengünstig und die Anbindung einzelner Familienmitgliedern gelingt einfacher als in Individualverfahren, weil sie bei Bedarf schon recht früh als Ressource für das Individuum (Indexpatient) miteinbezogen werden können und entsprechende Wertschätzung erfahren.</p>
Dr. B. Vieten	<p>Die Systemische Therapie stellt insofern insbesondere eine Alternative dar, als sie als einzige der psychotherapeutischen Verfahren den Blick über den Einzelnen oder im Falle einer Gruppenpsychotherapie den Erfahrungsraum der in die Psychotherapie Einbezogenen wird ausweitet. Gleichzeitig bietet der Einbezug des familiären Bezugssystems diagnostischen Gewinn, da nicht nur fokussiert wird auf den Symptomträger sondern das Bezugssystem, in dem die Symptome auftreten und die in der Regel eine heftige Reaktion auf die Symptomausbildung zeigt.</p>
Michaela Schuhmacher	<p>Einer der Vorteile in der Systemischen Therapie sind im Vergleich zu den anderen Verfahren ganz klar die Fokussierung auf Ressourcen (Was klappt schon gut?, Wie schaffen Sie das? Wer hilft Ihnen?). Die Bewusstmachung, dass die Ratsuchenden Ressourcen haben UND bereits NUTZEN ist für die Klienten schon sehr hilfreich, da es u.a. einen Perspektivenwechsel beinhaltet. Das Anknüpfen an schon genutzte Ressourcen ist für die Betroffenen oftmals einfacher, als neue Dinge machen zu „müssen“ und fällt ihnen womöglich leichter. Eine andere Sicht auf das Problem, z.B. ein Problem als Thema zu sehen, schafft Erleichterung, weitere Methoden wie z.B. eine Fortschrittskalierung wirken motivierend und machen die Vorgehensweise des Therapeuten transparent. Die aktive Eröffnung eines Lösungsraumes setzt beim Klienten andere Energien und Ressourcen frei als das bloße Aufdecken von Zusammenhängen oder die Darstellung belastender vergangener Ereignisse. Letzteres ruft wieder die Erinnerung an schmerzhaftes wach und damit verbundene Aktivitätshemmungen und negative Emotionen blockieren statt zu aktivieren.</p>
Dr. med. Thomas Schillen	<p>Bei sehr vielen psychischen Störungen, insbesondere bei schweren, rezidivierenden und chronischen Verläufen, ist die Einbeziehung des sozialen Systems in aller Regel unverzichtbar und leitlinienbasiert erforderlich. Vor diesem Hintergrund sind die diagnostischen und therapeutischen Verfahren der systemischen Therapie ohne Alternative und nicht durch die Verfahren der bestehenden Richtlinien-Psychotherapie zu ersetzen.</p>

Einschätzende(r)	Antwort
Ruppiner Kliniken	Diagnostische Methoden der Systemischen Therapie/Familietherapie können diagnostische Verfahren andere Therapien sinnvoll ergänzen. In keinem Fall lassen sie sich durch andere Verfahren ersetzen.
Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG)	Insbesondere bei Patienten mit besonders schwerwiegenden, kostenintensiven Diagnosen, z.B. im Bereich der Schizophrenie und/oder Substanzabhängigkeiten kann die ST durch ihren systemorientierten Ansatz und den Einbezug der Bezugspersonen wirksamer arbeiten als eine reine Einzelpsychotherapie in einem Richtlinienverfahren (vgl. Sydow et al., 2007). Hier kann durch den vermehrten Einbezug der Angehörigen eine bessere beruflich---soziale Langzeitanpassung für die Patienten geschaffen werden, was zum einen eine Kostenersparnis und zum anderen eine bessere Rückfallprophylaxe bewirkt. Zudem konnte in Untersuchungen gezeigt werden, dass Familientherapie neben den positiven Auswirkungen auf den Indexpatienten positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Familienangehörigen und eine Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erbrachte (Law & Crane, 2000; Crane, 2007, Law et al., 2003). Bei depressiven Störungen zeigte die ST eine höhere Wirksamkeit als medikamentöse Therapie und erzielte positive Effekte bei Patienten, die bereits mit anderen Verfahren nicht behandelt werden konnten (z.B. mit kognitiver Verhaltenstherapie) (Leff et al., 2000). Zudem konnten Effekte mit einer geringen Sitzungszahl im Vergleich zu anderen Verfahren erreicht werden (Knekt & Lindfors, 2004). Siehe auch Antwort bei Frage 4.
Dr. med Wolfgang Dillo	Systemisches Arbeiten fokussiert nicht auf die Störung, sondern auf die Fähigkeiten eines Patienten. Die gängigen Diagnosesysteme ICD10 DSM V sind hingegen rein störungsorientiert und somit nur bedingt geeignet als Grundlage für systemische Methoden.
Dachverband deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V. (DDPP)	Der Dachverband deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie eV (DDPP e.V.) hat die Steigerung der Qualität der Psychotherapie bei Menschen mit Psychosen zum Ziel. Bei dieser Patientengruppe stellt die Systemische Psychotherapie ein Verfahren dar, welches zur Zeit vor allem im stationären Bereich angewendet wird. Unabhängig von den künftigen Feststellungen des GBA zur Wirksamkeit dieses Verfahrens sind wir der Auffassung, dass die Systemische Psychotherapie einen wertvollen Beitrag zur umfassenden Behandlung von Menschen mit psychotischen Störungen leisten kann. Systemische Therapie eignet sich in besonderer Weise, Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen zu erreichen, die im aktuellen psychotherapeutischen Versorgungssystem keinen Platz finden. Um eine bessere und selbstverständlichere psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Psychosen zu erreichen, wäre aus Sicht des DDPP eV erforderlich, dieses Verfahren auch im ambulanten Bereich zuzulassen. Psychotische Erkrankungen, im engeren Sinne Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, sind häufig und kostenintensiv und haben diesbezüglich eine hohe Relevanz für das Versorgungssystem. Der Spontanverlauf ist sehr unterschiedlich, es ist aber davon auszugehen, dass ein bis zwei Drittel ohne psychotherapeutische Behandlung zu Langzeiterkrankungen werden. Die Richtlinienverfahren (Kognitive Verhaltenstherapie, Psychodynamische Verfahren) stellen durchaus eine wirksame Alternative dar, im Sinne der bedürfnisangepassten Behandlung und eines bei dieser Krankheit notwendigen individuellen Behandlungskonzeptes sind weitere, andersartige wirksame psychotherapeutische Behandlungswege notwendig. Ebenso notwendig ist eine deutliche Zunahme von Psychotherapeuten, die Menschen mit Psychosen wirksam therapieren können, da für Menschen mit Erkrankungen aus diesem Bereich nicht genügend Therapeuten zur Verfügung stehen.
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)	Die Entwicklungen der Arbeitsunfähigkeitsstatistik und der Statistik der Deutschen Rentenversicherung deuten auf eine steigende Relevanz psychischer Erkrankungen in der Versorgung hin. Es ist daher geboten, Behandlungsoptionen entsprechend bereitzuhalten. Der Gesetzgeber nennt im Koalitionsvertrag die Instrumente, Wartezeiten zu verkürzen und verstärkt Kurzzeittherapien anzubieten. Hier stellt die systemische Therapie ein evidenzbasiertes Verfahren dar. Darüber hinaus eröffnet sie Möglichkeiten für die aufsuchende Arbeit mit sogenannten „Multiproblemfamilien“ (von Sydow 2007, Conen 1996) oder schwer kranken Patienten mit chronischen Verläufen, wie z.B. einer Schizophrenie (von Sydow 2010, Giron 2010). Zuletzt genannte Patienten, wie z.B. mit einer Störung aus dem schizophrenen Störungskreis werden in den Praxen der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten nur zu einem geringen Anteil psychotherapeutisch versorgt (Herpertz et al 2011). Gerade für Patienten mit schweren psychischen Störungen erhalten Systeminterventionen in der aktuellen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ einen Empfehlungsgrad A, d.h. die meisten Patienten sollten sie erhalten (DGPPN 2013). Der Einbezug des Systems ist, wie oben ausgeführt, Leitgedanke in der systemischen Psychotherapie.

Einschätzende(r)	Antwort
Dr. Wilhelm Rott- haus	Die Systemische Therapie ist – nach meiner Beurteilung – in der medizinischen Versorgung unverzichtbar, da sie nach heutigem Forschungsstand bei besonders schwerwiegenden, kostenintensiven Diagnosen besonders gut wirkt, da sie besonders kostengünstig ist, da sie sich vor anderen Verfahren dadurch auszeichnet, dass die Halterate sehr hoch ist, und da sie sich zudem durch eine hohe Patientenzufriedenheit auszeichnet.
Bundesverband der Vertragspsy- chotherapeuten e. V. (bvvp)	<p>c.</p> <p>Die bisher seltene Erbringung von Paar- und Familiengesprächsleistungen im Erwachsenenbereich weisen auf ein Defizit in der bisherigen Versorgung durch Richtlinienpsychotherapie hin. Ein Therapiegespräch zu dritt mit dem Partner des Patienten oder zu mehreren Familienangehörigen bringt eine völlig andere Dynamik des Gesprächsverlaufs mit sich als beim Einzelgespräch. Es ist gefordert, seine Einfühlung nicht auf den Indexpatienten zu beschränken. Die andere Sichtweise der anderen Teilnehmer verlangt ein Umgehen mit bisher noch nicht bekannten und daher noch nicht vom Therapeuten eingeordneten Aspekten der Störungsgeschichte und verlangt eine wohlwollende Neutralität und Unparteilichkeit allen Gesprächspartnern gegenüber. U.a. deshalb werden Paargespräche derzeit nur selten durchgeführt: Anders als bei einer Ausbildung zur ST fehlen den Psychotherapeuten der Richtlinienverfahren üblicherweise die systematisch ausgebildeten Fähigkeiten für dieses schwierige Aufgabenfeld.</p> <p>d.</p> <p>Besonders die Bewährung systemischer Behandlungsmethoden in der Behandlung von Suchterkrankungen, Schizophrenien, Essstörungen, Patienten mit Migrationshintergrund und Multiproblemfamilien – neben den Wirksamkeiten bei klassischen Indikationsgebieten - stellt u.E. einen gewichtigen Grund dar, eine Zulassung zur GKV-Versorgung zu bejahen, da diese Felder nachweislich mit der bisherigen Routineversorgung viel zu wenig abgedeckt sind.</p>
Berufsverband für Kinder- und Ju- gendschizophrenie, Psychosomatik und Psychothera- pie in Deutschland e.V. (BKJPP)	<p>zu a, b,c</p> <p>Die Bedingtheit psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen von der Familiendynamik, der Einflußnahme der Eltern und Bezugspersonen und auch und gerade psychischer Erkrankungen der Eltern ist in unserem Fachgebiet nicht nur theoretisches Allgemeingut, sondern prägt auch unsere Behandlungspraxis. Insbesondere die Behandlungstechniken der Systemischen Therapie liefern hervorragendes "Handwerkszeug", um Eltern und Bezugspersonen zur Lösung eines Problems zu befähigen, das oft besser als "Familienproblem" beschrieben werden kann und in dem das erkrankte Kind / der erkrankte Jugendliche vor allem "Symptomträger" ist. Gerade solche komplex verursachten und aufrechterhaltenen Störungen sind meist erheblich chronifiziert und bieten anderen psychiatrischen und oder psychotherapeutischen Behandlungsmethoden erheblichen Widerstand. "Spontanheilungen" sind in diesen Fällen noch seltener als ohnehin bei psychischen Störungen, die erstmals im Kindes und Jugendalter auftreten und nach vorliegenden Studien unbehandelt prinzipiell ein hohes Maß von Persistenz bis ins Erwachsenenalter aufweisen. Systemische Therapie ist in solchen Fällen eine dringend notwendige Ergänzung zu bereits existierenden anderen psychotherapeutischen Ansätzen, die eben dieses Bedingungsgefüge nicht oder nicht ausreichend in den Blick nehmen, bzw. beeinflussen können.</p>

D Fragen zur Wirtschaftlichkeit

7. **Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren? Bitte machen Sie insbesondere Angaben zur**
- a) **Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten,**

Einschätzende(r)	Antwort
Udo Pfennig	Es folgen meine Einschätzungen, zur Literatur verweise ich auf die Stellungnahme der DGSF und der SG: Im Prinzip ergibt sich aus meiner Erfahrung: eine Sitzung mit den relevanten Beziehungspartnern erspart 4-5 Einzeltherapeutische Sitzungen .Hinzu kommt, dass bei Einbeziehung professioneller Helfersysteme auch diese weniger Aufwand zur weiteren Unterstützung benötigen und dass damit zu rechnen ist, dass andere Mitglieder der Familien weniger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Dies ist auch durch Studien belegt.
Anne M. Lang	a) systemische Therapie ist in der Regel ein kurzzeittherapeutisches Verfahren. Das erfordert allerdings eine besondere Erfahrung, Ausbildung, Weiterbildung, Supervision der Therapeutin. Kurzzeittherapie heißt nicht dasselbe in kurz, sondern Essentielles und darum kurz. Dies ergibt sich in der Anlage des Settings z.B. durch das Einbeziehen relevanter Systemfaktoren den Wechsels der therapeutischen Arbeit in Ebenen wie z.B. der Ebene des Gestaltens eines selbstwirksamen Rahmens z.B. im expliziten Einbeziehens von Ziel- und Auftragsklärung seitens des Klienten, dem Draufschauen lassen, dem zusammenfassen lassen seitens des Klienten der Ebene der Prozessarbeit der Ebene der Inhaltsarbeit der Ebene der Muster der Selbstorganisation
Sybille Sailer	Ich halte mich an die Empfehlungen des Heilpraktiker-Gebührenverzeichnisses (46 € bzw. 50 € pro Sitzung). Bei 25 Sitzungen, die manche Kassen (z.B. BARMER) bewilligen, sind das 1.250 € für einen Behandlungszyklus. In den meisten Fällen ist das ausreichend. (Hierin sind allerdings keine Kosten für eine Praxis enthalten, da ich in einem Zimmer meiner Wohnung arbeite.)
Martin Bökmann	Ich kann nur berichten, dass ich in der Regel, wenn das Therapieziel gut herausgearbeitet wurde, mit ca. 10 Stunden die Therapie beenden kann.
Josef Heck	Ohne statistische Untersuchung: Ich behandle relativ viele Patienten in größeren Abständen fast nur im Rahmen der Kurzzeittherapie.
Dr. B. Vieten	Die Kosten für die Systemische Therapie beim einzelnen Patienten oder Versicherten liegen in der Regel aufgrund der niedrigeren Sitzungszahl ebenfalls deutlich niedriger. Aus eigener Erfahrung der ambulanten Therapie kann ich bestätigen, dass bis zu 10 Sitzungen z. B. im Paar-Setting für die Bewältigung einer psychischen Störung ausreichen können. In bestimmten Indikationen ist eine erweiterte Paar- und/oder Familientherapie unumgänglich, z. B. bei der Behandlung von Sexualstörungen.
Michaela Schuhmacher	Sind mir keine bekannt.
Dr. med. Thomas Schillen	Crane DR (2008)The cost-effectiveness of family therapy: a summary and progress report. J Family Therapy, 30, 399 – 410 Morgen TB et al. (2013)The cost of treating substance use disorders: individual versus family therapy. J Family Therapy, 35, 2–23 Leff J et al. (2000) The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. Br J Psychiatry, 177, 95-100
Gerd F. Müller	Die Behandlungen sind i.d.R. Kurzzeittherapien und daher entsprechend kostengünstig.
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)	Es fehlen allgemein wissenschaftlich anerkannte Messverfahren, welche die Wirtschaftlichkeit eines hoch komplex ausgearbeiteten Verfahrens mit vielen Methoden und Interventionsarten in toto vergleichen könnten. Bisher ist es schon schwierig genug, begrenzte Interventionen einzelner Verfahren bei oft selektierten Patientengruppen mit meist isolierten Störungsbildern adäquat zu vergleichen. Vergleichende Wirksamkeitsnachweise, meist nur über kurze Behandlungszeiträume, sind nicht geeignet, die Frage des vergleichbaren Nutzens eines ganzen Verfahrens zu beantworten. Die vergleichende Psychotherapie-Forschung steckt noch in den Anfängen. Außerdem würden bei einem derartigen Vergleich die wichtigen Vorteile durch die Erweiterungen des Passungsangebotes an Psychotherapeuten und Patienten nicht berücksichtigt und es würden die wichtigen sowohl theoretisch-wissenschaftlichen als auch praktisch-behandlungstechnischen Zugangsweisen und Anstöße für die Weiterentwicklung der Psychotherapiewissenschaft und der Behandlungsmethoden außer Acht gelassen. Folgende Aspekte sind einzubeziehen: Der Behandlungsumfang variiert durch unterschiedliche Therapiezielsetzungen. Psychotherapieverfahren bzw. Behandlungsansätze, die auf strukturelle Veränderungen im Bereich der Charakterorganisation/Persönlichkeit, der Selbststeuerung und des Selbsterlebens oder grundlegender Beziehungsmuster abzielen, benötigen beispielsweise häufig längere Behandlungszeiten als solche, die einen symptombezogene Behandlungsansatz verfolgen. Die Diversizität und Individualität der Störungen und Behandlungsanlässe lässt keine allumfassende Aussage zu. Etliche Untersuchungen haben ergeben, dass weniger das angewandte

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Verfahren als die Patientenvariablen über die Länge einer Psychotherapie und die jeweils angewandten Methoden entscheiden. · Behandlungsumfänge im Bereich der Psychotherapie werden im Gegensatz zu anderen medizinischen Bereichen durch die Psychotherapie-Richtlinien geregelt. Mit dem Gutachterverfahren wird dem Risiko unwirtschaftlich teurer Behandlungen (Überprüfung der Behandlungsdauer) oder unnötiger Behandlungen (obligate Darlegung des Behandlungskonzeptes im Bericht zum Gutachten) begegnet. Da bei einer Zulassung der ST zur GKV-Versorgung auch die Kontingente festgelegt werden, muss bei nachgewiesener Wirksamkeit eines Verfahrens nicht mit einer unsachgemäßen Ausdehnung der Behandlungsumfänge gerechnet werden. · Es entstehen keine zusätzlichen Kosten für die Krankenkassen, da die Differenzierung innerhalb der Bedarfsplanungsgrenzen geschieht. · Mit dem zusätzlichen Passungsangebot an Psychotherapiepatienten kann von einer höheren Effektivität der Gesamtversorgung ausgegangen werden, es sind also eher Einsparungen zu erwarten, sowohl bei den direkten Kosten als auch bei den durch die Störungen bedingten Folgekosten im Sozialsystem.</p>

b) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten,

Einschätzende(r)	Antwort
Udo Pfennig	Der Aufwand einer einzelnen Sitzung ist höher (eher 90-100 Minuten), allerdings effektiver-s.o.. Gerade durch eine Weiterentwicklung z. B. im Sinne eines Home-Treatments oder Need-adepted Therapy, für die sich Systemische Denken und Handeln hervorragend eignet, erwarte ich eine Verbesserung für den einzelnen Patienten: Vermeidung stationärer Behandlung, und Unterstützung im sozialen Umfeld
Martin Bökmann	Da die Therapie kürzer ist, ist sie relativ preiswert. Da der Patient sie selbst bezahlt, ist sie für ihn teurer. Kostenrechnungen müssten Ihre Ökonomen durchführen.
Josef Heck	Sehr zufriedene Patienten. So gut wie keine Abbrüche.
Dr. B. Vieten	Die Zufriedenheit mit systemischen Interventionen ist in der Regel, wie zahlreiche Studien (Siehe bitte oben) zeigen höher als in vergleichbaren Psychotherapieverfahren, mindestens jedoch gleichwertig, in den meisten Fällen jedoch kürzer. Von daher kommt es bei niedrigeren Kosten zu einem gleich guten oder besseren Endergebnis für die Versicherten.
Michaela Schuhmacher	Sofern keine traumatisch belastenden Ereignisse beim Klienten vorliegen, ist in der Regel nach 5 Sitzungen eine deutliche Stabilisierung erreicht.
Dr. med. Thomas Schillen	s. o.
Gerd F. Müller	i.d.R. sehr zufriedene PatientInnen, Therapien mit relativ wenig Sitzungen (6 – 25) in größeren Abständen (über 6 – 20 Monate)
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)	Auch wenn einzelne Studien für eine besonders rasch einsetzende Wirksamkeit von ST sprechen, sollten daraus keine verallgemeinernden Schlüsse gezogen werden. Es ist aber davon auszugehen, dass bei guter Indikationsstellung passgerecht zur Störung des (Index-)Patienten und des Systems (z.B. Familie) auch die effektivste Behandlungsstrategie angewandt wird. · Vergleichende Studien (Knekt et al.) mit psychodynamischen Psychotherapien zeigen unterschiedliche Ergebnisse, die nicht unmittelbar miteinander verglichen werden können. Auf jeden Fall kann den Vergleichen aber entnommen werden, dass für anhaltende Effekte keine längere Behandlungsdauer benötigt wird.

c) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekostenabschätzung, und

Einschätzende(r)	Antwort
Udo Pfennig	Für die Gesamtheit der Versicherten über alle Kostenträger betrachtet kann die Systemische Herangehensweise eine deutlich bessere Versorgung bei deutlich geringeren Kosten ermöglichen. Dies um so mehr, je mehr es gelingt die Leistungen dem Bedarf der Hilfesuchenden anzupassen und nicht den Notwendigkeiten der Hilfebringer und der Kostenträger. Eine Flexibilisierung kann hier enorme Kosten sparen-gesamtgesellschaftlich. Durch Systemtherapeutisches Denken wird Kooperation betont und Synergieeffekte können nutzbar gemacht werden und Einsparungen-wenn auch bei anderen Kostenträgern.
Josef Heck	Ich bin der Überzeugung: ungemein bereichernd!
Dr. med. Michael Kroll	Besonders bemerkenswert ist, dass Familientherapie nicht nur die Gesundheitskosten von Indexpatienten reduziert (so wie es auch bei Einzeltherapie der Fall ist), sondern auch die Gesundheitskosten von Familienmitgliedern reduziert, die nur „begleitend“ teilgenommen haben (Crane, 2007; Law et al., 2003).
Dr. B. Vieten	Die Versichertengemeinschaft profitiert vom Einsatz von Paar- und Familientherapie, d. h. der Systemischen Therapie insbesondere durch ihre kürzeren Therapiedauern, durch die effiziente Mit-Behandlung von Angehörigen, die mittelbar ebenfalls als Symptomträger in Gefahr sind psychisch zu erkranken.
Dr. med. Thomas Schillen	Die Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland ist für Patienten mit sehr schweren psychischen Störungen in verschwindend geringem Umfang (7%) erreichbar. Wie dargelegt, sind diagnostische und therapeutische Verfahren der systemischen Therapie unter Einbeziehungen des sozialen Umfeldes gerade für diese extrem kostenintensive Patientengruppe unverzichtbar. Bei seit Jahren ungebrochen zunehmenden Patientenzahlen und steigenden Kosten der Psychiatrie und Psychotherapie sind Verfahren mit Fokus auf die autonomen Ressourcen des Patienten und seines Systems unverzichtbar. Ohne diese Ansätze der systemischen Therapie wird es nicht gelingen, die stationären Komplexleistungen des Krankenhauses zu ambulantisieren und den anhaltenden Kostensteigerungen bedarfsgerecht zu begegnen.
Gerd F. Müller	insgesamt kostensenkend
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)	Die ST wird Leistungspositionen angelehnt an den bestehenden in den EBM benötigen, die Zeittaktung und die Vergütung pro Zeiteinheit werden dabei vergleichbar den Abrechnungsbedingungen der anderen Verfahren sein. Wie bei den bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren werden ausschließlich seelische Störungen von Krankheitswert behandelt. Eine Leistungsausweitung durch vermehrte Zulassungen wird es aufgrund der Regelungen durch die Bedarfsplanungsrichtlinien nicht geben. Wie bereits ausgeführt kann die Differenzierung der Versorgungsstruktur und die alternativen Verstehenszugänge und Behandlungskonzepte zu Kostenersparnissen aufgrund besser Passungsvorgänge führen. Da die ST häufig das mitbetroffenen soziale System mit einbezieht (Partner, Familie, Verwandtschaft), werden auch positive Therapieeffekte bei diesen Personen erreicht. Derartige Seiteneffekte sind auch bei anderen Psychotherapieverfahren zu beobachten, sie werden bei der ST aber verfahrensimmanent direkt mit angestrebt und damit auch sicherer im Behandlungskonzept verankert.

d) Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden. (VerfO des G-BA 2. Kapitel, § 10 Abs. 2 Nr. 3 a) bis d))

Einschätzende(r)	Antwort
Susanne Singer	Systemische Therapien sind in der Regel niedrigfrequent, erfordern aber längere Therapiesitzungen (mind. 90 Minuten), wenn mehrere Personen zur Therapie kommen. Die Kosten sind vermutlich deshalb ähnlich hoch wie bei den bisherigen Richtlinien-Verfahren.
Dr. Leo Gürtler / Dr. Gerhard Scholz	Hier bedarf es einer sozialwirtschaftlichen Analyse der Gesundheitskosten vor, während und nach Therapieverlauf. Dies ist aus Zeitgründen hier nicht möglich gewesen. Allgemein lässt sich aber sagen, dass der volkswirtschaftliche Schaden im Vorbereich der Therapie schon sehr hoch bedeutsam ist. Neben fehlender Arbeitskraft für den Arbeitsmarkt kommen Schäden durch Beschaffungskriminalität, Prostitution, etc. hinzu. Zusätzlich entstehen Kosten für Polizei, Gerichte,

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>evtl. Gefängnisse, Medizinwesen, Sozialarbeit, abgebrochene Therapieversuche, Psychatrieaufenthalte (z.B zur Entgiftung), etc. Obige Anmerkungen zum Spontanverlauf – nämlich keine Genesung – zeigen, dass ohne fachliche Intervention die volkswirtschaftlichen Schäden akkumulativ weiter wachsen würden. Die Kosten für die Behandlung (stationär) plus eine Nachsorge bzw. Resozialisierung müssen hier aufgerechnet werden. Da jedoch (s.oben lang-jährige Evaluationsstudie von UM Studer, 1998) eine berufliche Wiedereingliederung grundsätzlich mit massiven Kostensenkungen verbunden sind und zusätzlich viele langfristige Kosten nicht mehr entstehen (z.B. Beschaffungskriminalität, keine Polizeikontakte, etc.), ist davon auszugehen, dass sich eine – auch 1-2 jährige stationäre systemisch-suchttherapeutische Intervention – grundsätzlich lohnt. Konkret bedeutet dies eine langfristige Kostensenkung für das Gemeinwesen – abgesehen vom sozialpolitischen Aspekt der Verantwortung der Allgemeinheit gegenüber individuellen kranken Personen. Eine exakte Aufrechnung der eingesparten Kosten ließe sich mit entsprechendem Aufwand sicherlich durch entsprechend ausgebildete Betriebswirtschaftler durchführen.</p>
Dr. Susanne Alt-meyer	<p>Folgende Studien sind mir bekannt: Carr, A. (2000). Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation I. Journal of Family Therapy, 22, 29-60. Christenson, J. D., Crane, D. & Hillin, H. H. (in review). Family Intervention and Health Care Costs for Kansas Medicaid Patients wit Schizophrenia. Crane, D. R., Bergman, D. M., Payne, S. H. und Smith, R. D. (in ceview). The Costs of Providing Individual and Family Therapy: A Comparison of the Professions. Crane, D. R., Hillin, H. H. & Jakubowski, S. (2005). Costs of Treating Conduct Disordered Medicaid Youth with and without Family Therapy. The American Journal of Family Therapy, 33 (5), 403- 413. Law, D. D. & Crane, D. R. (2000). The influence of Marital and Family Therapy on health care utilization in a Health Maintenance Organization. Journal of Marital and Family Therapy, 26 (3), 281-291. Law, D. D., Crane, D. R. & Berge, J. (2003). The Influence of Marital and Family Therapy on High Utilizers of Health Care. Journal of Marital and Family Therapy, 29 (3), 353-363. Prohovsky, J. A. (2005). Relational Therapies and Managed Care. Plenary presented at the annual conference of The American Association for Marriage and Family Therapy. Kansas City/KS. Sprenkle, D. H. (Ed.). (2002). Effectiveness Research in Marriage and Family Therapy. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy. Stratton, P. (2005). Report On The Evidence Base of Systemic Family Therapy. Association for Family Therapy Insgesamt zeigen die Studien über die Effektivität von familientherapeutischen Behandlungen eine reduzierte Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen. Das Einbeziehen familientherapeutischer Maßnahmen in die Gesundheitsprogramme erhöht die Gesamtkosten für die medizinische Versorgung nicht und es konnte gezeigt werden, dass familientherapeutische Behandlungen effektiv sind, wenn sie unter tatsächlich existierenden Versorgungsbedingungen angewandt werden.</p>
Friedebert Kröger	<p>In diesem Zusammenhang darf auf die Studien verwiesen werden, die bereits von der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie sowie von der Systemischen Gesellschaft vorgelegt wurden. Auf deutsche Studien kann für den ambulanten Bereich nicht zurückgegriffen werden, da durch die fehlende sozialrechtliche Zulassung entsprechende Daten fehlen. Der Vollständigkeit halber seien einige entsprechenden Publikationen hier kurz genannt Crane et al., (2012) Crane und Payne (2011) Morgan et al., (2012) Crane (2008) Crane (2007) Leff et al., (2000) Morgan et al., (2012) Law et al., (2003) Law und Crane (2000)</p>
Gudrun Bassarak	<p>Aus meiner langjährigen Erfahrung als praktizierende Systemische Therapeutin und Systemische Kinder-und Jugendlichentherapeutin kann ich sagen, dass die Systemische Therapie ein äußerst kostengünstiges Verfahren ist und oftmals fokale und Kurzzeittherapien ausreichen, um zu einer wesentlichen Verbesserung der seelischen Situation des Klienten zu führen.</p>
Filip Caby	<p>Um diesen Fragenkomplex beantworten zu können greife ich zurück auf die von Sydow (2006/2007) zusammengefassten Analysen zur Wirtschaftlichkeit. In den USA stellt sich dieses wie folgt dar: Systemische Familientherapie (MST, FFT) ist der wirksamste und kostengünstigste Ansatz. Kostenersparnis pro Fall: 13.908-21.863 \$ (Aos & Barnoski, 1998; zit. n. Sexton et al., 2003; s. z. B. Schoenwald, Ward, Henggeler, Pickrel & Patel, 1996). Erzeugte „Health-care“-Kosten im MedicaidSystem über 2,5Jahre (N = 3753) je nach Behandlung (Crane, Hillin & Jakubowski, 2005): Nur Einzeltherapie: Ø 16.260 \$ Kosten – „In-office“-Familientherapie: Ø 11.116 \$ Kosten – Aufsuchende Familientherapie: Ø 1.622 \$ Kosten Cannabis-Störungen: Unklarer Befund (French et al., 2002, 2003 bzgl. & MDFT) In Deutschland ergibt sich, dass in der Behandlung von Jugendlichen mit einer schweren Anorexie die Multisystemische Therapie (MST) in kinder- & jugendpsychiatrischer Tagesklinik mit anschließender ambulanter Einzeltherapie pro Fall ca. 12.000-15.000 € Kosten erzeugt, eine vollstationäre Standard-Behandlung hingegen 60.000-75.000 €. Wenn man die Zahl der notwendigen Unterbringungen betrachtet, ist der Anteil der im Anschluss an die Behandlung notwendigen Fremdunterbringungen: 1% (MST in Tagesklinik) vs. 30% (vollstationäre Standardbehandlung) (Scholz, 2005). Aus eigener Erfahrung wissen wir, dass stationäre Behandlungen gekürzt werden konnten durch das Einführen der Reflektierten Kommunikation und dass</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	die Rückfallquote geringer wird je intensiver der Anteil der familientherapeutischen Arbeit ist. Das trifft in Übrigen auch auf das Verhindern einer stationären Therapie zu –unabhängig von der Diagnose.
Udo Pfennig	Ein weiterer, für gerade die psychiatrische Versorgung wesentlicher Aspekt: Durch die hohe Flexibilität des Systemtherapeutischen Settings könne schwerer und chronisch (auch psychotisch) Erkrankte und schwerer erreichbare Patienten (s.o.) mit überschaubaren Sitzungszahlen behandelt werden. Und es können mehr Patienten behandelt werden, als mit 2-3 Sitzungen pro Woche.
Ralf Schobert	<p>Was die Kosteneffizienz Systemischer Psychotherapie angeht, so hat die Arbeitsgruppe um den amerikanischen Psychologieprofessor Russell Crane sehr aussagekräftige Untersuchungen durchgeführt (z.B. Crane & Payne, 2011). Crane (2007) wertete die Daten von drei Millionen Psychotherapie-Behandlungsfällen in den Vereinigten Staaten aus. Patienten, die Familientherapie erhielten, benötigten rund 1/3 weniger Therapiestunden als bei anderen Therapieverfahren. Paar- und Familientherapie erwies sich zudem als die kosteneffektivste Behandlungsform mit der niedrigsten Rückfallrate. Kostenreduktionen waren übrigens insbesondere bei „high utilizers“ zu beobachten (Crane, 2008). Was Depressionen angeht, so konnten Crane et al. (2012) aktuell bei rund 165.000 ausgewerteten Patienten zeigen, dass im Vergleich zu Psychotherapien, in denen nur mit dem einzelnen Patienten gearbeitet wird, Systemische Familientherapie eine deutlich geringere Rückfallrate aufweist und im Vergleich deutlich kostengünstiger ist. Was Substanzstörungen angeht, so konnten Morgan et al. (2012) zeigen, dass systemische Therapie deutlich weniger Sitzungen benötigt als individuell orientierte Psychotherapien, am kostengünstigsten war und die niedrigsten Rückfallraten hatte. Besonders bemerkenswert ist, dass Familientherapie nicht nur die Gesundheitskosten von Indexpatienten reduziert (so wie es auch bei Einzeltherapie der Fall ist), sondern auch die Gesundheitskosten von Familienmitgliedern reduziert, die nur „begleitend“ teilgenommen haben (Crane, 2007; Law, Crane & Mohlmann-Berge, 2003). Für die Kosteneffizienz der Systemischen Therapie sprechen auch Ergebnisse aus Großbritannien und Skandinavien. Bei Trowell et al. (2007) konnte mit Systemischer Therapie eine vergleichbare Abnahme depressiver Symptome in der Hälfte der Therapiestunden der psychotherapeutischen Vergleichsgruppe erreicht werden. Die finnische Langzeitstudie etwa von Knekt et al. (2008a, b; Marttunen, Valikoski, Lindfors, Laaksonen & Knekt, 2008) weisen in ähnliche Richtungen. Daten aus Deutschland existieren naturgemäß bislang nicht, da ambulant erbrachte Systemische Therapie von den Krankenkassen derzeit noch nicht bezahlt wird. Aber auch Praxisstudien im ambulanten systemischen Setting belegen im deutschsprachigen Raum die Wirksamkeit der Systemischen Therapie. Die Integration der Systemischen Therapie in den Kanon der Richtlinienpsychotherapieverfahren wird helfen, das Wirkungsspektrum der Psychotherapie dort zu erweitern, wo dies dringend notwendig erscheint, nämlich bei den „Stiefkindern“ der psychotherapeutischen Versorgung: Patienten mit besonders schwerwiegenden, kostenintensiven Diagnosen, die heute in der kassenfinanzierten Psychotherapie eine Randstellung einnehmen (z.B. bei schweren Störungen des Sozialverhaltens, Substanzabhängigkeiten oder im Kontext sog. Multiproblemfamilien (vgl. Sydow et al. 2007). Systemische Therapie verfügt nachweislich über wirksame Behandlungsstrategien für schwer zu behandelnde Störungen. Sie kommt damit dem Interesse der Krankenkassen an Behandlungsangeboten entgegen, die kostenintensive stationäre Aufnahmen reduzieren helfen. Mit ihrer ausgeprägten Berücksichtigung kultureller Kontexte ermöglicht die Systemische Therapie einen besseren Zugang zu Familien mit Migrationshintergrund, die besonders bei Kindern und Jugendlichen einen immer größeren Teil der Wohnbevölkerung ausmachen. Die Einbeziehung von mitleidenden und mitbehandelten Angehörigen in der Systemischen Therapie kann helfen, deren langjährige Kenntnis des Patienten besser für die Behandlung zu nutzen und damit soziale Unterstützung als einen zentralen Prädiktor einer günstigen Langzeitanpassung sehr direkt zu fördern. Zugleich konnten positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Familienangehörigen (einschließlich einer Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen) bei Familientherapie eines Indexpatienten nachgewiesen werden (Law & Crane, 2000), so dass Kosten durch parallele Psychotherapien mehrerer Familienmitglieder reduziert werden können. Bei der Betreuung von körperlichen Krankheiten mit psychischen und sozialen Faktoren – auch in Disease-Management-Programmen – ist die systemorientierte Arbeit mit der Familie unverzichtbar. Dies gilt analog für die Behandlung und die Prävention von familialer Gewalt, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung. Mit ihrer ausgeprägten Ressourcen- und Lösungsorientierung und der Arbeit mit klar ausgehandelten Aufträgen sind Systemische Therapien tendenziell kürzer als andere Verfahren. Als kooperationsorientierter Ansatz (Ochs & Urban, 2012) ermöglicht Systemische Therapie eine bessere Verzahnung von ambulanten Behandlern und stationären Einrichtungen, von Jugendhilfe und Gesundheitssystem, von verschiedenen Helfern und Behandlern. Systemische Therapie bietet spezielle Methoden, die das Case-Management bei komplexeren Psychotherapiefällen übersichtlicher und mittelbar dadurch Einzelmaßnahmen wirkungsvoller machen. Für ihre Aufnahme in den Leistungskatalog der Krankenkassen spricht schließlich die erwiesenermaßen hohe Zufriedenheit der Patienten mit diesem Verfahren und die signifikant geringere Therapie-„drop-out“-Rate (v. Sydow et al., 2007; Sydow et al., 2010).</p>

Einschätzende(r)	Antwort
Hans Lieb	<p>Es gibt zahlreiche Hinweise auf Wirtschaftlichkeit, Kosten-Nutzen-Abwägungen – mit Nutzen sowohl für den individuellen Patienten, seine Angehörigen und, aufgrund der Kosten-Nutzen-Effektivität, für das gesamte Gesundheitssystem. Hier sei auf die Original-Therapie verwiesen: Crane, D. R. (2007). Effektivitätsstudien zu den Kosten von Familientherapie. <i>Psychotherapeutenjournal</i>, 6 (1), 20-24. Crane, D. R. (2008). The cost-effectiveness of family therapy: a summary and progress report. <i>Journal of Family Therapy</i>, 30, 399-410. Crane, D. R. & Payne, S.H. (2011). Individual and family therapy in managed care: Comparing the costs of treatment by the mental health professions. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i>, 37(3), 273-289. Crane, D. R., Christenson, J. D., Dobbs, S. M., Schaalje, G. B., Moore, A. M., Chiang, F. F., Ballard, J., & Marshall, E. S. (2012). Costs of treating depression with individual versus family therapy. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i>, http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00326.x</p>
Reinert Hanswille	<p>Was die Kosteneffizienz Systemischer Psychotherapie angeht, so hat die Arbeitsgruppe um den amerikanischen Psychologieprofessor Russell Crane sehr aussagekräftige Untersuchungen durchgeführt (z.B. Crane & Payne, 2011). Crane (2007) wertete die Daten von drei Millionen Psychotherapie-Behandlungsfällen in den Vereinigten Staaten aus. Patienten, die Familientherapie erhielten, benötigten rund 1/3 weniger Therapiestunden als bei anderen Therapieverfahren. Paar- und Familientherapie erwies sich zudem als die kosteneffektivste Behandlungsform mit der niedrigsten Rückfallrate. Kostenreduktionen waren übrigens insbesondere bei „high utilizers“ zu beobachten (Crane, 2008). Was Depressionen angeht, so konnten Crane et al. (2012) aktuell bei rund 165.000 ausgewerteten Patienten zeigen, dass im Vergleich zu Psychotherapien, in denen nur mit dem einzelnen Patienten gearbeitet wird, Systemische Familientherapie eine deutlich geringere Rückfallrate aufweist und im Vergleich deutlich kostengünstiger ist. Was Substanzstörungen angeht, so konnten Morgan et al. (2012) zeigen, dass systemische Therapie deutlich weniger Sitzungen benötigt als individuell orientierte Psychotherapien, am kostengünstigsten war und die niedrigsten Rückfallraten hatte. Besonders bemerkenswert ist, dass Familientherapie nicht nur die Gesundheitskosten von Indexpatienten reduziert (so wie es auch bei Einzeltherapie der Fall ist), sondern auch die Gesundheitskosten von Familienmitgliedern reduziert, die nur „begleitend“ teilgenommen haben (Crane, 2007; Law, Crane & Mohlmann-Berge, 2003). Für die Kosteneffizienz der Systemischen Therapie sprechen auch Ergebnisse aus Großbritannien und Skandinavien. Bei Trowell et al. (2007) konnte mit Systemischer Therapie eine vergleichbare Abnahme depressiver Symptome in der Hälfte der Therapiestunden der psychotherapeutischen Vergleichsgruppe erreicht werden. Die finnische Langzeitstudie etwa von Knekt et al. (2008a, b; Marttunen, Valikoski, Lindfors, Laaksonen & Knekt, 2008) weisen in ähnliche Richtungen. Daten aus Deutschland existieren naturgemäß bislang nicht, da ambulant erbrachte Systemische Therapie von den Krankenkassen derzeit noch nicht bezahlt wird. Aber auch Praxisstudien im ambulanten systemischen Setting belegen im deutschsprachigen Raum die Wirksamkeit der Systemischen Therapie. Die Integration der Systemischen Therapie in den Kanon der Richtlinienpsychotherapieverfahren wird helfen, das Wirkungsspektrum der Psychotherapie dort zu erweitern, wo dies dringend notwendig erscheint, nämlich bei den „Stiefkindern“ der psychotherapeutischen Versorgung: Patienten mit besonders schwerwiegenden, kostenintensiven Diagnosen, die heute in der kassenfinanzierten Psychotherapie eine Randstellung einnehmen (z.B. bei schweren Störungen des Sozialverhaltens, Substanzabhängigkeiten oder im Kontext sog. Multiproblemfamilien (vgl. Sydow et al. 2007). Systemische Therapie verfügt nachweislich über wirksame Behandlungsstrategien für schwer zu behandelnde Störungen. Sie kommt damit dem Interesse der Krankenkassen an Behandlungsangeboten entgegen, die kostenintensive stationäre Aufnahmen reduzieren helfen. Mit ihrer ausgeprägten Berücksichtigung kultureller Kontexte ermöglicht die Systemische Therapie einen besseren Zugang zu Familien mit Migrationshintergrund, die besonders bei Kindern und Jugendlichen einen immer größeren Teil der Wohnbevölkerung ausmachen. Die Einbeziehung von mitleidenden und mitbehandelten Angehörigen in der Systemischen Therapie kann helfen, deren langjährige Kenntnis des Patienten besser für die Behandlung zu nutzen und damit soziale Unterstützung als einen zentralen Prädiktor einer günstigen Langzeitanpassung sehr direkt zu fördern. Zugleich konnten positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Familienangehörigen (einschließlich einer Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen) bei Familientherapie eines Indexpatienten nachgewiesen werden (Law & Crane, 2000), so dass Kosten durch parallele Psychotherapien mehrerer Familienmitglieder reduziert werden können. Bei der Betreuung von körperlichen Krankheiten mit psychischen und sozialen Faktoren – auch in Disease-Management-Programmen – ist die systemorientierte Arbeit mit der Familie unverzichtbar. Dies gilt analog für die Behandlung und die Prävention von familialer Gewalt, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung. Mit ihrer ausgeprägten Ressourcen- und Lösungsorientierung und der Arbeit mit klar ausgehandelten Aufträgen sind Systemische Therapien tendenziell kürzer als andere Verfahren. Als kooperationsorientierter Ansatz (Ochs & Orban, 2012) ermöglicht Systemische Therapie eine bessere Verzahnung von ambulanten Behandlern und stationären Einrichtungen, von Jugendhilfe und Gesundheitssystem, von verschiedenen Helfern und Behandlern. Systemische Therapie bietet spezielle Methoden, die das Case-Management bei komplexeren Psychotherapiefällen übersichtlicher und mittelbar dadurch Einzelmaßnahmen wirkungsvoller machen. Für ihre Aufnahme in den Leistungskatalog der Krankenkassen spricht schließlich die erwiesenermaßen hohe Zufriedenheit der Patienten mit diesem Verfahren und die signifikant geringere Therapie-</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	„drop-out“-Rate (v. Sydow et al., 2007; Sydow et al., 2010).
V. Hähnlein/ Dr. J. Rimpel	zu b, c, d: Die Systemische Therapie ist zentriert auf das aktuelle Konfliktmuster, zeigt dadurch unmittelbare Effekte. Bei den anderen (Richtlinien-)Verfahren sind entweder eine lange anamnestiche Vorarbeit und ggf. ein Durcharbeiten der Kindheit erforderlich oder (bei VT) ein intensives und ggf. zeitaufwändiges Einüben neuer Verhaltensmuster. Die Bearbeitung des Konfliktes des gesamten Systems mit Berücksichtigung der übrigen Familien oder Systemmitglieder verhindert eine Symptomverschiebung auf andere Personen (von dem ursprünglichen „Indexpatienten“), so dass weitere Erkrankungen und zusätzliche Kosten vermieden werden. [19]
Bundesdirektorenkonferenz (BDK)	Aus der vergleichenden Psychotherapieforschung ist uns keine Studie bekannt, die eine Kostenschätzung oder eine Kostennutzenabwägung auf den einzelnen Patienten bzw. einer Kostennutzenabwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten im Vergleich mit anderen Methoden unmittelbar erlauben würde. Allerdings kann in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass die meisten der auch in den einschlägigen Reviews hinzugezogenen Studien nur eine kurze Behandlungsdauer hatte. Nur wenige der hinzugezogenen Studien fußen auf Interventionen mit mehr als 30 Therapiesitzungen. Im Gegenteil wurden sogar für vereinzelte Indikationen Studien durchgeführt, die maximal 12 Behandlungssitzungen aufwiesen. Auch hier konnte häufig ein positiver Wirksamkeitsnachweis gegeben werden, was letztendlich zumindest im Vergleich zu den bestehenden Richtlinien-Psychotherapieverfahren eine positive bis neutrale Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nach sich ziehen müsste.
Dr. med. Wolfheinz Maurer	Um diesen Fragenkomplex beantworten zu können greife ich zurück auf die von von Sydow (2006/2007) zusammengefassten Analysen zur Wirtschaftlichkeit. In den USA stellt sich dieses wie folgt dar: Systemische Familientherapie (MST, FFT) ist der wirksamste und kostengünstigste Ansatz. Kostenersparnis pro Fall: 13.908-21.863 \$ (Aos & Barnoski, 1998; zit. n. Sexton et al., 2003; s. z. B. Schoenwald, Ward, Henggeler, Pickrel & Patel, 1996). Erzeugte „Health-care“-Kosten im Medicaid System über 2,5Jahre (N = 3753) je nach Behandlung (Crane, Hillin & Jakubowski, 2005): Nur Einzeltherapie: Ø 16.260 \$ Kosten – „In-office“-Familientherapie: Ø 11.116 \$ Kosten – Aufsuchende Familientherapie: Ø 1.622 \$ Kosten Cannabis-Störungen: Unklarer Befund (French et al., 2002, 2003 bzgl. & MDFT) In Deutschland ergibt sich, dass in der Behandlung von Jugendlichen mit einer schweren Anorexie die Multisystemische Therapie (MST) in kinder- & jugendpsychiatrischer Tagesklinik, anschließende ambulante Einzeltherapie: pro Fall ca. 12.000-15.000 € Kosten erzeugt, eine vollstationäre Standard-Behandlung: 60.000-75.000 €. Wenn man die Zahl der notwendigen Unterbringungen betrachtet ist der Anteil der im Anschluss an die Behandlung notwendigen Fremdunterbringungen: 1% (MST in Tagesklinik) vs. 30% (vollstationäre Standardbehandlung) (Scholz, 2005). Aus eigener Erfahrung wissen wir, dass stationäre Behandlungen gekürzt werden konnten durch das Einführen der Reflektierten Kommunikation und dass die Rückfallquote geringer wird je intensiver der Anteil der Familientherapeutischen Arbeit ist. Das trifft in Übrigen auch auf das Verhindern einer stationären Therapie zu – unabhängig von der Diagnose.
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)	Wir konstatieren: Verkürzung der Arbeitsunfähigkeits-Zeiten, seltener Berentung, Verkürzung der Therapiezeiten, geringere Kosten für medikamentöse Behandlung u. a.
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten und -therapeuten e. V. (BKJ)	Was die Kosteneffizienz Systemischer Psychotherapie angeht, so hat die Arbeitsgruppe um den amerikanischen Psychologieprofessor Russell Crane sehr aussagekräftige Untersuchungen durchgeführt (z.B. Crane & Payne, 2011). Crane (2007) wertete die Daten von drei Millionen Psychotherapie- Behandlungsfällen in den Vereinigten Staaten aus. Patienten, die Familientherapie erhielten, benötigten rund 1/3 weniger Therapiestunden als bei anderen Therapieverfahren. Paar- und Familientherapie erwies sich zudem als die kosteneffektivste Behandlungsform mit der niedrigsten Rückfallrate. Kostenreduktionen waren übrigens insbesondere bei „high utilizers“ zu beobachten (Crane, 2008). Was Depressionen angeht, so konnten Crane et al. (2012) aktuell bei rund 165.000 ausgewerteten Patienten zeigen, dass im Vergleich zu Psychotherapien, in denen nur mit dem einzelnen Patienten gearbeitet wird, Systemische Familientherapie eine deutlich geringere Rückfallrate aufweist und im Vergleich deutlich kostengünstiger ist. Was Substanzstörungen angeht, so konnten Morgan et al. (2012) zeigen, dass systemische Therapie deutlich weniger Sitzungen benötigt als individuell orientierte Psychotherapien, am kostengünstigsten war und die niedrigsten Rückfallraten hatte. Besonders bemerkenswert ist, dass Familientherapie nicht nur die Gesundheitskosten von Indexpatienten reduziert (so wie es auch bei Einzeltherapie der Fall ist), sondern auch die Gesundheitskosten von Familienmitgliedern reduziert, die nur „begleitend“ teilgenommen haben (Crane, 2007; Law, Crane & Mohlmann-Berge, 2003). Für die Kosteneffizienz der Systemischen Therapie sprechen auch Ergebnisse aus

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Großbritannien und Skandinavien. Bei Trowell et al. (2007) konnte mit Systemischer Therapie eine vergleichbare Abnahme depressiver Symptome in der Hälfte der Therapiestunden der psychotherapeutischen Vergleichsgruppe erreicht werden. Die finnische Langzeitstudie etwa von Knekt et al. (2008a, b; Marttunen, Valikoski, Lindfors, Laaksonen & Knekt, 2008) weisen in ähnliche Richtungen. Daten aus Deutschland existieren naturgemäß bislang nicht, da ambulant erbrachte Systemische Therapie von den Krankenkassen derzeit noch nicht bezahlt wird. Aber auch Praxisstudien im ambulanten systemischen Setting belegen im deutschsprachigen Raum die Wirksamkeit der Systemischen Therapie. Die Integration der Systemischen Therapie in den Kanon der Richtlinienpsychotherapieverfahren wird helfen, das Wirkungsspektrum der Psychotherapie dort zu erweitern, wo dies dringend notwendig erscheint, nämlich bei den „Stiefkindern“ der psychotherapeutischen Versorgung: Patienten mit besonders schwerwiegenden, kostenintensiven Diagnosen, die heute in der kassenfinanzierten Psychotherapie eine Randstellung einnehmen (z.B. bei schweren Störungen des Sozialverhaltens, Substanzabhängigkeiten oder im Kontext sog. Multiproblemfamilien (vgl. Sydow et al. 2007). Systemische Therapie verfügt nachweislich über wirksame Behandlungsstrategien für schwer zu behandelnde Störungen. Sie kommt damit dem Interesse der Krankenkassen an Behandlungsangeboten entgegen, die kostenintensive stationäre Aufnahmen reduzieren helfen. Mit ihrer ausgeprägten Berücksichtigung kultureller Kontexte ermöglicht die Systemische Therapie einen besseren Zugang zu Familien mit Migrationshintergrund, die besonders bei Kindern und Jugendlichen einen immer größeren Teil der Wohnbevölkerung ausmachen. Die Einbeziehung von mitleidenden und mitbehandelten Angehörigen in der Systemischen Therapie kann helfen, deren langjährige Kenntnis des Patienten besser für die Behandlung zu nutzen und damit soziale Unterstützung als einen zentralen Prädiktor einer günstigen Langzeitanpassung sehr direkt zu fördern. Zugleich konnten positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Familienangehörigen (einschließlich einer Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen) bei Familientherapie eines Indexpatienten nachgewiesen werden (Law & Crane, 2000), so dass Kosten durch parallele Psychotherapien mehrerer Familienmitglieder reduziert werden können. Bei der Betreuung von körperlichen Krankheiten mit psychischen und sozialen Faktoren – auch in Disease-Management-Programmen – ist die systemorientierte Arbeit mit der Familie unverzichtbar. Dies gilt analog für die Behandlung und die Prävention von familialer Gewalt, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung. Mit ihrer ausgeprägten Ressourcen- und Lösungsorientierung und der Arbeit mit klar ausgehandelten Aufträgen sind Systemische Therapien tendenziell kürzer als andere Verfahren. Als kooperationsorientierter Ansatz (Ochs & Urban, 2012) ermöglicht Systemische Therapie eine bessere Verzahnung von ambulanten Behandlern und stationären Einrichtungen, von Jugendhilfe und Gesundheitssystem, von verschiedenen Helfern und Behandlern. Systemische Therapie bietet spezielle Methoden, die das Case-Management bei komplexeren Psychotherapiefällen übersichtlicher und mittelbar dadurch Einzelmaßnahmen wirkungsvoller machen. Für ihre Aufnahme in den Leistungskatalog der Krankenkassen spricht schließlich die erwiesenermaßen hohe Zufriedenheit der Patienten mit diesem Verfahren und die signifikant geringere Therapie-„drop-out“-Rate (v. Sydow et al., 2007; Sydow et al., 2010).</p>
Klinikum Oberberg Klinik für Psychiatrie II	die niederfrequenten und insgesamt sehr viel weniger Sitzungen-pro Fall in der Regel 3-4 und max 10- verursachen deutlich weniger Kosten sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesamtheit der Versicherten
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (dggpp)	
Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie GmbH (APP)	Was die Kosteneffizienz Systemischer Psychotherapie angeht, so hat die Arbeitsgruppe um den amerikanischen Psychologieprofessor Russell Crane sehr aussagekräftige Untersuchungen durchgeführt (z.B. Crane & Payne, 2011). Crane (2007) wertete die Daten von drei Millionen Psychotherapie-Behandlungsfällen in den Vereinigten Staaten aus. Patienten, die Familientherapie erhielten, benötigten rund 1/3 weniger Therapiestunden als bei anderen Therapieverfahren. Paar- und Familientherapie erwies sich zudem als die kosteneffektivste Behandlungsform mit der niedrigsten Rückfallrate. Kostenreduktionen waren übrigens insbesondere bei „high utilizers“ zu beobachten (Crane, 2008). Was Depressionen angeht, so konnten Crane et al. (2012) aktuell bei rund 165.000 ausgewerteten Patienten zeigen, dass im Vergleich zu Psychotherapien, in denen nur mit dem einzelnen Patienten gearbeitet wird, Systemische Familientherapie eine deutlich geringere Rückfallrate aufweist und im Vergleich deutlich kostengünstiger ist. Was Substanzstörungen angeht, so konnten

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Morgan et al. (2012) zeigen, dass systemische Therapie deutlich weniger Sitzungen benötigt als individuell orientierte Psychotherapien, am kostengünstigsten war und die niedrigsten Rückfallraten hatte. Besonders bemerkenswert ist, dass Familientherapie nicht nur die Gesundheitskosten von Indexpatienten reduziert (so wie es auch bei Einzeltherapie der Fall ist), sondern auch die Gesundheitskosten von Familienmitgliedern reduziert, die nur „begleitend“ teilgenommen haben (Crane, 2007; Law, Crane & Mohlmann-Berge, 2003). Für die Kosteneffizienz der Systemischen Therapie sprechen auch Ergebnisse aus Großbritannien und Skandinavien. Bei Trowell et al. (2007) konnte mit Systemischer Therapie eine vergleichbare Abnahme depressiver Symptome in der Hälfte der Therapiestunden der psychotherapeutischen Vergleichsgruppe erreicht werden. Die finnische Langzeitstudie etwa von Knekt et al. (2008a, b; Marttunen, Valikoski, Lindfors, Laaksonen & Knekt, 2008) weisen in ähnliche Richtungen. Daten aus Deutschland existieren naturgemäß bislang nicht, da ambulant erbrachte Systemische Therapie von den Krankenkassen derzeit noch nicht bezahlt wird. Aber auch Praxisstudien im ambulanten systemischen Setting belegen im deutschsprachigen Raum die Wirksamkeit der Systemischen Therapie. Die Integration der Systemischen Therapie in den Kanon der Richtlinienpsychotherapieverfahren wird helfen, das Wirkungsspektrum der Psychotherapie dort zu erweitern, wo dies dringend notwendig erscheint, nämlich bei den „Stiefkindern“ der psychotherapeutischen Versorgung: Patienten mit besonders schwerwiegenden, kostenintensiven Diagnosen, die heute in der kassenfinanzierten Psychotherapie eine Randstellung einnehmen (z.B. bei schweren Störungen des Sozialverhaltens, Substanzabhängigkeiten oder im Kontext sog. Multiproblemfamilien (vgl. Sydow et al. 2007). Systemische Therapie verfügt nachweislich über wirksame Behandlungsstrategien für schwer zu behandelnde Störungen. Sie kommt damit dem Interesse der Krankenkassen an Behandlungsangeboten entgegen, die kostenintensive stationäre Aufnahmen reduzieren helfen. Mit ihrer ausgeprägten Berücksichtigung kultureller Kontexte ermöglicht die Systemische Therapie einen besseren Zugang zu Familien mit Migrationshintergrund, die besonders bei Kindern und Jugendlichen einen immer größeren Teil der Wohnbevölkerung ausmachen. Die Einbeziehung von mitleidenden und mitbehandelten Angehörigen in der Systemischen Therapie kann helfen, deren langjährige Kenntnis des Patienten besser für die Behandlung zu nutzen und damit soziale Unterstützung als einen zentralen Prädiktor einer günstigen Langzeitanpassung sehr direkt zu fördern. Zugleich konnten positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Familienangehörigen (einschließlich einer Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen) bei Familientherapie eines Indexpatienten nachgewiesen werden (Law & Crane, 2000), so dass Kosten durch parallele Psychotherapien mehrerer Familienmitglieder reduziert werden können. Bei der Betreuung von körperlichen Krankheiten mit psychischen und sozialen Faktoren – auch in Disease- Management-Programmen – ist die systemorientierte Arbeit mit der Familie unverzichtbar. Dies gilt analog für die Behandlung und die Prävention von familialer Gewalt, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung. Mit ihrer ausgeprägten Ressourcen- und Lösungsorientierung und der Arbeit mit klar ausgehandelten Aufträgen sind Systemische Therapien tendenziell kürzer als andere Verfahren. Als kooperationsorientierter Ansatz (Ochs & Orban, 2012) ermöglicht Systemische Therapie eine bessere Verzahnung von ambulanten Behandlern und stationären Einrichtungen, von Jugendhilfe und Gesundheitssystem, von verschiedenen Helfern und Behandlern. Systemische Therapie bietet spezielle Methoden, die das Case-Management bei komplexeren Psychotherapiefällen übersichtlicher und mittelbar dadurch Einzelmaßnahmen wirkungsvoller machen. Für ihre Aufnahme in den Leistungskatalog der Krankenkassen spricht schließlich die erwiesenermaßen hohe Zufriedenheit der Patienten mit diesem Verfahren und die signifikant geringere Therapie-„drop-out“- Rate (v. Sydow et al., 2007; Sydow et al., 2010).</p>
<p>Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf</p>	<p>Die uns bekannten Studien zur besonderen Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie stammen vor allem aus den USA. Die Untersuchungen wurden zum Teil an großen Populationen durchgeführt und belegen die besondere Wirtschaftlichkeit der systemischen Therapie. Crane, D. R. (2007). Effektivitätsstudien zu den Kosten von Familientherapie. <i>Psychotherapeutenjournal</i>, 6 (1), 20-24. Crane, D. R. (2008). The cost-effectiveness of family therapy: a summary and progress report. <i>Journal of Family Therapy</i>, 30, 399-410. Crane, D. R. & Payne, S.H. (2011). Individual and family therapy in managed care: Comparing the costs of treatment by the mental health professions. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i>, 37(3), 273-289. Crane, D. R., Christenson, J. D., Dobbs, S. M., Schaalje, G. B., Moore, A. M., Chiang, F. F., Ballard, J., & Marshall, E. S. (2012). Costs of treating depression with individual versus family therapy. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i>, http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00326.x Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen, M., Renland, C., & the Helsinki Psychotherapy Study Group. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. <i>Psychological Medicine</i>, 38, 689-703. Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R., Haaramo, P., Järvikoski, A., & the Helsinki Psychotherapy Study Group. (2008). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work-ability and functional capacity – A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 107, 95-106. Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., Wolff, G., Alexanthe, B., Asen, E., et al. (2000). The</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	London depression intervention trial. Randomised controlled trial of antidepressants vs. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: Clinical outcome and costs. British Journal of Psychiatry, 177, 95–100 and Corrigendum BJP, 177, 284.
Josef Heck	Siehe Eingaben der Dachverbände!
Dr. med. Michael Kroll	S. Crane & Payne, 2011. Crane (2007) wertete die Daten von drei Millionen Psychotherapie-Behandlungsfällen in den Vereinigten Staaten aus. Patienten, die Familientherapie erhielten, benötigten rund 1/3 weniger Therapiestunden als bei anderen Therapieverfahren. Paar- und Familientherapie erwies sich zudem als die kosteneffektivste Behandlungsform mit der niedrigsten Rückfallrate. Kostenreduktionen waren übrigens insbesondere bei „high utilizers“ zu beobachten (Crane, 2008). Was Depressionen angeht, so konnten Crane et al. (2012) aktuell bei rund 165.000 ausgewerteten Patienten zeigen, dass im Vergleich zu Psychotherapien, in denen nur mit dem einzelnen Patienten gearbeitet wird, Systemische Familientherapie eine geringere Rückfallrate aufweist und im Vergleich kostengünstiger ist.
Dr. med. Stefan Battel	Der Nachweis zur Wirtschaftlichkeit der systemischen Therapie ist an großen Populationen meines Kenntnisstandes erforscht worden mit durchaus klaren Voten für eine effektive Kosten/Nutzen Relation
Dr. B. Vieten	Hier verweise ich auf die die Übersicht von SYDOW 2012.
Michaela Schuhmacher	Davon habe ich keine Kenntnis. Jedoch gehe ich davon aus, dass Systemische Therapien keinesfalls teurer werden als andere Verfahren. Im Vergleich zu aufwendigen tiefenpsychologischen Therapien dürften die Kosten niedriger liegen. Mehrere Klienten berichteten, sie hätten "in den wenigen Stunden hier mehr erreicht, als in ganzen Therapien zuvor".
Dr. med. Thomas Schillen	siehe 7 c)
Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG)	Aussagekräftige Untersuchungen zu Kosten-Nutzen-Analysen finden sich insbesondere in der Arbeitsgruppe um Professor Russel Crane (z.B. Crane & Payne, 2011), die Daten von drei Millionen Psychotherapie-Behandlungsfällen in den Vereinigten Staaten auswerteten. Patienten, die Familientherapie erhielten, benötigten rund 1/3 weniger Therapiestunden als bei anderen Therapieverfahren. Zudem erwies sich die Paar- und Familientherapie als kosteneffektivste Behandlungsform mit der niedrigsten Rückfallrate (Crane, 2007). Patienten, die sich in Familientherapie befinden oder eine entsprechende Behandlung abgeschlossen haben, suchen signifikant seltener einen Arzt auf (Law & Crane, 2000), dies gilt auch insbesondere für „high utilizers“ (Law, Crane & Mohlmann-Berge, 2003). Eine Untersuchung aus den USA zeigte, dass bei schizophren Erkrankten durch die Teilnahme an Familientherapie pro Familientherapie-Sitzung 586 \$ und indirekt weitere beträchtliche Kosten für allgemein-medizinische Behandlungen und Krankenhausbehandlungen eingespart wurden. (Crane, 2007). Studien aus den USA lassen darauf schließen, dass die Einbeziehung von Familientherapie als Behandlungsform die Gesundheitskosten nicht ansteigen lässt (Crane, 2007). Im Kontext der Behandlung von Schizophrenie sind familiäre Interventionen kosteneffektiv und helfen gesundheitliche Folgekosten zu reduzieren (Pharao et al., 2004). Crane et al. (2012) konnten bei rund 165.000 depressiven Patienten nachweisen, dass die Systemische Familientherapie im Vergleich zu anderen (Einzel-) Therapieverfahren kostengünstiger ist. In der Londoner Depressionsstudie von Leff et al. zeigte sich, dass die ST zwar kurzfristig höhere Kosten als die Antidepressiva-Medikation verursachte, jedoch im Behandlungs- und 2-Jahres-Follow-up-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Gesamtkosten zu finden waren. Zugleich war die ST bzgl. des Kernsymptoms wirksamer (Leff et al, 2000). Aus Europa sind insbesondere der „London Depression Intervention Trial“ (Leff et al, 2000) und die „Helsinki Psychotherapy Study“ (Maljanen et al., 2012) aussagekräftig, die bei unterschiedlichen Interventionsgruppen zeigen konnten, dass sich die gesundheitlichen Gesamtkosten nicht signifikant voneinander unterscheiden. In Deutschland konnten aufgrund der erst in 2008 erfolgten wissenschaftlichen Anerkennung der ST, der bisher fehlenden sozialrechtlichen Anerkennung und der noch nicht ausreichend erfolgten Verankerung der ST an den deutschen Hochschulen derartige Studien bzw. Untersuchungen nicht durchgeführt werden.
Dr. med Wolfgang Dillo	Wissenschaftliche Arbeiten zur Wirtschaftlichkeit sind mir nicht bekannt. Die Erfahrungen des Einsatzes systemischer Methoden seit 2,5 Jahren auf einer geschlossenen akutpsychiatrischen Station zeigen, dass sich die mittlere Liegzeit erheblich verkürzen ließen.

Einschätzende(r)	Antwort
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)	Die Arbeitsgruppe um Crane findet in ihren Übersichtsarbeiten Hinweise dafür, dass durch den Einbezug familien- und systemtherapeutischer Interventionen insbesondere für die Gruppe der „high utilizers“ Gesundheitskosten reduziert werden konnten, da insgesamt die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sank (Crane 2007, Crane und Christenson 2012). Darüber hinaus zeigt die systemische Therapie auch als niedrigfrequentes Verfahren bzw. in der Krisenintervention Evidenz (Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie 2008, Deisler 2013).
Dr. Wilhelm Rott-haus	Die Nachweise zur besonderen Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie sind nach meiner Einschätzung überwältigend. Zu allen vier genannten Unterpunkten der Frage liegen Forschungsergebnisse vor, die an ausgesprochen großen Populationen durchgeführt worden sind. Crane, D. R. (2007). Effektivitätsstudien zu den Kosten von Familientherapie. Psychotherapeutenjournal, 6 (1), 20-24. Crane, D. R. (2008). The cost-effectiveness of family therapy: a summary and progress report. Journal of Family Therapy, 30, 399-410. Crane, D. R. & Payne, S.H. (2011). Individual and family therapy in managed care: Comparing the costs of treatment by the mental health professions. Journal of Marital and Family Therapy, 37(3), 273-289. Crane, D. R., Christenson, J. D., Dobbs, S. M., Schaalje, G. B., Moore, A. M., Chiang, F. F., Ballard, J., & Marshall, E. S. (2012). Costs of treating depression with individual versus family therapy. Journal of Marital and Family Therapy, http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00326.x
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)	Vergleiche mit medikamentöser Behandlung sind insofern nur sehr begrenzt möglich, als z.T. Differenzialindikationen zu beachten sind (s. z.B. NVL unipolare Depression). Bei Verfahren, die zur Richtlinienbehandlung zuzulassen sind, wäre nur eine Unwirtschaftlichkeit anzunehmen, wenn hinreichende Behandlungserfolge nach Datenlage nicht innerhalb der in der ambulanten Psychotherapie üblichen Behandlungsdauern zu erwarten sind. Dafür gibt es keinerlei Anhaltspunkte.
Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP)	Die Anerkennung dieses bereits jetzt in der Versorgung weit verbreiteten und effizienten Verfahrens als vertragsärztliche Leistung würde aus Sicht des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland die Versorgung gerade im Hinblick auf die Vermeidung von unnötigen Kosten erheblich verbessern. Es ist darauf hinzuweisen, daß die Systemische Therapie in besonderer Weise seitens ihrer konzeptuellen Grundlagen und der angewandten Methodik die in der Versorgung geforderte Interdisziplinarität, Vernetzung und Flexibilität der Behandlung unterstützt und gewährleistet. In Bezug auf in der Systemischen Therapie verankerten "kurzzeittherapeutischen" Verfahren ist die Kostengünstigkeit im Vergleich zu eher längerfristig angelegten Verfahren evident. Die Behandlung des gesamten "erkrankten Systems" erspart oft kostenträchtige und unverbundene Einzelbehandlungen der jeweiligen einzelnen Betroffenen oder steigert deren Effizienz und verkürzt die Gesamtbehandlungsdauer. Systemische Therapie ist deutlich niedrighwelliger und flexibler als vergleichbare psychotherapeutische Verfahren ausgerichtet, eher an Relativierung der Bedeutung des Therapeuten und "Selbstermächtigung" orientiert und kann somit in Bezug auf Häufigkeit und Gesamtmenge der benötigten therapeutischen Sitzungen besonders gut und mit konzeptuell immanenter "Sparsamkeit" angepasst werden. Wir erwarten als Verband bei einer Aufnahme der Systemischen Therapie in die vertragsärztlichen Leistungen deshalb sowohl Kosteneinsparungen bezüglich des einzelnen Patienten, als auch der Gesamtkosten für psychotherapeutische Maßnahmen sowie, dies ist besonders zu betonen, nachhaltige Folgekosteneinsparungen (u.a. Vermeidung von Chronifizierung) durch effiziente Einwirkung auf das interaktionelle und psychosoziale Bedingungsgefüge, gerade auch bei der Mitbehandlung von Bezugspersonen von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen

E Ergänzung

8. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Einschätzende(r)	Antwort
Dr. Susanne Altmeyer	<p>Systemische Therapie bereichert den Kanon der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren um eine wichtige Perspektive, nämlich die der Kontexte von menschlichem Denken, Fühlen und Verhalten und der Interaktionen zwischen allen Akteuren. Diese bio-psycho-sozio-kulturelle Sichtweise wird der Komplexität unseres Lebens wahrscheinlich gerechter als einseitige Betrachtungsweisen und erlaubt ein besseres Erfassen und Verstehen von psychosomatischen und psychosozialen Problemstellungen. Zudem ist kooperative Kompetenz, also die Fähigkeit zur fruchtbaren Zusammenarbeit mit anderen medizinischen und psychosozialen Berufsgruppen eine immer größere Notwendigkeit im Labyrinth der psychosozialen Instanzen, eine Fähigkeit, für die SystemikerInnen Spezialisten sind. In einer Zeit der starken Zunahme von Erkrankungen wie Burnout-Syndrom, Depressionen, Angsterkrankungen und Somatisierungsstörungen einerseits und lebensbegleitenden chronischen Erkrankungen andererseits ist es sinnvoll, dass psychotherapeutisch und medizinisch tätige Fachleute Systemkompetenz besitzen, also in der Lage sind, komplexere Zusammenhänge im psychosozialen und psychosomatischen Feld zu erkennen und mit ihnen umzugehen. Neben der Möglichkeit Systemische Therapie in den Facharztweiterbildungen für den Psychotherapieanteil in der Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatischen Medizin zu erlernen, sollten zunehmend auch systemische Inhalte im facharztgebundenen Psychotherapiezusatztitel und der Psychosomatischen Grundversorgung gelehrt werden. Systemische Weiterbildungen in Deutschland werden in der Regel berufsübergreifend angeboten, so dass kommunikative und kooperative Kompetenzen immanent gefördert werden können – die Medizin könnte durch ein größeres systemisches Know how enorm profitieren.</p>
Friedebert Kröger	<p>Im europäischen und außereuropäischen Raum ist die Systemische Therapie ein anerkanntes und breit eingesetztes Psychotherapieverfahren, das sich durch hohe Akzeptanz und Niederschwelligkeit auf der Patientenseite, sowie positiver Resonanz auf Seiten der systemisch arbeitenden Therapeuten auszeichnet. In der Systemischen Psychotherapie werden therapeutische Strategien und -Techniken eingesetzt, die durchaus auch Bestandteil anderer psychotherapeutischer Verfahren sind. Strategien und Techniken wie das circuläre Fragen, die Ressourcenorientierung, Kontextualisierung, Genogramm – und Skulpturarbeit, Schlußintervention etc. haben in der Systemischen Therapie allerdings eine Differenzierung und Akzentuierung erfahren, die sie zum originären Bestandteil systemischer Arbeitsweisen machen. Mit der Verbreitung systemtherapeutischer Arbeitsweisen haben diese auch andere psychotherapeutische Verfahren, insbesondere auch die sogenannten Richtlinienverfahren beeinflusst. Dies schlägt sich z.B. darin nieder, dass inzwischen auch bei den Vertretern dieser Verfahren eine sehr viel höhere Bereitschaft besteht, situativ relevante Beziehungspersonen auch real in die therapeutischen Prozesse einzubeziehen. Allerdings kann sich auf diese Weise das volle psychotherapeutische Potenzial der Systemischen Therapie nicht entfalten. In der Bundesrepublik Deutschland werden systemische Therapiekonzepte in erster Linie im stationären (psychosomatischen und psychiatrischen) Behandlungsrahmen erfolgreich eingesetzt. Außerhalb der heilkundlichen Anwendung hat die systemische Methodik in den Beratungskontexten der Paar- und Familienberatungsstellen einen heute unverzichtbaren Stellenwert. Wie die Internationale Studienlage zeigt, hat die Systemische Therapie außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in der ambulanten Krankenbehandlung einen hohen Stellenwert und erscheint für Behandlung von Patienten eine unverzichtbare Vorgehensweise. Es ist sehr zu wünschen, dass auch in der Bundesrepublik Deutschland Patienten einen Zugang zur ambulanten system-psychotherapeutischen Behandlung erhalten.</p>
Gudrun Bassarak	<p>In meiner Arbeit innerhalb der Sozialpädiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychosomatik gehören Kinder und Jugendliche zu meinen Klienten. Die Eltern und ggf. andere Bezugspersonen werden jedoch unverzichtbar mit in den Therapieprozess einbezogen und auch hier kommen gezielte systemische Interventionen zum Einsatz, wie z.B. immer die systemische Klärung des Therapieauftrags und die konstruktiven Fragen. Den Fragebogen habe ich ohne Anspruch auf Vollständigkeit als praktizierende Systemische Therapeutin ausgefüllt und wünsche der Systemischen Therapie und ihren „Weltenerfindern“ weiterhin eine spannende Entwicklung.</p>
Prof. Dr. Jochen Schweitzer-Rotbers	<p>Ich befürworte eine Aufnahme der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkasse. Weil das Verfahren durch seine Spezifika (ausgeprägte Kontextorientierung; Schwerpunkte in der Paar-, Familien-, Multifamilien- und Multisystemischen/Netzwerktherapie) das Spektrum bislang zugelassener rein individualtherapeutischer Verfahren hervorragend ergänzt. Weil insbesondere für das soziale Um-</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>feld stark belastende Störungen wie Sucht, Schizophrenie sowie Störungen des Sozialverhaltens zahlreiche positive Behandlungskonzepte und -ergebnisse vorliegen. Weil die Settingflexibilität der systemischen Therapie hinsichtlich Frequenz, Dauer, Ort und Teilnehmern von Therapiesitzungen es ermöglicht, auch chronische Störungen wie z.B. intermittierend akut werdende chronische Krankheiten, intermittierend akut exzerbierende chronische psychotische Störungen sehr langfristig, aber mit überschaubarer Sitzungszahl gut zu behandeln. Weil traditionell schwerer erreichbare Patientengruppen aus der Unterschicht, aus Migrantenfamilien, sowie Jugendliche mit Substanzabusus im familientherapeutischen Setting besser erreichbar sind. Weil das systemtherapeutische Denken die Kooperation mit Überweisern, anderen Sozial- und Gesundheitsdiensten sowie dem beruflichen, schulischen und nachbarschaftlichen Umfeld von Patienten sehr betont und daher den notwendigen „Brückenschlag“ zwischen der Psychotherapie und den anderen Unterstützungsmöglichkeiten von Patienten sehr fördert Weil die empirische Befundlage für die Wirksamkeit dieses Verfahrens gut ist. Weil amerikanische Studien (Crane et al.) darauf hindeuten, daß nach Familientherapien die Inanspruchnahme anderer kassenfinanzierter Gesundheitsleistungen sinkt</p>
Filip Caby	<p>Es ist nicht nachvollziehbar, dass ein international (USA und Europa) anerkanntes und bewährtes Therapieverfahren bislang in Deutschland keine Anerkennung findet.</p>
Udo Pfennig	<p>Ein wesentlicher Aspekt, der sich aus systemtherapeutischen Denken entwickelt, betrifft die Haltung dem Patienten gegenüber: Es wird eine Haltung entwickelt, die gleichrangige Partizipation in der Behandlung fördert, Defizit-beschreibende und erzeugende Suggestionen vermeidet und eher auflöst und Selbstwirksamkeit des Patienten anstrebt. Dies trifft das, was jetzt in der Gesellschaft gefordert wird(z.B Patientenrechtgesetz), sich aber in vielen Konzepten implizit noch eher ein up- down Denken und Handeln findet. Im Jahre 2009 hat sich unsere Klinikleitung dazu entschlossen, unseren Mitarbeitern eine hausinternen 2jährige Weiterbildung in systemischer Beratung und Therapie anzubieten. Von circa 100 Mitarbeitern wollten 65 Mitarbeiter an dieser Weiterbildung teilnehmen. Aus organisatorischen Gründen (wir konnten nicht alle Mitarbeiter zur gleichen Zeit an so vielen Tagen aus dem laufenden Betrieb herausnehmen) wurden nur 45 Mitarbeiter und 15 externe Teilnehmer geschult. Die Beurteilung der Weiterbildung und der Wert für die berufliche Tätigkeit wurde von allen Mitarbeiter als sehr hoch eingeschätzt. In nicht-medizinischen Kontexten (z.B Jugendhilfe)stellt meiner Beobachtung nach eine systemische Fortbildung eine gute Voraussetzung dar.</p>
Ralf Schobert	<p>Es ist nicht nachvollziehbar, dass ein international (USA und Europa) anerkanntes und bewährtes Therapieverfahren bislang in Deutschland keine Anerkennung gefunden hat. Zahlreiche Belege in Forschung und Praxis zeigen die Bedeutsamkeit und Wirtschaftlichkeit der systemischen Therapie. In den meisten Nachbarländern ist die systemische Therapie ein anerkanntes und refinanziertes Verfahren. Im Rahmen der EU – Angleichung wäre es sehr sinnvoll dies auch in Deutschland zu ermöglichen. Es wäre sehr wünschenswert wenn auch in Deutschland ein Verfahren, dass die Ressourcen betont, eine Wertschätzende Therapeutenhaltung betont, die Gesundheitskräfte betont und überdurchschnittlich wirtschaftlich ist auch in Deutschland für sozialversicherte Patienten möglich wird. Systemische Therapie wirkt nicht nur beim Indexpatienten, sondern auch auf die anderen Familienangehörigen. So wird Leid und Problemverhalten auch bei Angehörigen reduziert (und z. T. auch Gesundheitskosten). Andere Verfahren legen in Ausbildung und therapeutischer Praxis weitaus weniger Wert auf die Angehörigenarbeit bzw. die Arbeit im Paar- und Familiensetting (Best, 2010). Das ist bedeutsam in der Erwachsenen-therapie, noch stärker in der Kinder- und Jugendlichentherapie. Durch Systemische Therapie werden Patienten in vielen Untersuchungen besser erreicht und brechen Therapien seltener ab als in anderen Therapieverfahren. Systemische Therapie weist im Vergleich zu anderen Therapieverfahren tendenziell eine niedrigere Sitzungszahl auf. Von den gesetzlichen Krankenkassen wird immer wieder bemängelt, dass Psychotherapeuten überwiegend leichtere Störungen, Anpassungsstörungen, Ängste und leichtere depressive Störungen behandeln, während kostenträchtige, schwere chronische Krankheiten mit hohem Leidenspotenzial zu selten behandelt werden: Psychosen, psychische Faktoren bei körperlichen Erkrankungen, Substanzabhängigkeit, Patienten mit Mehrfachdiagnosen, delinquente Störungen. Systemische Therapie wird auch erfolgreich bei schweren und kostenträchtigen Diagnosen, die ein hohes Ausmaß an Leid erzeugen, eingesetzt. Darüber hinaus gibt es explizite Behandlungskonzepte für die Arbeit mit sogenannten „Multiproblemfamilien“, in denen mehrere Diagnosen gleichzeitig vorhanden sind. Eine gemeinsame Behandlung erscheint oft zweckmäßiger (und kostengünstiger) als eine – in der Praxis keineswegs seltene - parallele Behandlung von drei oder vier Angehörigen durch verschiedenen Psychotherapeuten. Ein letzter, allerdings entscheidender Aspekt ist die Perspektive von Patienten: die Zufriedenheit mit Systemischen Therapien ist insgesamt sehr gut, und mündige Patienten sollten gemeinsam mit ihren Behandlern die Entscheidungsfreiheit haben, unter verschiedenen wirksamen Behandlungsverfahren wählen zu können - Systemische Therapie inbegriffen. Außerdem sollte bedacht werden, dass nur durch eine sozialrechtliche Anerkennung langfristige eine Approbation in Systemischer Therapie, die berufsrechtlich möglich ist, gesichert werden kann.</p>

Einschätzende(r)	Antwort
Reinert Hanswille	<p>Es ist nicht nachvollziehbar, dass ein international (USA und Europa) anerkanntes und bewährtes Therapieverfahren bislang in Deutschland keine Anerkennung gefunden hat. Zahlreiche Belege in Forschung und Praxis zeigen die Bedeutsamkeit und Wirtschaftlichkeit der systemischen Therapie. In den meisten Nachbarländern ist die systemische Therapie ein anerkanntes und refinanziertes Verfahren. Im Rahmen der EU – Angleichung wäre es sehr sinnvoll dies auch in Deutschland zu ermöglichen. Es wäre sehr wünschenswert wenn auch in Deutschland ein Verfahren, das die Ressourcen betont, eine Wertschätzende Therapeutenhaltung betont, die Gesundheitskräfte betont und überdurchschnittlich wirtschaftlich ist auch in Deutschland für sozialversicherte Patienten möglich wird. Systemische Therapie wirkt nicht nur beim Indexpatienten, sondern auch auf die anderen Familienangehörigen. So wird Leid und Problemverhalten auch bei Angehörigen reduziert (und z. T. auch Gesundheitskosten). Andere Verfahren legen in Ausbildung und therapeutischer Praxis weitaus weniger Wert auf die Angehörigenarbeit bzw. die Arbeit im Paar- und Familiensetting (Best, 2010). Das ist bedeutsam in der Erwachsenen-therapie, noch stärker in der Kinder- und Jugendlichkeitstherapie. Besonders in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen wird diese Besonderheit der systemischen Therapie in vielen Kliniken für Kinder und Jugendlichenpsychiatrie, in vielen Praxen für Kinder und Jugendlichen Psychiatrie und Psychotherapie, in der Kinder und Jugendlichen Psychotherapie, in den unterschiedlichen Familientherapiesettings wie sie z.B. in der Jugendhilfe sehr weit verbreitet sind. Die Einbindung der Bezugspersonen führt zu einer Verkürzung der Behandlung weil sich das System in den Veränderungs- und Heilungsprozess einbindet und so den Indexpatienten unterstützt und „krankmachende“ Familienmuster verändert werden. Hinzu kommen die sogenannten „Schläfer Effekte“, bei den teilnehmenden Familienmitgliedern werden nicht selten andere Erkrankungen, problematische Konstellationen, ungünstige Familienmuster in Kommunikation, Interaktion und Stressverarbeitung mit verändert. Nicht selten werden im Laufe der Therapie aus krankmachenden Mustern in der Systemischen Therapie Resilienz Faktoren gebildet. Durch Systemische Therapie werden Patienten in vielen Untersuchungen besser erreicht und brechen Therapien seltener ab als in anderen Therapieverfahren. Systemische Therapie weist im Vergleich zu anderen Therapieverfahren tendenziell eine niedrigere Sitzungszahl auf. Von den gesetzlichen Krankenkassen wird immer wieder bemängelt, dass Psychotherapeuten überwiegend leichtere Störungen, Anpassungsstörungen, Ängste und leichtere depressive Störungen behandeln, während kostenträchtige, schwere chronische Krankheiten mit hohem Leidenspotenzial zu selten behandelt werden: Psychosen, psychische Faktoren bei körperlichen Erkrankungen, Substanzabhängigkeit, Patienten mit Mehrfachdiagnosen, delinquente Störungen. Systemische Therapie wird auch erfolgreich bei schweren und kostenträchtigen Diagnosen, die ein hohes Ausmaß an Leid erzeugen, eingesetzt. Darüber hinaus gibt es explizite Behandlungskonzepte für die Arbeit mit sogenannten „Multiproblemfamilien“, in denen mehrere Diagnosen gleichzeitig vorhanden sind. Eine gemeinsame Behandlung erscheint oft zweckmäßiger (und kostengünstiger) als eine – in der Praxis keineswegs seltene - parallele Behandlung von drei oder vier Angehörigen durch verschiedenen Psychotherapeuten. Ein letzter, allerdings entscheidender Aspekt ist die Perspektive von Patienten: die Zufriedenheit mit Systemischen Therapien ist insgesamt sehr gut, und mündige Patienten sollten gemeinsam mit ihren Behandlern die Entscheidungsfreiheit haben, unter verschiedenen wirksamen Behandlungsverfahren wählen zu können - Systemische Therapie inbegriffen. Außerdem sollte bedacht werden, dass nur durch eine sozialrechtliche Anerkennung langfristige eine Approbation in Systemischer Therapie, die berufsrechtlich möglich ist, gesichert werden kann.</p>
Bundesdirektorenkonferenz (BDK)	<p>Aus unserer Sicht gibt es keine zusätzlichen Aspekte, die in den oben angeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden.</p>
Psychotherapeutenkammer Niedersachsen	<p>Wir begrüßen den Antrag, die „Systemische Therapie“ als Psychotherapieverfahren durch einen positiven Beschluss des G-BA in die Richtlinienverfahren aufzunehmen. Begründung: Die Studienlage aufgrund der international durchgeführten jahrzehntelangen Psychotherapieforschung, die Erfahrungen mit diesem Verfahren in anderen Ländern sowie auch die entsprechenden Erfahrungen in Deutschland im Rahmen von stationären Behandlungen in den Kliniken bestätigen die hohe Wirksamkeit und den Nutzen der „Systemischen Therapie“. Insbesondere verweisen wir darauf, dass das Verfahren „Systemische Therapie“ bereits in einem jahrelangen, sehr detaillierten und sorgfältig durchgeführten Verfahren durch den „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ (WBP) nach § 11 PsychThG geprüft wurde - und zwar wesentlich aufgrund eines mit dem G-BA abgestimmten „Methodenpapiers“. Diese Prüfung fiel sowohl für den Bereich der Psychotherapie mit Erwachsenen als auch für den Bereich der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen positiv aus, so dass für beide Bereiche im Dezember 2008 die „wissenschaftliche Anerkanntheit“ durch den WBP festgestellt werden konnte. Trotz der unbestrittenen Unterschiedlichkeit in die Aufgaben und Fragestellungen von G-BA und WBP sind im so genannten „Methodenpapier“ die Bewertungskriterien für Wirksamkeitsstudien detailliert beschrieben und explizit zwischen WBP und G-BA abgestimmt. Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen empfiehlt daher, statt</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	einer erneuten Prüfung derselben Studien mit der derselben Methodik nun das Gutachten des WBP (ggf. unter Einbeziehung dessen Detail-Grundlagen) als Basis anzuerkennen und darauf dann ggf. spezifische eigene Betrachtungen des G-BA aufzusetzen.
Sybille Sailer	Bei der Antragstellung und Abrechnung gegenüber Krankenkassen u.a. Institutionen (Beihilfestellen, Bundeswehr, Berufsgenossenschaft) muss ich Verhaltenstherapie angeben, da die Systemische Therapie (noch) nicht in der Richtlinie enthalten ist. Ich nenne das dann „... ergänzt durch Aspekte der systemischen Therapie“. Dies wurde bisher meistens akzeptiert.
Prof. Dr. H. Gündel	Ich möchte Ihnen hiermit mitteilen, dass ich eine Aufnahme der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren in den regulären Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen sehr befürworte. Auf dem Boden einer über zwanzigjährigen klinischen Praxis in verschiedenen stationären und tagesklinischen Behandlungseinrichtungen sowie bei kontinuierlicher ambulanter Therapieerfahrung möchte ich die folgenden Gründe anführen: Seit den Theorien von Kurt Goldberg/Neurologie vom Beginn des 20. Jahrhunderts spricht vieles dafür, dass durch bewussten und unbewussten Informationsaustausch Menschen sich in multidimensionalen Netzwerken bewegen, keine monadischen Wesen sind, somit zwischenmenschliche Beziehungen innerhalb eines Netzwerkes einen sehr wichtigen Einfluss auf die körperliche und seelische Gesundheit eines einzelnen Menschen haben. Diese zur damaligen Zeit faszinierende aber hoch spekulative Theorie wird mittlerweile durch aktuelle Ergebnisse der Neurowissenschaften quasi wöchentlich erhärtet. Die zunehmend belegte systemische Organisation menschlichen Lebens zeigt auch, dass dringend systemische Therapieverfahren benötigt werden die den Einzelnen stärken. Allein schon aus diesem Grunde, befürworte ich den systemischen Therapieansatz. Die systemische Therapie ist zudem integrierbar in andere zugelassene Kassenverfahren und führt nach klinischer Erfahrung zu einer Zunahme der Wirksamkeit. Es gibt in Deutschland bereits eine nicht geringe Zahl hervorragend ausgebildeter und qualifizierter systemischer Psychotherapeuten, die seit vielen Jahren wertvolle klinische Arbeit leisten. Es wird zunehmend deutlich, dass auch empirische Befunde die Wirksamkeit der systemischen Therapie belegen. Und nicht zuletzt ist die systemische Therapie ein verhältnismäßig sehr kostengünstiges Behandlungsverfahren, was zudem gerade auch Menschen aus Milieus, deren kulturelles Denken noch stärker als unser westeuropäisches Denken von Gruppenzugehörigkeit und Gesamtwohl der Gruppe definiert ist, sehr gut passen. Zusammengefasst spricht mein gesamtes klinisches und wissenschaftliches Erfahrungswissen für eine Wirksamkeit, aber auch noch eine zu geringe Anwendung systemischer psychotherapeutischer Verfahren in der klinischen psychotherapeutischen Praxis. Daher befürworte ich, wie oben geschrieben, ausdrücklich eine entsprechende positive Bewertung der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren, welches dessen Kosten auch von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden.
Wolfheinrich Maurer	Es ist nicht nachvollziehbar, dass ein international (USA und Europa) anerkanntes und bewährtes Therapieverfahren bislang in Deutschland keine Anerkennung findet.
Hans Schindler	Schon heute ist die Systemische Therapie in der ambulanten Versorgung stärker vertreten als allgemein bekannt. Im Jahre 2006 wurde eine repräsentative Stichprobe kassenzugelassener Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten befragt. Dabei gaben 14% an, eine abgeschlossene Familientherapeutische-/Systemische Aus- oder Weiterbildung zu haben. Weitere Ergebnisse siehe Schindler, Schlippe 2006.
Ingo Runte	Die psychiatrische Tagesklinik Bünde ist Bestandteil der Pflichtversorgung des Kreises Herford und für rund 125.000 Einwohner zuständig. Es werden erwachsene Personen ab 18 Jahren behandelt. Seit drei Jahren werden zunehmend Techniken und Haltungen der Systemischen Therapie im klinischen Alltag eingesetzt. An einzelnen Techniken wenden wir das reflektierende Team, das Familienbrett, das Genogramm, die soziale Netzwerkkarte, das Tetralemma-Modell, zirkuläre und systemimmanente Fragen sowie antizipatorische Dialoge an. Fester Bestandteil unseres Wochenangebotes sind zudem familientherapeutische Gespräche, die jeden Donnerstag von 8.15-9.45h stattfinden. Inhaltlich werden dabei Elemente aus der Systemischen Familientherapie und des finnischen Modells des Open Dialogue eingesetzt. Aufgrund der großen Nachfrage besteht für diese Gespräche meist eine Wartezeit von 6-8 Wochen. Wir bieten diese Gespräche sowohl für aktuelle, als auch für bereits entlassene Patientinnen und Patienten an, je nach Bedarf auch mehrfach. Unsere Erfahrungen mit diesen Gesprächen sind bislang sehr positiv. Fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußern sich positiv bis sehr positiv („Darauf haben wir schon lange gewartet.“) über diesen Therapiebaustein. Außer bei dementen und akut manischen Patientinnen und Patienten haben wir die Familien- bzw. sog. Netzwerkgespräche bislang bei sämtlichen psychischen Erkrankungen eingesetzt. Weitere Kontraindikationen ergaben sich aus unserer klinischen Beobachtung bislang nicht. Die Systemische Therapie ist für unsere Einrichtung unverzichtbar geworden. Neben den individuell stützenden

Einschätzende(r)	Antwort
	Therapien (Tiefenpsychologie, Ergotherapie, Physiotherapie etc.) bedarf es der Einbeziehung des Umfeldes der Patientinnen und Patienten, um die Entstehung psychischer Störungen besser verstehen und Rückfälle im häuslichen Umfeld besser vermeiden zu können.
Martin Bökmann	Die beeindruckende breite Anwendung auch in interkulturellen Bereichen. Die lösungsorientierte systemische Therapie hat in den USA weite Felder dar Psychoanalyse ersetzt und in Deutschland im Bereich der Sozialarbeit und der nicht kassenmedizinischen Beratung z.B. bei pro familia und im Bereich der Organisationsberatung und –entwicklung fast alle andere Methoden verdrängt. Die systemische Therapie mit ihrer komplexen Theorie erfasst die gegenwärtigen gesellschaftlichen Verhältnisse und die veränderte Psyche adäquater als Therapien aus der Zeit der industriellen Revolution des ausgehenden vorletzten Jahrhunderts. Die Theorie der Verhaltenstherapie reflektiert ebensowenig die postmoderne Gesellschaft und ist wissenschaftlich eher an das Zeitalter der Mechanik (Ursache – Wirkung) orientiert. Die systemische Theorie selbstreferentieller biologischer, psychischer und sozialer Systeme hat eine für heutige Ansprüche ausreichendes Reflexionsniveau und daher auch Therapiestärke. Sie erfasst die Komplexität heutiger psychischer und gesellschaftlicher Anforderungen, in denen und an denen der Patient leidet.
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeutinnen und -therapeuten e. V. (BKJ)	Es ist nicht nachvollziehbar, dass ein international (USA und Europa) anerkanntes und bewährtes Therapieverfahren bislang in Deutschland keine Anerkennung gefunden hat. Zahlreiche Belege in Forschung und Praxis zeigen die Bedeutsamkeit und Wirtschaftlichkeit der systemischen Therapie. In den meisten Nachbarländern ist die systemische Therapie ein anerkanntes und refinanziertes Verfahren. Im Rahmen der EU – Angleichung wäre es sehr sinnvoll dies auch in Deutschland zu ermöglichen. Es wäre sehr wünschenswert wenn auch in Deutschland ein Verfahren, das die Ressourcen betont, eine Wertschätzende Therapeutenhaltung betont, die Gesundheitskräfte betont und überdurchschnittlich wirtschaftlich ist auch in Deutschland für sozialversicherte Patienten möglich wird. Systemische Therapie wirkt nicht nur beim Indexpatienten, sondern auch auf die anderen Familienangehörigen. So wird Leid und Problemverhalten auch bei Angehörigen reduziert (und z. T. auch Gesundheitskosten). Andere Verfahren legen in Ausbildung und therapeutischer Praxis weitaus weniger Wert auf die Angehörigenarbeit bzw. die Arbeit im Paar- und Familiensetting (Best, 2010). Das ist bedeutsam in der Erwachsenen-therapie, noch stärker in der Kinder- und Jugendlichentherapie. Durch Systemische Therapie werden Patienten in vielen Untersuchungen besser erreicht und brechen Therapien seltener ab als in anderen Therapieverfahren. Systemische Therapie weist im Vergleich zu anderen Therapieverfahren tendenziell eine niedrigere Sitzungszahl auf. Von den gesetzlichen Krankenkassen wird immer wieder bemängelt, dass Psychotherapeuten überwiegend leichtere Störungen, Anpassungsstörungen, Ängste und leichtere depressive Störungen behandeln, während kostenträchtige, schwere chronische Krankheiten mit hohem Leidenspotenzial zu selten behandelt werden: Psychosen, psychische Faktoren bei körperlichen Erkrankungen, Substanzabhängigkeit, Patienten mit Mehrfachdiagnosen, delinquente Störungen. Systemische Therapie wird auch erfolgreich bei schweren und kostenträchtigen Diagnosen, die ein hohes Ausmaß an Leid erzeugen, eingesetzt. Darüber hinaus gibt es explizite Behandlungskonzepte für die Arbeit mit sogenannten "Multiproblemfamilien", in denen mehrere Diagnosen gleichzeitig vorhanden sind. Eine gemeinsame Behandlung erscheint oft zweckmäßiger (und kostengünstiger) als eine – in der Praxis keineswegs seltene - parallele Behandlung von drei oder vier Angehörigen durch verschiedenen Psychotherapeuten. Ein letzter, allerdings entscheidender Aspekt ist die Perspektive von Patienten: die Zufriedenheit mit Systemischen Therapien ist insgesamt sehr gut, und mündige Patienten sollten gemeinsam mit ihren Behandlern die Entscheidungsfreiheit haben, unter verschiedenen wirksamen Behandlungsverfahren wählen zu können - Systemische Therapie inbegriffen. Außerdem sollte bedacht werden, dass nur durch eine sozialrechtliche Anerkennung langfristige eine Approbation in Systemischer Therapie, die berufsrechtlich möglich ist, gesichert werden kann.
Prof. Dr. Bernd Löwe	die Aufnahme der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen befürworte ich aus folgenden Gründen: Psychische Störungen entstehen bei den Betroffenen in den meisten Fällen nicht allein aus der psychischen Situation des Betroffenen heraus; in der Regel entstehen psychische Störungen im Kontext von sozialen Interaktionen im familiären, persönlichen oder beruflichen Umfeld der Betroffenen auf Basis einer bereits bestehenden Vulnerabilität. Eine Fokussierung der Psychotherapie allein auf die Bedingungen des Individuums ohne professionellen Einbezug der interaktionellen, sozialen und systemischen Entstehungsbedingungen ist naturgemäß weniger nachhaltig und aussichtsreich als der Einbezug der sozialen und interaktionellen Bedingungen von Anfang an. In der stationären Behandlung psychischer Störungen ist die systemische Therapie als wesentliches Behandlungselement in den meisten Kliniken fest etabliert. Dies dient dazu a) die Entstehung psychischer Störungen bei den Betroffenen (d.h. den „Symptomträgern“) im System besser zu verstehen und b) durch gezielte Anregungen des Systems die Genesung zu fördern. Ohne professionelle Beeinflussung des Systems, in dem die psychischen Störungen bei den Betroffenen entstehen, besteht in der Regel ein erhöhtes Rückfallrisiko, welches durch gezielte systemische Interventionen günstig beeinflusst werden kann. Die Kombination von Einzelbehandlung und systemischer Behandlung

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>hat sich in Kliniken bewährt und ist dort zu einem festen therapeutischen Bestandteil geworden. M.E. gibt es keinen Grund, im ambulanten Rahmen von diesen Erfahrungen abzuweichen und die systemische Therapie im ambulanten Rahmen nicht zu finanzieren. In der Behandlung von verschiedenen psychischen Störungen, wie z.B. der Anorexia nervosa ist die systemische Mitbehandlung des Umfeldes bereits in die S-3 Leitlinien eingegangen (siehe z.B. S-3 Leitlinie der Anorexia nervosa; http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html). Empirische Befunde, die eine höhere Wirksamkeit der Behandlung von Betroffenen bei Miteinbezug von systemischer Therapie nachweisen, liegen in ausreichendem Maße vor. Letztlich hat die systemische Sichtweise das Verständnis und die Anwendung von Psychotherapie wesentlich erweitert; eine Aufnahme der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse ist meines Erachtens auf Grundlage der vorliegenden empirischen Befunde der nächste konsequente und richtige Schritt.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT)</p>	<p>Die wissenschaftliche Evidenz der Systemischen Therapie bei Erwachsenen wurde sorgfältig durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 12 PsychThG untersucht und von diesem bestätigt. Weitere, jüngere Literatur, die die Evidenz bekräftigt, ist Ihnen sicher von den zuständigen Fachgesellschaften zugegangen. Unseres Erachtens gibt es keine Zweifel an der Wirksamkeit systemischer Therapie. In der Versorgung ist die Systemische Therapie schließlich seit vielen Jahren etabliert und wird. in unterschiedlichen Institutionen, stationär wie ambulant, erfolgreich umgesetzt. Da sie mit ihrem speziellen Ansatz eine wichtige Ergänzung der bisherigen Richtlinienverfahren darstellt, wäre es außerordentlich wünschenswert, wenn systemische Therapie als Verfahren auch für die ambulante Richtlinienpsychotherapie zugelassen wird. Systemische Therapieansätze bieten in verschiedenen therapeutischen Konstellationen eine wesentliche Vorgehensweise, die ein besonders ökonomisches und lösungsorientiertes psychotherapeutisches Handeln zulässt. Wir halten die Zulassung der Systemischen Therapie als Psychotherapie-Verfahren für wichtig..</p>
<p>Klinikum Oberberg Klinik für Psychiatrie II</p>	<p>Die Einsatzmöglichkeiten bei Patienten mit kognitiven Einbußen, wie bei Demenzen sind eine sehr besondere Möglichkeit dieses Verfahrens</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (dggpp)</p>	
<p>Dr. Bettina Wilms</p>	<p>die Aufnahme der Systemischen Therapie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen als Psychotherapieverfahren ist aus meiner Sicht dringend zu befürworten. Die Systemische Therapie ergänzt das Spektrum der zugelassenen vornehmlich individualtherapeutischen Verfahren. Die Systemische Therapie ist zur Behandlung schwerer psychische Störungen geeignet, die traditionell in Deutschland eher kaum psychotherapeutischen Behandlungen zugänglich gemacht werden: insbesondere Suchterkrankte und Psychoseerkrankte profitieren von diesem Ansatz. Die Systemische Therapie ist in der Frequenz der Behandlung und im Setting (Familien, Paare, aber auch Einbeziehung von Arbeits- und Freizeitumfeld, wenn vom Patienten gewünscht) maximal flexibel und unterstützt in der psychiatrische-psychotherapeutischen Versorgung moderne Konzepte wie z.B. Verträge nach § 64 b SGB V durch eine hohe Personenzentrierung. Die Möglichkeit, eine sektorübergreifende Konzeption mit der Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV zu schaffen, ist meiner Meinung nach überfällig (siehe akutpsychotherapeutische Versorgungsmodelle in Skandinavien). Systemische Therapeuten lernen in ihrer Ausbildung das Arbeiten in und mit größeren Systemen und sind hoch kompetent im Umgang mit Helferkonferenzen und nötigen Synergien in komplexen Behandlungsproblematiken.</p>
<p>Prof. Dr. Ute Ziegenhain</p>	<p>Im Rahmen meiner langjährigen Tätigkeit an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und Jugendhilfe habe ich systemische Ansätze in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie als ausgesprochen vielversprechend und sinnvoll kennengelernt. Insbesondere in der Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern, bei der vor allem Störungsbilder wie Regulations- oder Bindungsstörungen behandelt werden, ist es unerlässlich familientherapeutisch zu arbeiten. Aber auch Störungsbilder, die im weiteren Entwicklungsverlauf der Kinder und Jugendlichen auftreten können, haben häufig Begleiterscheinungen, aber auch Ursachen im Umfeld der bei uns vorgestellten Patienten. Insbesondere die Systemische Therapie hat vor diesem Hintergrund Konzepte und Methoden entwickelt, die es zum einen ermöglichen Mehrpersonensysteme zu therapieren und zum anderen bei der Arbeit mit</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>einem einzelnen Patienten eingesetzt werden können, um sein Umfeld und seine Lebens- und Beziehungskontexte in das therapeutische Vorgehen zu integrieren. Diese Methoden werden bereits jetzt in Deutschland im Beratungsbereich und andernorts in der Psychotherapie (z.B. in Österreich, der Schweiz oder den USA) erfolgreich eingesetzt. Der Einsatz systemischer Behandlungskonzepte in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland würde das Behandlungsspektrum m. E. sehr bereichern und insbesondere im Bereich der Kinder und Jugendlichen eine wichtige Weiterentwicklung darstellen.</p>
<p>Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie GmbH (APP)</p>	<p>Es ist nicht nachvollziehbar, dass ein international (USA und Europa) anerkanntes und bewährtes Therapieverfahren bislang in Deutschland keine Anerkennung gefunden hat. Zahlreiche Belege in Forschung und Praxis zeigen die Bedeutsamkeit und Wirtschaftlichkeit der systemischen Therapie. In den meisten Nachbarländern ist die systemische Therapie ein anerkanntes und refinanziertes Verfahren. Im Rahmen der EU – Angleichung wäre es sehr sinnvoll dies auch in Deutschland zu ermöglichen. Es wäre sehr wünschenswert wenn auch in Deutschland ein Verfahren, das die Ressourcen betont, eine Wertschätzende Therapeutenhaltung betont, die Gesundheitskräfte betont und überdurchschnittlich wirtschaftlich ist auch in Deutschland für sozialversicherte Patienten möglich wird. Systemische Therapie wirkt nicht nur beim Indexpatienten, sondern auch auf die anderen Familienangehörigen. So wird Leid und Problemverhalten auch bei Angehörigen reduziert (und z. T. auch Gesundheitskosten). Andere Verfahren legen in Ausbildung und therapeutischer Praxis weitaus weniger Wert auf die Angehörigenarbeit bzw. die Arbeit im Paar- und Familiensetting (Best, 2010). Das ist bedeutsam in der Erwachsenen-therapie, noch stärker in der Kinder- und Jugendlichentherapie. Durch Systemische Therapie werden Patienten in vielen Untersuchungen besser erreicht und brechen Therapien seltener ab als in anderen Therapieverfahren. Systemische Therapie weist im Vergleich zu anderen Therapieverfahren tendenziell eine niedrigere Sitzungszahl auf. Von den gesetzlichen Krankenkassen wird immer wieder bemängelt, dass Psychotherapeuten überwiegend leichtere Störungen, Anpassungsstörungen, Ängste und leichtere depressive Störungen behandeln, während kostenträchtige, schwere chronische Krankheiten mit hohem Leidenspotenzial zu selten behandelt werden: Psychosen, psychische Faktoren bei körperlichen Erkrankungen, Substanzabhängigkeit, Patienten mit Mehrfachdiagnosen, delinquente Störungen. Systemische Therapie wird auch erfolgreich bei schweren und kostenträchtigen Diagnosen, die ein hohes Ausmaß an Leid erzeugen, eingesetzt. Darüber hinaus gibt es explizite Behandlungskonzepte für die Arbeit mit sogenannten "Multiproblemfamilien", in denen mehrere Diagnosen gleichzeitig vorhanden sind. Eine gemeinsame Behandlung erscheint oft zweckmäßiger (und kostengünstiger) als eine – in der Praxis keineswegs seltene - parallele Behandlung von drei oder vier Angehörigen durch verschiedenen Psychotherapeuten. Ein letzter, allerdings entscheidender Aspekt ist die Perspektive von Patienten: die Zufriedenheit mit Systemischen Therapien ist insgesamt sehr gut, und mündige Patienten sollten gemeinsam mit ihren Behandlern die Entscheidungsfreiheit haben, unter verschiedenen wirksamen Behandlungsverfahren wählen zu können - Systemische Therapie inbegriffen. Außerdem sollte bedacht werden, dass nur durch eine sozialrechtliche Anerkennung langfristige eine Approbation in Systemischer Therapie, die berufsrechtlich möglich ist, gesichert werden kann.</p>
<p>Dr. med. M. Herberhold</p>	<p>die systemische Therapie ist als Verfahren im Versorgungsalltag der Kliniken eine wesentliche Säule. Sie ist insbesondere von großer Bedeutung bei Erkrankungen, die im Kontext des sozialen Bezugssystems (Familie, Schule, Arbeit, beteiligte Dienste) verstanden und behandelt werden müssen. U.a. in familienmedizinischer Hinsicht ist durch die Anwendung der systemischen Therapie auch ein deutlicher Wirtschaftlichkeitseffekt zu erwarten. So haben Kinder psychisch kranker Erwachsener ein 70% höheres Risiko für psychische Erkrankungen. Umgekehrt erfolgt beispielsweise im Rahmen der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen in der Klinik oft eine deutliche Symptomlinderung der psychischen Störungen von Erwachsenen. Dies ist in beide Richtungen beobachtbar. Auch in der Psychoonkologie, um ein Beispiel zu nennen, wären Systemische Therapieverfahren aus familienmedizinischer Sicht wegen der präventiven und wirtschaftlichen Effekte auf andere Familienmitglieder zu begrüßen. In der stationären Behandlung ist aus meiner Sicht erkennbar, dass je nach Indikation auf keines der bekannten drei Verfahren (VT, TP und SystT) verzichtet werden kann. Als besonders günstig hat es sich erwiesen, wenn unterschiedlich ausgebildete Mitarbeiter in einem Haus vertreten sind und über möglichst alle drei Aspekte (die Struktur und Konfliktmodelle der TP, das Lernen und Üben in der VT und die Erkenntnisse der Wirklichkeitskonstruktion und das damit verbundene Menschenbild) der großen Therapieverfahren verfügen und sie im Dienste einer effektiven und wirtschaftlichen Patientenbehandlung einsetzen. Die Anerkennung im Leistungskatalog der GKV würde die Zahl der in der Systemischen Therapie ausgebildeten Akteure erhöhen und damit auch die Qualität der stationären Versorgung verbessern. Zusammenfassend befürworte ich daher eine Aufnahme der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkasse. Als Beleg für die Relevanz der Systemischen Therapie aus klinischer Sicht füge ich zudem ein Schreiben der Bundesarbeits-</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>gemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. der Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern an, die einhellig unter Beteiligung aller nichtuniversitärer Versorgungskliniken die Anerkennung der systemischen Therapie bei der Ärztekammer MV als Drittverfahren beantragt hat.</p>
<p>Prof. Dr. Ulrike Willutzki</p>	<p>hiermit befürworte ich die Aufnahme der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkasse aus den folgenden Gründen: Die systemische Therapie ergänzt durch ihre Kontextorientierung (z.B. ihren Schwerpunkt in der Paar-, Familien-, Multifamilien- und Multisystemischen/Netzwerktherapie) das Spektrum der bislang zugelassenen rein individualtherapeutischer Verfahren. Sie ermöglicht damit wichtige problemauslösende und –aufrechterhaltende Faktoren zu bearbeiten. Die Flexibilität systemtherapeutischer Angebote hinsichtlich der Frequenz und Dauer der Therapiesitzungen der Anzahl der Teilnehmenden erlaubt es, bei chronischen oder intermittierend akuten Krankheitsverläufen mit geringer Sitzungsanzahl langfristig ein gutes Behandlungsangebot zu machen. Gerade bei der Behandlung psychischer Störungen von Eltern und den davon mitbetroffenen Kindern und Jugendlichen besteht in Deutschland eine deutliche Unterversorgung; die langfristigen volkswirtschaftlichen Kosten für die betroffenen Kinder und Jugendlichen dürften enorm sein (s. die Forschung zur familiären Transmission psychischer Störungen). Amerikanische Studien (Crane et al.) legen nahe, dass die Inanspruchnahme anderer Behandlungsangebote im Gesundheitssystem nach Familientherapien sinkt. Die empirische Befundlage für die Wirksamkeit der systemischen Therapie ist insgesamt gut; gerade aus den letzten Jahren liegen Metaanalysen vor, die die breite Wirksamkeit auch bei sonst schwer erreichbaren Patienten belegen.</p>
<p>Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf</p>	<p>Aus versorgungspolitischer Sicht ist es nicht nachvollziehbar, dass ein Psychotherapieverfahren wie die Systemische Therapie, die sowohl im Setting von Einzelnen, wie auch Paaren und Familien angewandt werden kann und auch international ihre Wirksamkeit nachgewiesen hat, sich zudem in Versorgungskontexten, die von der bisherigen Psychotherapierichtlinie nicht erreicht oder gar ausgeschlossen wurden, bewährt hat, eine hohe Patienten- und Angehörigenzufriedenheit erreicht und eine geringe Abbruchquote ausweist, den Patienten und ihren Familien in Deutschland immer noch vorenthalten wird. Zugleich ist ihre Anwendung in psychiatrischen Kontexten wirtschaftlich und effektiv.</p>
<p>Prof. Dr. Jürgen Kriz</p>	<p>In der Bekanntmachung des BMG über den Beschluss des G-BA vom 28.11.2013 heißt es u.a., „...der G-BA überprüft neue Behandlungsmethoden...“ und entscheidet, „ob eine neue Methode ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht bzw. verordnet werden darf“. Hierzu ist festzustellen, dass es sich entsprechend dem von WBP und G-BA gemeinsam konsentierten sog. „Methodenpapier“ bei der Systemischen Therapie gerade nicht um eine Methode handelt, sondern um ein Verfahren. Auch die Bezeichnung „neu“ ist unzutreffend: Bis zum PsychThG wurde auch Systemische Therapie Jahrzehnte lang zu Lasten der GKV erfolgreich ambulant erbracht. Vorher wie nachher ist Systemische Therapie zudem ein Therapieverfahren, das auch in der BRD im Rahmen von Kliniken seine hohe Wirksamkeit seinen Nutzen und seine Wirtschaftlichkeit unter Beweis stellt. Es ist daher begrüßenswert, dass 15 Jahre nach dem PsychThG und 5 Jahre nach der Begutachtung durch den WBP der G-BA seine Prüfung beginnt - und damit Patienten in Aussicht stellt, endlich wieder dieses international wirksame Verfahren nicht nur durch Klinik-Einweisung oder im Ausland nutzen zu können, sondern auch in deutschen Praxen nicht länger vorenthalten zu bekommen. Für diese Prüfung durch den G-BA sei darauf verwiesen, dass das Verfahren „Systemische Therapie“ bereits in einem jahrelangen, sehr detaillierten und sorgfältig durchgeführten Verfahren durch den „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ (WBP) nach § 11 PsychThG geprüft wurde - und zwar wesentlich aufgrund eines mit dem G-BA abgestimmten „Methodenpapiers“. Diese Prüfung fiel bekanntlich sowohl für den Bereich der Psychotherapie mit Erwachsenen als auch für den Bereich der Psychotherapie mit Kinder- und Jugendlichen positiv aus, sodass für beide Bereiche im Dezember 2008 die „wissenschaftliche Anerkanntheit“ durch den WBP festgestellt werden konnte. Trotz der unbestritten Unterschiedlichkeit in den Aufgaben und Fragestellungen von G-BA und WBP sind im sog. „Methodenpapier“ die Bewertungskriterien für Wirksamkeitsstudien detailliert beschrieben und explizit zwischen WBP und G-BA abgestimmt. Es ist für die Fachwelt nicht nachvollziehbar, wenn nun dieselben Studien nach denselben Kriterien erneut einer langwierigen Prüfung unterzogen werden würden. Sofern also der G-BA nicht die fachliche und/oder wissenschaftliche Kompetenz des WBP in Zweifel ziehen will, die Studien aufgrund des Methodenpapiers korrekt bewertet zu haben, macht eine erneute Prüfung derselben Studien mit der derselben Methodik wenig Sinn. Womit keineswegs das Recht des G-BA bestritten werden soll, dennoch solches zu tun. Sinnvoll wäre vielmehr, das Gutachten des WBP (ggf. unter Einbeziehung dessen Detail-Grundlagen) als Basis anzuerkennen und darauf dann ggf. spezifische eigene Betrachtungen des G-BA aufzusetzen. Die meisten Fragen des Fragebogens sind ausführlich und fachkompetent vom WBP beantwortet. Entsprechende Studien und Nachweise sind dem G-BA von vielerlei Seiten vorgelegt worden. Es erübrigt sich, dies alles hier zu wiederholen. Fazit: Bei der Systemischen Therapie handelt es sich nicht um eine „neue Methode“ sondern um ein Jahrzehnte lang international und selbst in Deutschland umfangreich eingesetztes</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	Verfahren, das aufgrund seiner wissenschaftlich hervorragend nachgewiesenen Wirksamkeit, Nützlichkeit und Wirtschaftlichkeit endlich auch deutschen Patienten und auch ambulant nicht mehr vorenthalten werden sollte.
Josef Heck	Die ST stellt ein eigenständiges, hoch innovatives, sich ständig weiterentwickelndes, sich verbesserndes neues Verfahren dar, das auf einem Theoriegebäude aufbaut, das auch in Nachbarwissenschaften (Soziologie, Pädagogik, etc.) breite Anerkennung und Anwendung genießt. Durch eine sozialrechtliche Anerkennung würde die Ausbildung an den Universitäten, dadurch die wissenschaftliche Forschung und die Konkurrenz der Verfahren um Effektivität und Nützlichkeit weiterhin enorm gefördert – letztlich zum umfassenden Nutzen des Patienten und des gesamten Gesundheitssystems. Nichtanerkennung bedeutet Rückschritt und Blockade der positiven Evolution des Gesundheitssystems.
Dr. med. Michael Kroll	Schon vor Jahren haben die Professoren Freyberger und Sauer für das Gesundheitsministerium die psychotherapeutische Versorgungssituation untersucht und auf dem DGPPN-Kongress vorgestellt. In der Praxis wird eklektisch gearbeitet, die Verfahren werden integrativ genutzt. Man habe sich jedoch entschlossen „die Büchse der Pandora“ wegen der vielen Unwägbarkeiten nicht zu öffnen. Das heißt, jüngere (moderne) Verfahren haben gegenüber etablierten Verfahren den Nachteil, dass die Verfahren nicht zyklisch fair miteinander direkt in ihrer Wirksamkeit verglichen werden, von Gutachtern ohne Eigeninteresse, im direkten Vergleich und dass einflussreiche Funktionäre ihre Deutungshoheit sowie Einflussmöglichkeiten mit einer der beiden hauptsächlich praktizierten Verfahren verknüpfen und damit nicht objektiv untersuchen können (s. dazu Untersuchungen von Klaus Grawe).
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PTK Bayern)	Als Psychotherapeutenkammer sind wir fortlaufend intensiv mit unterschiedlichen Fragestellungen zum Versorgungsbedarf und –bereich bzgl. der ambulanten und stationären Versorgung psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen befasst und wirken in diesem Zusammenhang in zahlreichen Gremien zur Koordinierung, Planung und Beratung der Bayerischen Staatsregierung und des Bayerischen Landtages mit. Auch sind wir in engem Kontakt mit unterschiedlichen stationären und ambulanten Einrichtungen, in denen Systemische Therapie erfolgreich in der Patientenversorgung schon seit vielen Jahren eingesetzt wird. Aus unserer Sicht stellt die Systemische Therapie ein hochwirksames Psychotherapieverfahren dar. Die Wirksamkeit der systemischen Therapie ist durch zahlreiche Studien belegt. Aufgrund ihres spezifischen Ansatzes stellt sie eine wichtige Ergänzung zu den derzeit im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für die Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassenen Psychotherapieverfahren (sog. Richtlinienverfahren) dar. Diese Ergänzung würde nicht nur die fachlichen Möglichkeiten der Behandlung in diesem Versorgungsbereich deutlich erweitern sondern auch dazu beitragen, insgesamt die noch unzureichende Versorgungslage zu verbessern. Wir unterstützen deshalb die Zulassung der Systemischen Therapie als Psychotherapie- Verfahren ausdrücklich.
Dr. B. Vieten	Der Einsatz von Systemischer Therapie in supervisorischen Prozessen ist hinlänglich bekannt und als wirksam beschrieben. Im klinischen Rahmen setzen wir die Systemische Intervention zur wechselseitigen Teambesprechung ein. Systemische Verfahren haben sich ebenfalls in der Einbeziehung von anderen Kooperationspartnern im sozialen Umfeld als hilfreich und effektiv herausgestellt, z. B. gesetzliche Betreuer, Mitarbeiter von Beratungsstellen usw.. Zusammenfassend kann ich aus über 30jähriger Erfahrung in der klinischen Praxis sowie im ambulanten Feld bescheinigen, dass die Systemische Therapie ein hochwirksames und kostengünstiges Psychotherapieverfahren ist, welches einhergeht mit einer hohen Kunden Zufriedenheit, einer geringeren Rückfall- und Drop-out-Rate und sehr guten Langzeiteffekten. Der Einsatz Systemischer Therapie im klinischen Rahmen wurde in einem multizentrischen Forschungsprojekt in unserem Haus ebenfalls nachgewiesen und beschrieben durch die Veröffentlichung SYMPATHische Psychiatrie, Schweitzer, Nicolai, (2010) Vandenhoeck & Ruprecht.
Prof. Dr. Klaus A. Schneewind	Die Systemische Psychotherapie wurde im Dezember 2008 vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) als evidenzbasiert anerkannt. Trotz der bereits zu diesem Zeitpunkt gegebenen Nachweise für die Wirksamkeit und Effektivität der Systemischen Psychotherapie besteht bislang keine Kassenzulassung für Patienten/innen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Mitte 2013 eine Zulassung der Systemischen Psychotherapie für GKV Patienten/innen im Erwachsenenalter beschlossen. Meiner Meinung nach sollte dieser Beschluss auch auf Patienten/innen im Kindes- und Jugendalter ausgeweitet werden. Die Begründung dafür liegt in der inzwischen national und international deutlich erweiterten Evidenz-Basierung der Systemischen Psychotherapie. Bezüglich der internationalen Dokumentation einschlägiger Effektivitätsnachweise verweise ich für den Erwachsenenbereich auf den ausführlichen aktuellen Beitrag des englischen Wissenschaftlers John Carr (2014 a), in dem Metaanalysen, systematische Literaturübersichten und randomisiert-kontrollierte Studien zusammengetragen wurden. Die Studien beziehen sich auf Belastungen in Be-

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>ziehungen, psychosexuelle Probleme, Partnergewalt, Angst- und affektive Störungen, Alkoholprobleme, Schizophrenie und chronische physische Krankheiten. Die Basis an einschlägigen Studien mit einer positiven Evidenz hat sich in den letzten fünf Jahren für die genannten Störungsbereiche deutlich erhöht und spricht – auch im Vergleich mit anderen Therapieansätzen - für eine hohe Anwendungsrelevanz der Systemischen Psychotherapie. Gleiches gilt im Übrigen auch für kind-fokussierte Probleme, für die ebenfalls in einem aktuellen Beitrag von Carr (2014 b) internationale Meta-Analysen, systematische Literaturübersichten und randomisiert-kontrollierte Studien dargestellt werden. Dabei wird ein breites Spektrum von Störungsformen angesprochen, wozu u.a. folgende Störungen gehören: im frühen Kindesalter (Schlaf-, Fütter- und Bindungsstörungen), Kindesmisshandlung und -Vernachlässigung, Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter (u.a. ADHS, Delinquenz, Drogenmissbrauch), emotionale Probleme (u.a. Angst, Depression, Trauer, bipolare Störungen, Selbstschädigung), Essstörungen (u.a. Anorexie, Bulimie, Adipositas) und somatische Probleme (u.a. Enuresis, Enkopresis, Asthma, Diabetes), erste Psychoseepisoden. Dabei liegt auf der Hand, dass insbesondere im Kinder- und Jugendlichenbereich systemische Interventionen unter Einbeziehung von Eltern und anderen Familien- und Bezugspersonen einen herausgehobenen Stellenwert haben, da sie in besonderer Weise das familiäre Beziehungsgeschehen mit einbeziehen. Die von Carr (2014 a,b) dargelegten Evidenznachweise für systemisch-therapeutische Interventionsansätze sind ein eindeutiger Beleg für die Wirksamkeit dieser psychotherapeutischen Ausrichtung. Dies gilt auch für die unten angegebenen neueren Publikationen zu Wirksamkeitsstudien der Systemischen Psychotherapie, die von deutschsprachigen Autoren/innen verfasst wurden (Retzlaff et al., 2013; v. Sydow et al., 2013; v. Sydow, 2012). Des Weiteren sei bezüglich der theoretischen Grundlegung und praktischen Interventionstechniken auf die Publikationen von v. Schlippe und Schweitzer (2009; 2012) sowie Schweitzer und v. Schlippe (2006) verwiesen. Insgesamt stellt die Systemische Psychotherapie – auch erweitert um systemtheoretisch fundierte Ansätze im Kontext von Beratung und Prävention – nach dem aktuellen Kenntnisstand eine exzellente Basis für eine nachweislich wirksame Behandlung für ein breites Spektrums an Störungsformen und sonstigen Interventionsanlässen dar.</p>
Dr. Beate Ditzen	<p>als Wissenschaftlerin und Psychotherapeutin am Psychologischen Institut der Universität Zürich, Schweiz, arbeite ich seit vielen Jahren forschend und therapeutisch vorwiegend mit Paaren, weshalb ich an meine postgraduale Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (Approbation in Kognitiver Verhaltenstherapie) eine Weiterbildung in Systemischer Paartherapie angeschlossen habe. Im Zuge meiner aktuellen Verhandlungen in Deutschland (ich habe einen Ruf auf die W-3 Professur Medizinische Psychologie und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg und einen Ruf auf die W-3 Professur Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Universität Göttingen erhalten) habe ich vom laufenden Anerkennungsverfahren der Systemischen Therapie für eine Kassenzulassung in der ambulanten Psychotherapie in Deutschland erfahren. Im Folgenden möchte ich gern zu diesem Anerkennungsverfahren Stellung nehmen. Als langjährig-tätige Psychologische Psychotherapeutin und als aktiv klinisch-forschende Wissenschaftlerin zu den psychobiologischen Einflüssen sozialer Interaktion auf die individuelle Gesundheit befürworte ich die Aufnahme der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkasse aus folgenden Gründen: Konzeptionell und methodisch widmet sich die Systemische Therapie schon seit ihrer Entstehung dem Einfluss des sozialen Beziehungsgeflechts auf psychische Störungen – und umgekehrt - den Konsequenzen psychischer Störungen für soziale Beziehungen. Das Wissen, dass soziale Beziehungen stark mit der psychischen Gesundheit verflochten sind, geht mittlerweile auch in die aktuellen internationalen Diagnosesysteme DSM-5 (2013) und ICD-11 (noch in Entwicklung) ein. Systemisch-therapeutische Ansätze nutzen dieses Wissen seit jeher. Sie können deshalb auf der Ebene der Methodenentwicklung schon jetzt Therapiebausteine liefern, die explizit das soziale System ansprechen, deren Wirksamkeit nachgewiesen wurde und die damit der zeitgemässen Psychodiagnostik entsprechen. Auch in der Grundlagenforschung werden in jüngster Zeit der Einfluss sozialer Faktoren auf die psychische Gesundheit sowie der Einfluss psychischer Erkrankungen auf die soziale Funktionsfähigkeit intensiv erforscht. International anerkannte Forschungsbereiche, wie „Social Neuroscience“ und „Social Neuroendocrinology“, weisen auf den hohen Stellenwert sozialer Einflüsse auf die Gehirnfunktion hin. Dank methodischer Innovationen (u.a. Bildgebung, elektronische Tagebücher) lassen sich diese Zusammenhänge mittlerweile standardisiert abbilden und die Erkenntnisse hierzu wurden in namenhaften internationalen Fachzeitschriften mit Peer Review veröffentlicht (u.a. Archives of General Psychiatry, Psychosomatic Medicine, Journal of Consulting and Clinical Psychology). Die Konzepte der Systemischen Therapie lassen sich mit diesen Paradigmen sehr gut vereinbaren. So bietet die Systemische Therapie einerseits theoretisch fundierte Interventionsmethoden für die Verbesserung sozialer Beziehungen im Allgemeinen an, andererseits sind bereits umfassende Interventionskonzepte zur Systemisch-therapeutischen Behandlung spezifischer Störungen entwickelt worden. Zu den Evaluationskriterien eines therapeutischen Verfahrens gehören ein schlüssiges theoretisches Erklärungsmodell, der Wirksamkeitsnachweis auf der Prozess- und der Ergebnisebene und der Wirksamkeitsnachweis im Verhältnis zu dem zu erbringenden Aufwand In allen drei Bereichen schneidet die Systemische The-</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>rapie erfolgreich ab. Der Therapieform liegt ein schlüssiges Gesamtkonzept zugrunde, welches auch in jüngeren theoretischen Arbeiten überprüft, angepasst und bestätigt wurde, 2) Der Wirksamkeitsnachweis auf der Ergebnisebene wurde bereits wiederholt erbracht, aktuellste neurowissenschaftliche Studien widmen sich den zugrundeliegenden biopsychologischen Zusammenhängen auf einer mechanistischen – und damit der Prozessebene und 3) die Ambulante Systemische Therapie ist selbstredend kostengünstiger, als eine ambulante Langzeittherapie oder eine stationäre Therapie und sollte deshalb – bei gegebener Indikation – diesen Verfahren vorgeschaltet werden. Ich halte es deshalb für wissenschaftlich und therapeutisch gerechtfertigt, wenn die Systemische Therapie die Kassenzulassung in Deutschland erhalte, und freue mich, zu den Fortschritten im Zulassungsverfahren weiter informiert zu werden.</p>
<p>Michaela Schuhmacher</p>	<p>Vielleicht noch ein inhaltlicher Aspekt: Der Umstand, sich immer wieder mit Lösungen und Ressourcen zu beschäftigen, statt – schlimmstenfalls – in einer Problemhypnose festzustecken, setzt andere Energien frei, nämlich positive bzw. kraftvolle. Nicht nur für den Klienten, sondern auch für den Therapeuten ist dies nutzbringend und macht nebenbei mehr Spaß. Die grundsätzliche Haltung des Therapeuten, den Klienten nicht als "kranken Patienten" zu sehen spielt in diesem Zusammenhang ebenfalls eine wichtige Rolle, da sie den Klienten voll in die Verantwortung nimmt und damit Selbstwirksamkeit und Selbsteffizienz deutlich steigert.</p>
<p>Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung</p>	<p>die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung unterstützt voll umfänglich die von der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) und der Systemischen Gesellschaft (SG) verfasste Stellungnahme zur Beantwortung des Fragebogens des G-BA zum Thema Systemische Therapie. Wir sehen die Systemische Therapie als wichtige Ergänzung der bestehenden Psychotherapieverfahren an. Die spezifische Fokussierung der wechselseitigen interpersonellen Beziehungen und die daraus entstandenen Modelle pathologischen Verhaltens und seiner psychotherapeutischen Beeinflussung fügt den bisher zur Verfügung stehenden Psychotherapieverfahren wesentliche neue Elemente hinzu. Die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen wird durch die zahlreichen theoretischen Erklärungsansätze (z.B. struktureller Ansatz, strategischer Ansatz, Mehrgenerationenperspektive etc.) und die daraus entwickelten Methoden und Techniken (z.B. Strukturanalyse, Reframing, Genogramm-Arbeit, Zirkuläre Fragen etc.) sehr bereichert. Diese Ansätze sind in den bisher in der Versorgung zugelassenen Verfahren nicht enthalten und würden der Behandlung psychischer Erkrankungen neue Möglichkeiten hinzufügen. Wir befürworten deshalb, die Systemische Therapie als Psychotherapie-Verfahren bei Erwachsenen für die Versorgung zuzulassen.</p>
<p>Dr. med. Thomas Schillen</p>	<p>Das Hanauer Modell verfolgt einen modernen, sektorübergreifenden Ansatz psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung, der die komplexe Behandlungsleistung des Krankenhauses nach dem Bedarf des Patienten und unabhängig vom stationären Bett bereitstellt. Das bestehende Budget der Klinik steht damit flexibel für eine integrierte ambulant-teilstationär-stationäre Versorgung durch das Krankenhaus zu Verfügung. Zusätzliche budgetäre Ressourcen werden nicht beansprucht. Die Finanzierung folgt bedarfsgerecht dem Behandlungssektor des Patienten und nicht mehr der Patient der Finanzierung des Behandlungssektors. Auf dieser Grundlage wurde in der Hanauer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie inzwischen eine komplette Station mit 22 Betten durch ein stationsäquivalentes ambulantes Akut-Team abgelöst. Im Sommer 2014 werden weitere 18 Betten in gleicher Weise umgewandelt. Schwer und akut kranke Patienten werden unter Einbeziehung des sozialen Systems durch systemisch ausgebildete, ambulante Akut- und Krisenteams behandelt. Dabei ist zu beachten, dass die Bettenmessziffer der Klinik vor der Umstrukturierung mit 0,47 Betten / 1.000 Einwohner bereits sehr niedrig lag und mit 40 geschlossenen Betten weiter auf 0,28 Betten / 1.000 Einwohner reduziert ist. Diese Ambulantisierung stationärer Leistungen wäre ohne das systemische Therapiesetting des Akut- und Krisenteams nicht realisierbar. Die bisher erreichte Reduzierung der stationären Behandlungsdauer um 30% von im Mittel 20 auf 14 Tage ist ohne die systemische Arbeit mit dem sozialen System des Patienten nicht erreichbar. Home Treatment und open dialogue des Familiensystems im häuslichen Umfeld ermöglichen neue diagnostische und therapeutischen Ansätze, durch die die stationsäquivalente ambulante Behandlung schwer psychisch kranker Menschen erst erfolgreich gelingt. Der systemische Fokus auf Autonomie, Ressourcen- und Lösungsorientierung von Patienten und Angehörigen ändert das psychiatrisch-psychotherapeutische Setting substantiell. Die ambulante Akutbehandlung erfolgt grundsätzlich nur auf freiwilliger Grundlage. Aggressive Reaktionen treten kaum auf. Eine psychiatrische Versorgung auf dieser Grundlage erfüllt daher auch in besonderer Weise die aktuellen Forderungen der UNO Menschenrechtskonvention. Dabei ist festzuhalten, dass die Klinik unverändert die volle Pflichtversorgung für alle 215.000 Einwohner ihres regionalen Sektors sicherstellt und nach unserer Einschätzung besser gewährleistet, als mit der andernfalls erforderlichen, bedarfsbedingten Ausweitung des stationären Bettenangebots. Zugangs-voraussetzung für die ambulante Akutbehandlung ist unverändert ein Schweregrad der Störung, der nach bisher üblicher Versorgung zur stationären Aufnahme geführt hätte. Es handelt sich deshalb auch nicht um eine Ausweitung der</p>

Einschätzende(r)	Antwort
	<p>Krankenhausleistungen auf weniger schwer erkrankte Patienten, sondern um die Anwendung des systemischen Therapieansatzes auf die bisherigen Patienten der Klinik mit schwerer psychopathologischer Symptomatik. Beim Hanauer Modell liegen die Einschränkungen einzelner Untersuchungen systemischer Therapieansätze in der Akutpsychiatrie nicht vor: Systemische Diagnostik und Therapie sind gerade nicht auf eine stationäre Behandlungsdauer von 3 Wochen beschränkt, sondern können in der stationsäquivalenten ambulanten Akutbehandlung über einen patienten- und störungsspezifischen ausgedehnten Zeitraum wirksam werden. Entwicklungen wie das Hanauer Modell ermöglichen eine unter medizinischen, ethischen und auch gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten bessere psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Als ein zentrales Element zur nachhaltigen und kosteneffizienten Festigung des Behandlungserfolges der Klinik stellt sich in diesem Kontext die Verfügbarkeit systemischer Therapieangebote im vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgungssegment dar.</p>
Gerd F. Müller	<p>Die Systemische Therapie ist ein eigenständiges, vielfältiges und sich seit Beginn an weiter entwickelndes und verbesserndes Verfahren. Es ist ein sowohl für Behandler und PatientInnen als auch für Krankenkassen transparentes und kostensparendes Verfahren. Systemische Therapie hat sich seit ca. 40 Jahren schrittweise (trotz Nicht-Anerkennung der offiziellen Gremien und Institutionen) einen festen Platz im psychotherapeutischen Feld geschaffen; eine sozialrechtliche Anerkennung ist m.E. überfällig.</p>
Ruppiner Kliniken	<p>Die Anerkennung eines wirksamen, enorm vielseitigen in vielen Zusammenhängen längst praktizierten Verfahrens sollte auch in Deutschland den ambulant und stationär zu behandelnden Patienten nicht länger vorenthalten werden.</p>
Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG)	<p>Neben einer dringend notwendigen Erweiterung der bisher auf behaviorale und psychodynamische Verfahren beschränkten Richtlinienpsychotherapie ist ein Zugewinn bei einer Zulassung der ST zur Regelversorgung vor allem darin zu sehen, dass aufgrund der geringeren Abbruchrate und einer höheren Compliance mit guten bzw. besseren und anhaltenden Behandlungserfolgen zu rechnen ist. Das gilt nicht nur für „leichtere“ psychische Störungen, sondern auch gerade für Patienten mit schweren Störungen wie Substanzabhängigkeit, Psychosen, chronischen Krankheiten, delinquenten Verhalten, Mehrfachdiagnosen und bei Patienten, die im bisherigen Versorgungssystem aufgrund ihrer speziellen Problematik (z.B. Migrantenfamilien) kaum erreicht werden. Die Aufnahme der ST in die ambulante Versorgung der gesetzlich Versicherten wird die bisherige Versorgung qualitativ verbessern.</p>

Einschätzende(r)	Antwort
<p>Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen (LPPKJP Hessen)</p>	<p>die Systemische Therapie stellt im stationären Sektor bereits jetzt eine wichtige Ergänzung zu den bestehenden Behandlungsverfahren dar. Sie leistet einen eigenständigen Beitrag zur psychotherapeutischen Behandlung von Störungen mit Krankheitswert, da ihr Ansatz einem anderen Paradigma folgt und stärker als die anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren den sozialen, insbesondere den familiären Kontext der Patienten berücksichtigt und die Behandlung darauf ausrichtet.</p> <p>Durch den Einbezug in das Leistungsspektrum der GKV würde psychisch kranken Menschen ein weiteres wissenschaftlich fundiertes Behandlungsverfahren zur Verfügung stehen, so dass der Komplexität und Unterschiedlichkeit psychischer Erkrankungen besser Rechnung getragen werden könnte. Auch die Vielfalt der wissenschaftstheoretischen und anthropologischen Begründungen der Verfahren würde entsprechend dem aktuellen Forschungsstand abgebildet werden.</p> <p>Im Bereich des SGB VIII hat sich die Systemische Therapie zu einem bevorzugten Instrumentarium entwickelt, das nicht nur für die Überwindung sozialer Konflikte eingesetzt wird, sondern auch geeignet ist, krankheitswertige Störungen effizient zu behandeln.</p> <p>Die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie wurde vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie bereits zuerkannt. Die dabei angewandten Kriterien entsprechen den Fragestellungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Deshalb sollte sich der Gemeinsame Bundesausschuss dem Ergebnis des Wissenschaftlichen Beirats anschließen und bei der Überprüfung primär die neueren, bisher nicht berücksichtigten Studien heranziehen.</p>
<p>Prof. Dr.med. Michael Scholz</p>	<p>Die systemische Therapie fokussiert das relevante soziale Umfeld des Patienten in der Diagnostik und im therapeutischen Prozess. Gemeinsam mit dem Patienten sind seine Familie und sein sozialer Kontext fester Bestandteil des therapeutischen Settings. Sie involviert damit die sozialen und familiären Gegebenheiten, die im multifaktoriellen Geschehen jeder psychiatrischen Erkrankung diese partiell verursachen und unterhalten können. Damit stehen krankheitsrelevante soziale und familiäre Wertesysteme, Beziehungs- und Interaktionsmuster im Fokus, womit die einzeltherapeutische Arbeit mit dem Patienten ergänzt, unterstützt, verkürzt und gelegentlich auch entfallen kann. Die systemische Familientherapie bietet die Möglichkeit des multiplen Perspektivenwechsels, bei dem die unterschiedlichen subjektiven Sichtweisen aller im sozialen Kontext des Patienten wichtigen Bezugspersonen berücksichtigt werden. In der Multifamilientherapie wird durch die größere Teilnehmerzahl von 5 bis 8 Familien dieser Effekt noch potenziert. Sichtweisen Außenstehender, nicht in die Familie des Patienten integrierte Teilnehmer, können hier sehr hilfreich sein. Wenn Familien durch eine ähnliche Krankheit eines Angehörigen sich solidarisieren und verbunden sind(z.B. Schizophrenie, Essstörung, Sucht, Störung des Sozialverhaltens) können diese verschiedenen Sichtweisen optimal zu Wahrnehmungs-, Einstellungs-, Beziehungs- und Verhaltensänderung genutzt werden. Sie werden von den Betroffenen bei guter Gruppenkohäsion gut angenommen. Außerdem stärkt diese aktive wechselseitige Mitarbeit die eigene Selbstwahrnehmung positiv, was die Veränderungsbereitschaft erhöht und häufige Schuldgefühle am Zustandekommen der Erkrankung des Familienmitglieds mindern kann. Die systemische Therapie versteht sich nicht als Konkurrenz der bewährten, mehr individuumzentrierten Psychotherapieverfahren, sondern als eine Ergänzung mit dem Schwerpunkt der aktiven Einbeziehung des für den Patienten relevanten sozialen Umfeldes und die bewusste Nutzung der Ressourcen. Das kann aus unserer klinischen Erfahrung und der Forschung Rückfallrisiken deutlich verringern und das Leid der Angehörigen reduzieren. Das Bewusstsein, aktiv am Heilungsprozess beteiligt zu sein, verbessert außerdem die intrafamiliäre Zufriedenheit nachhaltig. Ich befürworte deshalb die Anerkennung der systemischen Therapie als kassenrechtlich abrechenbares Verfahren. Es wird eine Bereicherung im Orchester der deutschen Psychotherapie zum Wohle der Patienten und deren Familien sein.</p>

Einschätzende(r)	Antwort
Dr. Michael Welschehold	<p>als verantwortlicher Oberarzt einer großen städtischen psychiatrischen Institutsambulanz (mit Schwerpunkt Akutversorgung/ Krisenhilfe-rund-um-die-Uhr) sowie Ärztlicher Leiter eines der größten psychiatrischen Krisendienste in Deutschland plädiere ich für die Aufnahme der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen aus folgenden Gründen: In den meisten Fällen in denen Menschen psychisch akut dekomensieren, finden sich sehr komplexe Problemlagen. Oftmals sind weitere Personen aus dem Umfeld des Betroffenen in sehr unterschiedlicher Weise an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Krisensituation/ des Notfalls beteiligt. Die tägliche Praxis zeigt: Nur bei Beachtung dieser Komplexität lässt sich eine sinnvoll Lösung erarbeiten. Wegen seiner Kontextorientierung und Wahrnehmung relevanter Beziehungsmuster ist der systemische Zugang für derartige Situationen fachlich am besten geeignet. Speziell auf dem Gebiet der psychiatrischen Krisenintervention und Notfallhilfe geht es um fachspezifische Soforthilfe, die in der Lage ist, eine komplexe Gesamtsituation in kurzer Zeit zu erfassen und gemeinsam mit dem Betroffenen und seinem Umfeld einen Weg zu finden, der gemäß der Bedeutung des Krisenbegriffes weg von der Gefahr, hin zur Chance führt. Die Dimensionen systemischen Denkens und Vorgehens sind in besonderer Weise für diese komplexen Krisensituationen geeignet, weshalb sie von allen professionell arbeitenden Krisendiensten im Arbeitsalltag besonders genutzt werden. Die Ressourcen- und Lösungsorientierung systemischen Arbeitens stellt für den sicheren Umgang mit eskalierten Situationen seelischer Erkrankungen den wichtigsten Fokus dar und ist in der Krisenintervention inzwischen zu einem unentbehrlichen Bestandteil fachlich kompetenten Arbeitens geworden. In vielen psychosozialen und psychiatrischen Versorgungseinrichtungen gilt der systemtherapeutische Ansatz auch deshalb bereits seit langem als unverzichtbarer Baustein im Gesamtangebot psychotherapeutischer Konzepte, weil er mit seinen Spezifika individualtherapeutische Verfahren hervorragend ergänzt. Personalverantwortliche Führungskräfte fördern und unterstützen daher seit Jahren die gezielte, einschlägige Ausbildung von Mitarbeitern in systemischen Therapieverfahren. Eine der wichtigsten Anforderungen an das heutige Gesundheitssystem, insbesondere an die Akteure psychosozialer und psychiatrischer Versorgung ist die aktive und funktionierende Vernetzung. Ein Verfahren wie der systemische Ansatz, der ausdrücklich auf die wahrnehmende Einbeziehung aller in einem Einzelfall involvierten Leistungserbringer abzielt, ist in besonderer Weise geeignet, die verschiedenen Leistungsanbieter in eine verbindliche, ergebnisorientierte Kooperation zu bringen.</p>
Dr. Franziska Gaese	<p>systemische Therapieverfahren sind aus der Praxis unseres Spezialbereiches für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen nicht wegzudenken. Im akutstationären Bereich (16 Betten) und in der ambulant-aufsuchenden Arbeit (ca. 900Patienten) stellen systemtherapeutische Verfahren die Grundlage für die Arbeit mit den meist komplexen Systemen dar: dem typischerweise eingeschränkt sprachfähigen Patienten und seinem Bezugsfeld aus Angehörigen, gesetzlichem Betreuer, institutionellen Mitarbeitern, etc. Dieser Bereich kann insofern als Modell für die Darstellung des vielseitigen Nutzens systemischer Therapieverfahren in der nervenärztlichen Versorgung herangezogen werden. Die Aufnahme der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse ist zu befürworten weil: Der Einsatz systemischer Therapieverfahren unterstützt die Nutzung ambulanter VOR stationärer Behandlungsmöglichkeiten, z.B. durch die spezifische Moderation von Auftrages- und Interessenslagen. Hohe Variabilität bezüglich der Prozessgestaltung bezüglich Dauer zwischen Ultra-Kurzzeittherapie bis begleitend und Frequenz. Als ressourcen- und lösungsorientiertes Verfahren wirken systemtherapeutische Ansätze krisen- und gewaltpräventiv und stärken die Eigenverantwortung. Spezifische Methoden erlauben den Nutzen als kognitives UND erlebnisorientiert effektives Verfahren. Der Patient wird methodisch flexibel da abgeholt, wo er steht. Speziell bei eingeschränkter Komplianz nützlich als Basisverfahren, das andere Behandlungen anbahnt. Damit für den Psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext u.a. gesundheitsökonomisch relevant.</p>
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (VA-KJP)	<p>Als Berufs- und Fachverband sind wir fortlaufend intensiv mit unterschiedlichen Fragestellungen zum Versorgungsbedarf und –bereich der ambulanten und stationären Versorgung psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen befasst. Darüber hinaus sind wir im Kontakt mit unterschiedlichen stationären und ambulanten Einrichtungen, in denen die Systemische Therapie in der Patientenversorgung seit vielen Jahren erfolgreich eingesetzt wird. Aus unserer Sicht stellt die Systemische Therapie ein hochwirksames Psychotherapieverfahren dar. Aufgrund ihres spezifischen Ansatzes ist sie auch eine wichtige Ergänzung zu den derzeit im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung anerkannten Richtlinienverfahren. Diese Ergänzung würde nicht nur die fachlichen Möglichkeiten der Behandlung in diesem Versorgungsbereich deutlich erweitern, sondern auch dazu beitragen, insgesamt die noch unzureichende Versorgungslage zu verbessern. Wir unterstützen deshalb die Anerkennung der Systemischen Therapie als Richtlinienverfahren ausdrücklich.</p>

Einschätzende(r)	Antwort
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)	<p>Es muss von einer Verbesserung der Versorgung ausgegangen werden, da mit Einführung des neuen Verfahrens eine Ausdifferenzierung der Behandlungsmöglichkeiten für die betroffenen Patienten und eine Differenzierung der Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsmöglichkeiten zum Psychotherapeuten verbunden ist. Eine Erweiterung des Spektrums der Behandlungsverfahren ermöglicht auch einer bisher auf die vorhandenen Behandlungsverfahren weniger ansprechenden Patientengruppe das Angebot eines alternativen Zugangs zur Behandlung ihrer Störung. Eine solche zusätzliche Möglichkeit ist vergleichbar mit differierenden Wirkungsspektren und Nebenwirkungsspektren von Medikamenten mit gleicher Indikationszulassung, bei denen entsprechend der individuellen Personen-, Störungs-, Begleit-Varianten unter mehreren Präparaten das Geeignetste ausgewählt werden kann. Wichtiges Kriterium ist daher auch, inwieweit das Psychotherapieverfahren und dessen spezifischen Zugangsformen zu Patienten von diesen angenommen werden und in ein funktionstüchtiges therapeutisches Arbeitsbündnis einmünden (compliance). Diese Akzeptanz und darüber hinaus eine gute „Verträglichkeit“ (d.h. geringe Therapie-Abbruchquoten) sprechen für eine wichtige Ergänzung des Behandlungsspektrums.</p>

Literatur aus den Einschätzungen

Stellungnehmer	Literatur
Ralf Schobert	<p>Altmeyer, S. & Hendrichske, A. (2011). Einführung in die systemische Familienmedizin. Heidelberg: Car Auer Systeme. Anderson, T. (1990). Das reflektierende Team. Dortmund: Modernes Lernen. Anderson, H. & Goolishian, H.A. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. <i>Family Process</i>, 27 (4), 371-393. Arvand, J., et al. (2012). The effects of group solution-focused therapy on depression and completion of treatment in patients with chronic hepatitis B. <i>Health & Medicine</i>, 6(3), 925-929. Asen, E. (2002a). Multiple family therapy: an overview. <i>Journal of Family Therapy</i>, 24, 3-16. Asen, E. (2002b). Outcome research in family therapy. <i>Advances in Psychiatric Treatment</i>, 8, 230-238. Asen, E., Scholz, M. (2009). Praxis der Multifamilientherapie. Heidelberg: Carl-Auer / Engl. (2010): Multi-Family-Therapy. New York: Routledge. Ataoglu, A. (2003). Paradoxical therapy in conversion reaction. <i>Journal of Korean Medical Science</i>, 18, 581–584. Crane, D.R. & Christenson, J.D. (2008). The medical offset effect: Patterns in outpatient services reduction for high utilizers of health care. <i>Contemporary Family Therapy</i>, 30, 127-138. doi: 10.1007/s10591-008-9058-2 Crane, D.R. & Christenson, J.D. (2012). A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. <i>Contemporary Family Therapy</i>, 34, 204-216. doi 10.1007/s10591-012-9187-5 Crane, D.R., Christenson, J.D., Dobbs, S.M., Schaalje, G.B., Moore, A.M., Pedal, F.F.C., Ballard, J. & Marshall, E.S. (2013). Costs of Treating depression with individual versus family therapy. <i>Journal of Marital & Family Therapy</i>, 39(4), 457-469. doi: 10.1111/j.1752-0606.2012.00326.x Crane, D. R. & Payne, S. H. (2011) Individual versus family psychotherapy in managed care: Comparing the costs of treatment by the mental health professions. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i>, 37, 273–289. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00170.x. Crane, D.R., Shaw, A.L., Christenson, J.D., Larson, J.H., Harper, J.M. & Feinauer, L.L. (2010). Comparison of family therapy educational and experience requirements for licensure or certification in ix mental health disciplines. <i>American Journal of Family Therapy</i>, 38, 357-373. Hähnlein, V. & Rimpel, J. (2008). Systemische Psychosomatik: Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Klett-Cotta. Haken, H. & Schiepek, G. (2006). Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten. Göttingen: Hogrefe. Haley, J. (1980a). Leaving home: The therapy of disturbed young people. New York: McGraw-Hill. Haley, J. (1980b). Ordeal Therapy. San Francisco: Jossey Bass. Hanswille, R. & Kissenbeck, A. (2010). Systemische Traumatherapie. Heidelberg: Carl Auer. Hanswille, R. (2011). Systemische Traumatherapie. In: Seidler G.H., Freyberger H.J., Maercker A. Hrsg.: Handbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett – Cotta, S.134-151 u. 603-613 Hartmann, M., Bänzner, E., Wild, B., Eisler, I. & Herzog, W. (2010). Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: a meta-analysis. <i>Psychotherapy & Psychosomatics</i>, 79(3):136-48. doi: 10.1159/000286958. Epub 2010 Feb 20. Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R. Haaramo, P. & Järvikoski, A. (2007). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity — A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 107, 95-106. Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen, M. & Renlund, C. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. <i>Psychological Medicine</i>, 38(5), 689-703. Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Renlund, C., Haaramo, P., Härkänen, T. & Virtala, E. (2011a). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 132(1-2), 37-47. Knekt, P., Lindfors, O., Renlund, C., Sares-Jäske, L., Laaksonen, M.A. & Virtala E. (2011b). Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term psychotherapy. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 135(1-3), 221-230. Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E. & Härkänen, T. (2013). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i>, 67(1), 59-68. Laqueur, P., LaBurt, H., Morong, E. (1971). Multiple family therapy. Further developments. New York, Grune & Stratton, 82-96. Lau, M. & Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>, 116(2), 96-104. Law, D. D. & Crane, D. R. (2000). The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health maintenance organization. <i>Journal of Marital & Family Therapy</i>, 26(3), 281-291. Law, D. D., Crane, D. R. & Berge, J. M. (2003). The influence of individual, marital, and family</p>

Stellungnehmer	Literatur
	<p>therapy on high users of health care. <i>Journal of Marital & Family Therapy</i>, 29 (2), 353-362. Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D. & Everitt, B. (2000/2002). The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. <i>British Journal of Psychiatry</i>, 177, 95-100. (auf dt.: <i>Familiendynamik</i> 1, 2002, 104-121) & Corrigendum BJP, 177(3), 284. Ludwig, K. (1992, 2005). Einführung in die theoretischen Grundlagen der Systemischen Therapie. Heidelberg: Carl Auer. Ludwig, K. (1997). Probleme als „Bindeglied“ klinischer Systeme. In: L. Reiter, E.J. Brunner & S. Reiter-Theill (Hrsg), Von der Familientherapie zur Systemischen Perspektive (S. 305-327). Berlin: Springer. Madanes, C. (1980). Protection, paradox, and pretending. <i>Family Process</i>, 19, 73-85. Madanes, C. (1990/1997). Sex, Liebe und Gewalt (Sex, Love and Violence. New York: W.W. Norton). Heidelberg: Carl Auer Systeme. Marttunen, M., Valikoski, M., Lindfors, O., Laaksonen, M.A. & Knekt P. (2008). Pretreatment clinical and psychosocial predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy: a 1-year follow-up study. <i>Psychotherapy Research</i>, 18, 191-199. Morgan, T.B., Crane, D.R. Moore, A.M., & Eggett, D. E. (2012) The cost of treating substance use disorders: individual versus family therapy. <i>Journal of Family Therapy</i> (2012) doi: 10.1111/j.1467-6427.2012.00589.x Miller, I.W., Keitner, G.I., Ryan, C.E., Uebelacker, L.A., Johnson, D.A., & Solomon, D.A. (2008). Family treatment for bipolar disorder: Family impairment by treatment interactions. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i>, 69, 732–740. Miller, I.W., Solomon, D.A., Ryan, C.E., & Keitner, G.I. (2004). Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? <i>Journal of Affective Disorders</i>, 82, 431–436. Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press. Minuchin, S.M. & Fishman, H.C. (1981/1985). Praxis der strukturellen Familientherapie (Family therapy techniques. Cambridge, MA: Harvard University Press). Freiburg: Lambertus. Ochs, M., & Schweitzer, J. (Hrsg.) (2012). Handbuch Forschung für Systemiker. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht). Ochs, M., & Orban, R. (2012). Gelingende Kooperationen gestalten als ein Kernkonzept systemischen Arbeitens. <i>Kontext</i>, 43(2), 1-13. Ochs, M. (2013). Vier Grundorientierungen Systemischer Psychotherapie. <i>Projekt Psychotherapie</i> 3/2013, 20-23. Retzlaff, R. (2009). Spielräume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta. Retzlaff, R. (2010). Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta. Retzlaff, R., Hornig, S., Müller, B., Reuner, G., Pietz, J. (2006). Kohärenz und Resilienz bei Familien von Kindern mit geistiger und körperlicher Behinderung. <i>Praxis der Kinderpsychologie & Kinderpsychiatrie</i> 55, 36-52. Retzlaff, R, Sydow, K.v, Behr, S., Schweitzer J. (2013): The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials. <i>Family Process</i> 52(4):619-52. Satir, V. (1964). Conjoint family therapy. Palo Alto: Science & Behavior Books. Satir, V. (1979). Familienbehandlung. Freiburg: Lambertus. Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (1996). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Schlippe, A. v., El Hachimi, M. & Jürgens, G. (2003). Multikulturelle systemische Praxis. Heidelberg: Carl Auer Schlippe, Arist von (2006): Das »Auftragskarussell« oder auch »Münchhausens Zopf«. In: Steffen Fliegel u. Annette Kämmerer (Hrsg.): Psychotherapeutische Schätze. 101 bewährte Übungen und Methoden für die Praxis. Tübingen (DGTV), S. 30– 36. Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (2009). Systemische Interventionen. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht. Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2012). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht. Schweitzer, J. & Schlippe, A. von (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung //: Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Schweitzer, J. & Schumacher, B. (1995). Die unendliche und die endliche Psychose – Über Chronizitätskonzepte in der psychiatrischen Ideengeschichte. In: J. Schweitzer & B. Schumacher, Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Heidelberg: Carl Auer. Schweitzer, J., & Ochs, M. (2003). Das Auffinden bisher ungesehener Beziehungsmöglichkeiten – systemisch-konstruktivistische Diagnostik. In: M. Cierpka (Hrsg.), Handbuch der Familiendiagnostik (155-171), 2. überarbeitete u. ergänzte Auflage. Berlin (Springer). Schweitzer, J., Schlippe, A. von, Ochs, M. (2007). Theorie und Praxis der systemischen Psychotherapie. In B. Strauß, F. Caspar, F. Hohagen (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie (S. 261– 286). Göttingen: Hogrefe. Schwing, R., Fryszer, A. (2006). Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht. Schwing, R. & Fryszer, A. (2013). Systemische Beratung und Familientherapie. Kurz, bündig, alltagstauglich. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Ceccin, G. & Prata, G. (1978/1981). Paradoxon und Gegenparadoxon (Paradox and counterparadox. New York: Jason Aronson). Stuttgart: Klett-Cotta. Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Ceccin, G. & Prata, G. (1980/1981). Hypothesieren, Zirkularität, Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. <i>Familiendynamik</i>, 6, 123-39. (Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of a session. <i>Family Process</i>, 19, 3-12). Shadish, W.R., Montgomery, L., Wilson, P., Wilson, M., Bright, I. & Okwumabua, T. (1993). The effects of Family and Marital Psychotherapies: A Meta-Analysis. <i>Journal of Consulting & Clinical Psychology</i>, 61(6), 992-1002. Shazer, S. de (1988/1993). Der Dreh: Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie (Clues: Investigating solutions in brief therapy. New York: Norton & Comp.). Heidelberg: Carl Auer. Shazer, S. de (1989). Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta. Shazer, S. de</p>

Stellungnehmer	Literatur
	<p>(1991). Putting difference to work. New York: W.W. Norton & Comp. Shazer, S. de (1993). Creative Misunderstanding: There is no escape from language. In S. Gilligan & R. Price (Hrsg.), <i>Therapeutic Conversations</i>. New York: Norton. Shazer, S. de, Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. <i>Family Process</i>, 25, 207-221. Sydow, K. v. (2007). Systemische Psychotherapie (mit Familien, Paaren und Einzelnen). In: C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), <i>Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen</i> (S. 289-315) (3. vollst. neu bearb. Aufl.). Heidelberg: Springer. Sydow, K. v. (2010). Das Erstinterview in der systemischen Therapie. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), <i>Erstgespräche</i> (S. 84-101). Bern: Huber Verlag. Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer-Rothers, J. (2007). Die Wirksamkeit Systemischer Therapie/Familien-therapie. Göttingen: Hogrefe. Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. (1974/1974). <i>Lösungen: Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels</i> (Change: Principles of problem formation and problem resolution. New York: W.W. Norton & Comp.). Bern: Hans Huber. Weakland, Herr, J., Watzlawick, et al. (1988). <i>Beratung älterer Menschen und ihrer Familien. Die Praxis der angewandten Gerontologie</i>. Bern/ Stuttgart: Hans Huber. Weiss, T. & Haertel-Weiss, G. (1988). <i>Familientherapie ohne Familie. Kurztherapie mit Einzelpatienten</i>. München: Kösel. Welter-Enderlin, R. (1992). Paare, Leidenschaft und lange Weile. München: Piper. Welter-Enderlin, R. (1994). "Glut unter der Asche": Leidenschaft und lange Weile bei Paaren in Therapie. <i>Familiendynamik</i>, 19(3), 233-251. Welter-Enderlin, R. (2006). <i>Wie aus Familiengeschichten Zukunft entsteht</i>. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme. Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C., & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen: Eine randomisierte kontrollierte interventionsstudie. <i>Zeitschrift für Klinische Psychologie & Psychotherapie</i>, 33, 42–50. Wirsching, M. (2005). <i>Paar- und Familientherapie: Grundlagen, Methoden, Ziele</i>. Beck. Wirsching, M. & Scheib, P. (Hrsg.) (2002). <i>Paar- und Familientherapie</i>. Berlin: Springer. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2009). <i>Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen</i>. Deutsches Ärzteblatt, 106, A208–A211, http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src.suche&id.63355. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2010). <i>Verfahrensbeschreibung der Systemischen Therapie</i> (2. Entwurf, 02.12.2010). Internes Arbeitspapier. Publikation im Internet in Vorbereitung. Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2007). <i>Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich</i>. Bonn: Bundesversicherungsamt.</p>
V. Hähnlein/ Dr. J. Rimpel	<p>Ataoglu, A., Ozcetin, A., Icmeli, C., & Ozbulut, O. (2003). Paradoxical therapy in conversion reaction. <i>Journal of Korean medical science</i>, 18(4), 581. Clement, U. (2004). <i>Systemische Sexualtherapie</i>. Klett-Cotta, Stuttgart. Cockburn, J. T., Thomas, F. N., & Cockburn, O. J. (1997). Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i>, 7(2), 97-106. De Shazer, S. (2004). <i>Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie</i>. Achte Auflage. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg. Erickson, M. H., Rossi, E. L., Rossi, S. L. (1976). <i>Hypnose: Induktion, psychotherapeutische Anwendung, Beispiele</i>. Pfeiffer, München. Fritzsche, K., Geigges, W., & Wirsching, M. (Eds.). (2003). <i>Psychosomatische Grundversorgung</i>. Springer Berlin Heidelberg. Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the Outcome Research. <i>Family process</i>, 39(4), 477-498. Hähnlein, V., & Rimpel, J. (2008). <i>Systemische Psychosomatik. Ein integra-tives Lehrbuch</i>. Klett-Cotta, Stuttgart. Lau, M., & Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>, 116(2), 96-104. Ludewig, K. (1992). <i>Systemische Therapie</i>. Klett-Cotta, Stuttgart. Ludewig, K. (2002). <i>Systemische Therapie mit Paaren und Familien</i>. In Paar-und Familientherapie (pp. 59-78). Springer Berlin Heidelberg. McGoldrick, M., & Gerson, R. (1990). <i>Genogramme in der Familienberatung</i>. Huber Verlag, Bern Stuttgart Toronto. Retzer, A. (1994). Compliance, Krankheitstheorien und familiäre Interaktion. <i>Familiendynamik</i>, 19(2), 101-121. Retzer, A. (2002). <i>Passagen: systemische Erkundungen</i>. Klett-Cotta, Stuttgart. Retzer, A. (2004). <i>Systemische Paartherapie</i>. Klett-Cotta, Stuttgart. Saarijärvi, S., Lahti, T., & Lahti, I. (1989). Time-limited structural couple therapy with chronic low back pain patients. <i>Family Systems Medicine</i>, 7(3), 328. Saarijärvi, S. (1991). A controlled study of couple therapy in chronic low back pain patients. Effects on marital satisfaction, psychological distress and health attitudes. <i>Journal of psychosomatic research</i>, 35(2), 265-272. Saarijärvi, S., Alanen, E., Rytökoski, U., & Hyypä, M. T. (1992). Couple therapy improves mental well-being in chronic low back pain patients. A controlled, five year follow-up study. <i>Journal of psychosomatic research</i>, 36(7), 651-656. Schade, N., Torres, P., & Beyebach, M. (2011). Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. <i>Families, Systems, & Health</i>, 29(3), 197. Schmidt, G. (2004). <i>Liebesaffären zwischen Problem und Lösung</i>. Carl-Auer-Systeme-Verlag, Heidelberg. Schmidt, G. (2005). <i>Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung</i>. Carl-Auer-Systeme-Verlag, Heidelberg. Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1985). <i>Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizo-phrener Störung</i>. Klett-Cotta, Stuttgart. Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1992). <i>Hypothetisieren - Zirkularität - Neutralität: Drei Richtlinien für den</i></p>

Stellungnehmer	Literatur
	<p>Leiter der Sitzung. In: Selvini, M. (Hrsg.): Mara Selvini's Revolutionen. Die Entstehung des Mailänder Modells. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg. Simon, F. B., Clement, U., & Stierlin, H. (2004). Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular: Kritischer Überblick und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden. Klett-Cotta, Stuttgart. Simon, F. B., & Weber, G. (2004). Vom Navigieren beim Driften. Carl-Auer-Systeme-Verlag, Heidelberg. von Kibéd, M. V., & Sparrer, I. (2000). Ganz im Gegenteil. Carl-Auer-Systeme-Verlag, Heidelberg. von Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2009). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (Vol. 1). Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. Wirsching, M., & Stierlin, H. (1994). Krankheit und Familie: Konzepte, Forschungsergebnisse, Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart.</p>
Reinert Hanswille	<p>Altmeyer, S. & Hendrichske, A. (2011). Einführung in die systemische Familienmedizin. Heidelberg: Car Auer Systeme. Anderson, T. (1990). Das reflektierende Team. Dortmund: Modernes Lernen. Anderson, H. & Goolishian, H.A. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. <i>Family Process</i>, 27 (4), 371-393. Arvand, J., et al. (2012). The effects of group solution-focused therapy on depression and completion of treatment in patients with chronic hepatitis B. <i>Health & Medicine</i>, 6(3), 925-929. Asen, E. (2002a). Multiple family therapy: an overview. <i>Journal of Family Therapy</i>, 24, 3-16. Asen, E. (2002b). Outcome research in family therapy. <i>Advances in Psychiatric Treatment</i>, 8, 230-238. Asen, E., Scholz, M. (2009). Praxis der Multifamilientherapie. Heidelberg: Carl-Auer / Engl. (2010): Multi-Family-Therapy. New York: Routledge. Ataoglu, A. (2003). Paradoxical therapy in conversion reaction. <i>Journal of Korean Medical Science</i>, 18, 581-584. Clouter S., (2011). Systemic Family Therapy for Families who have Experienced Trauma: A Randomised Controlled Trial. In: <i>British Journal of Social Work</i> (2011) 41. S.502-519 Crane, D.R. & Christenson, J.D. (2008). The medical offset effect: Patterns in outpatient services reduction for high utilizers of health care. <i>Contemporary Family Therapy</i>, 30, 127-138. doi: 10.1007/s10591-008-9058-2 Crane, D.R. & Christenson, J.D. (2012). A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. <i>Contemporary Family Therapy</i>, 34, 204-216. doi 10.1007/s10591-012-9187-5 Crane, D.R., Christenson, J.D., Dobbs, S.M., Schaalje, G.B., Moore, A.M., Pedal, F.F.C., Ballard, J. & Marshall, E.S. (2013). Costs of Treating depression with individual versus family therapy. <i>Journal of Marital & Family Therapy</i>, 39(4), 457-469. doi: 10.1111/j.1752-0606.2012.00326.x Crane, D. R. & Payne, S. H. (2011) Individual versus family psychotherapy in managed care: Comparing the costs of treatment by the mental health professions. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i>, 37, 273-289. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00170.x. Crane, D.R., Shaw, A.L., Christenson, J.D., Larson, J.H., Harper, J.M. & Feinauer, L.L. (2010). Comparison of family therapy educational and experience requirements for licensure or certification in ix mental health disciplines. <i>American Journal of Family Therapy</i>, 38, 357-373. Hähnlein, V. & Rimpel, J. (2008). Systemische Psychosomatik: Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Klett-Cotta. Haken, H. & Schiepek, G. (2006). Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten. Göttingen: Hogrefe. Haley, J. (1980a). Leaving home: The therapy of disturbed young people. New York: McGraw-Hill. Haley, J. (1980b). Ordeal Therapy. San Francisco: Jossey Bass. Hanswille, R. & Kissenbeck, A. (2010). Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis. Heidelberg: Carl Auer. Hanswille, R. (2012). Systemische Traumatherapie - Konzepte. In: Seidler G.H., Freyberger H.J., Maercker A. Hrsg.: Handbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett – Cotta, S.134-151 Hanswille, R. (2012). Geschichte der Systemischen Traumatherapie. In: Seidler G.H., Freyberger H.J., Maercker A. Hrsg.: Handbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett – Cotta, S.603-613 Hanswille R. (Hrsg) (2013). Systemische Hirngespinnste. Neurobiologische Impulse für die Systemische Therapie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Hanswille, R. (2014). Systemische Familientherapie. In: Levold T. & Wirsching M. Hrsg.: Systemische Therapie und Beratung. Das große Lehrbuch. Heidelberg: Carl-Auer Verlag 2014 (Im Druck) Hartmann, M., Bänzner, E., Wild, B., Eisler, I. & Herzog, W. (2010). Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: a meta-analysis. <i>Psychotherapy & Psychosomatics</i>, 79(3):136-48. doi: 10.1159/000286958. Epub 2010 Feb 20. Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R. Haaramo, P. & Järvikoski, A. (2007). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity — A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 107, 95-106. Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen, M. & Renlund, C. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. <i>Psychological Medicine</i>, 38(5), 689-703. Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Renlund, C., Haaramo, P., Härkänen, T. & Virtala, E. (2011a). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 132(1-2), 37-47. Knekt, P., Lindfors, O., Renlund, C., Sares-Jäske, L., Laaksonen, M.A. & Virtala E. (2011b). Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term psychotherapy. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 135(1-3), 221-230. Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E. & Härkänen, T. (2013). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-</p>

Stellungnehmer	Literatur
	<p>up. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i>, 67(1), 59-68. Laqueur, P., LaBurt, H., Morong, E. (1971). Multiple family therapy. Further developments. New York, Grune & Stratton, 82-96. Lau, M. & Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>, 116(2), 96-104. Law, D. D. & Crane, D. R. (2000). The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health maintenance organization. <i>Journal of Marital & Family Therapy</i>, 26(3), 281-291. Law, D. D., Crane, D. R. & Berge, J. M. (2003). The influence of individual, marital, and family therapy on high users of health care. <i>Journal of Marital & Family Therapy</i>, 29(2), 353-362. Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., Wolff, G., Alexander, B. Asen, E. Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D. & Everitt, B. (2000/2002). The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. <i>British Journal of Psychiatry</i>, 177, 95-100. (auf dt.: <i>Familiendynamik</i> 1, 2002, 104-121) & Corrigendum BJP, 177(3), 284. Lieberman, A.F., P. Van Horn u. C.G. Ippen (2005): Toward Evidence-Based Treatment: Child-Parent Psychotherapy With Preschoolers Exposed to Marital Violence. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> 44(12): 1241-1248. Ludewig, K. (1992, 2005). Einführung in die theoretischen Grundlagen der Systemischen Therapie. Heidelberg: Carl Auer. Ludewig, K. (1997). Probleme als „Bindeglied“ klinischer Systeme. In: L. Reiter, E.J. Brunner & S. Reiter-Theill (Hrsg), <i>Von der Familientherapie zur Systemischen Perspektive</i> (S. 305-327). Berlin: Springer. Madanes, C. (1980). Protection, paradox, and pretending. <i>Family Process</i>, 19, 73-85. Madanes, C. (1990/1997). <i>Sex, Liebe und Gewalt (Sex, Love and Violence)</i>. New York: W.W. Norton. Heidelberg: Carl Auer Systeme. Marttunen, M., Valikoski, M., Lindfors, O., Laaksonen, M.A. & Knekt P. (2008). Pretreatment clinical and psychosocial predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy: a 1-year follow-up study. <i>Psychotherapy Research</i>, 18, 191-199. Maxfield, L., F.W. Kaslow u. F. Shapiro (2007). The Integration of EMDR and Family Systems Therapies. In: Shapiro, F., F.W. Kaslow u. L. Maxfield (Hrsg): <i>Handbook of EMDR and Family Therapy Processes</i>. Hoboken, N.J. (Wiley), S. 407-422. Morgan, T.B., Crane, D.R. Moore, A.M., & Eggett, D. E. (2012) The cost of treating substance use disorders: individual versus family therapy. <i>Journal of Family Therapy</i> (2012) doi: 10.1111/j.1467-6427.2012.00589.x Miller, I.W., Keitner, G.I., Ryan, C.E., Uebelacker, L.A., Johnson, D.A., & Solomon, D.A. (2008). Family treatment for bipolar disorder: Family impairment by treatment interactions. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i>, 69, 732–740. Miller, I.W., Solomon, D.A., Ryan, C.E., & Keitner, G.I. (2004). Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? <i>Journal of Affective Disorders</i>, 82, 431–436. Minuchin, S. (1974). <i>Families and family therapy</i>. Cambridge, MA: Harvard University Press. Minuchin, S.M. & Fishman, H.C. (1981/1985). <i>Praxis der strukturellen Familientherapie (Family therapy techniques)</i>. Cambridge, MA: Harvard University Press. Freiburg: Lambertus. Ochs, M., & Schweitzer, J. (Hrsg.) (2012). <i>Handbuch Forschung für Systemiker</i>. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht). Ochs, M., & Orban, R. (2012). Gelingende Kooperationen gestalten als ein Kernkonzept systemischen Arbeitens. <i>Kontext</i>, 43(2), 1-13. Ochs, M. (2013). Vier Grundorientierungen Systemischer Psychotherapie. <i>Projekt Psychotherapie</i> 3/2013, 20-23. Retzlaff, R. (2009). <i>Spiel-Räume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen</i>. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta. Retzlaff, R. (2010). <i>Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie</i>. Stuttgart: Klett-Cotta. Retzlaff, R., Hornig, S., Müller, B., Reuner, G., Pietz, J. (2006). Kohärenz und Resilienz bei Familien von Kindern mit geistiger und körperlicher Behinderung. <i>Praxis der Kinderpsychologie & Kinderpsychiatrie</i> 55, 36-52. Retzlaff, R., Sydow, K.v, Beher, S., Schweitzer J. (2013): The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials. <i>Family Process</i> 52(4):619-52. Rowe C.L., Liddle H.A., (2008). When the Levee breaks: Treating adolescents and families in the aftermath of Hurricane Katrina. In: <i>Journal of Marital and Family Therapy</i>. April 2008, Vol 34, No2 S. 132-148 Saltzman, W.R. et al. (2011). Mechanisms of Risk and Resilience in Military Families: Theoretical and Empirical Basis of a Family-Focused Resilience Enhancement Program. <i>Clin Child Fam Psychol Rev</i> 14(3): 213-230. Satir, V. (1964). <i>Conjoint family therapy</i>. Palo Alto: Science & Behavior Books. Satir, V. (1979). <i>Familienbehandlung</i>. Freiburg: Lambertus. Saxe G.N., Ellis, B.H., Fogler, J., Hansen, S. & Sorkin, B. (2005). Comprehensive care for traumatized children. In: <i>Psychiatric Annals</i>, 35 S.443-448 Saxe, G.N., Ellis, H.E. & Kaplow J.B. (2007). <i>Collaborative treatment of traumatized children and teens</i>. New York: Guilford. Shapiro, F., F.W. Kaslow u. L. Maxfield (Hrsg) (2007). <i>Handbook of EMDR and Family Therapy Processes</i>. Hoboken, N.J. (Wiley) Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (1996). <i>Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung</i>. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Schlippe, A. v., El Hachimi, M. & Jürgens, G. (2003). <i>Multikulturelle systemische Praxis</i>. Heidelberg: Carl Auer Schlippe, Arist von (2006): Das »Auftragskarussell« oder auch »Münchhausens Zopf«. In: Steffen Fiegel u. Annette Kämmerer (Hrsg.): <i>Psychotherapeutische Schätze. 101 bewährte Übungen und Methoden für die Praxis</i>. Tübingen (DGTV), S. 30– 36. Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (2009). <i>Systemische Interventionen</i>. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht. Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2012). <i>Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen</i>. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht. Schweitzer, J. & Schlippe, A. von (2006).</p>

Stellungnehmer	Literatur
	<p>Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung //: Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Schweitzer, J. & Schumacher, B. (1995). Die unendliche und die endliche Psychose – Über Chronizitätskonzepte in der psychiatrischen Ideengeschichte. In: J. Schweitzer & B. Schumacher, Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Heidelberg: Carl Auer.</p> <p>Schweitzer, J., & Ochs, M. (2003). Das Auffinden bisher ungesehener Beziehungsmöglichkeiten – systemisch-konstruktivistische Diagnostik. In: M. Cierpka (Hrsg.), Handbuch der Familiendiagnostik (155-171), 2. überarbeitete u. ergänzte Auflage. Berlin (Springer).</p> <p>Schweitzer, J., Schlippe, A. von, Ochs, M. (2007). Theorie und Praxis der systemischen Psychotherapie. In B. Strauß, F. Caspar, F. Hohagen (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie (S. 261– 286). Göttingen: Hogrefe.</p> <p>Schwing, R., Fryszer, A. (2006). Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.</p> <p>Schwing, R. & Fryszer, A. (2013). Systemische Beratung und Familientherapie. Kurz, bündig, alltagstauglich. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.</p> <p>Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Ceccin, G. & Prata, G. (1978/1981). Paradoxon und Gegenparadoxon (Paradox and counterparadox. New York: Jason Aronson). Stuttgart: Klett-Cotta.</p> <p>Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Ceccin, G. & Prata, G. (1980/1981). Hypothesisieren, Zirkularität, Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. Familiendynamik, 6, 123-39. (Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of a session. Family Process, 19, 3-12).</p> <p>Shadish, W.R., Montgomery, L., Wilson, P., Wilson, M., Bright, I. & Okwumabua, T. (1993). The effects of Family and Marital Psychotherapies: A Meta-Analysis. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 61(6), 992-1002.</p> <p>Shazer, S. de (1988/1993). Der Dreh: Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie (Clues: Investigating solutions in brief therapy. New York: Norton & Comp.). Heidelberg: Carl Auer.</p> <p>Shazer, S. de (1989). Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.</p> <p>Shazer, S. de (1991). Putting difference to work. New York: W.W. Norton & Comp.</p> <p>Shazer, S. de (1993). Creative Misunderstanding: There is no escape from language. In S. Gilligan & R. Price (Hrsg.), Therapeutic Conversations. New York: Norton.</p> <p>Shazer, S. de, Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. Family Process, 25, 207-221.</p> <p>Stankovic` M., (2013). A preview of the efficiency of the systemic family therapy in treatment of children with posttraumatic stress disorder developed after car accident. In: Vojnosanit Pregl 2013, 70 (2) S.149-154</p> <p>Sydow, K. v. (2007). Systemische Psychotherapie (mit Familien, Paaren und Einzelnen). In: C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen (S. 289-315) (3. vollst. neu bearb. Aufl.). Heidelberg: Springer.</p> <p>Sydow, K. v. (2010). Das Erstinterview in der systemischen Therapie. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), Erstgespräche (S. 84-101). Bern: Huber Verlag.</p> <p>Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer-Rothers, J. (2007). Die Wirksamkeit Systemischer Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe.</p> <p>Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. (1974/1974). Lösungen: Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels (Change: Principles of problem formation and problem resolution. New York: W.W. Norton & Comp.). Bern: Hans Huber.</p> <p>Weakland, Herr, J., Watzlawick, et al. (1988). Beratung älterer Menschen und ihrer Familien. Die Praxis der angewandten Gerontologie. Bern/ Stuttgart: Hans Huber.</p> <p>Weiss, T. & Haertel-Weiss, G. (1988). Familientherapie ohne Familie. Kurztherapie mit Einzelpatienten. München: Kösel.</p> <p>Welter-Enderlin, R. (1992). Paare, Leidenschaft und lange Weile. München: Piper.</p> <p>Welter-Enderlin, R. (1994). "Glut unter der Asche": Leidenschaft und lange Weile bei Paaren in Therapie. Familiendynamik, 19(3), 233-251.</p> <p>Welter-Enderlin, R. (2006). Wie aus Familiengeschichten Zukunft entsteht. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.</p> <p>Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C., & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen: Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie & Psychotherapie, 33, 42–50.</p> <p>Wirsching, M. (2005). Paar- und Familientherapie: Grundlagen, Methoden, Ziele. Beck.</p> <p>Wirsching, M. & Scheib, P. (Hrsg.) (2002). Paar- und Familientherapie. Berlin: Springer.</p> <p>Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2009). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen. Deutsches Ärzteblatt, 106, A208–A211, http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src.suche&id.63355.</p> <p>Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2010). Verfahrensbeschreibung der Systemischen Therapie (2. Entwurf, 02.12.2010). Internes Arbeitspapier. Publikation im Internet in Vorbereitung.</p> <p>Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2007). Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich. Bonn: Bundesversicherungsamt.</p>
Bundesdirektorenkonferenz (BDK)	<p>Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie vom 14.12.2008</p> <p>Deisler H: Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß §135 Abs 1. SGB V (Literaturverzeichnis) vom 11.02.2013</p> <p>GKV-Spitzenverband: Reform des Angebotes an ambulanter Psychotherapie – Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen, 27.11.2013 v.</p> <p>Sydow K, Beher S, Schweitzer J, Retzlaff R: The efficacy of systemic therapy with adult patients; A metacontent analysis of 38 randomized controlled trials. Fam Process 49: 457-485, 2010</p>
Hans Schindler	<p>Leuders, H. (2008) Wenn (Persönlichkeits-) Teile verrückt spielen, Kann Verrücktheit durchaus Sinn machen. Arbeit mit dem Teile-Modell im psychiatrischen Arbeitskontext. In: Systema 22(1),</p>

Stellungnehmer	Literatur
	<p>S. 7-19 Schindler, H. (2002) Erlebnisintensive Methoden in der systemischen Einzeltherapie. In Familiendynamik, 27 (4), S. 468-487 Schindler, H. (2014) Die Zeitlinie In: Levold, T., Wirsching, M., Systemische Therapie und Beratung, Das große Lehrbuch, Carl Auer, Heidelberg S.246-250 Schindler, H., Schlippe, A.v. (2006) Psychotherapeutische Ausbildungen und psychotherapeutische Praxis kassenzugelassener Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichentherapeutInnen. In: Psychotherapie im Dialog, 7(3), S.334-337 Schwartz, R. /1997) Systemische Therapie mit der inneren Familie, München, Pfeiffer Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007) Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie, Hogrefe, Göttingen</p>
<p>Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten e. V. (BKJ)</p>	<p>Altmeyer, S. & Hendrichske, A. (2011). Einführung in die systemische Familienmedizin. Heidelberg: Car Auer Systeme. Anderson, T. (1990). Das reflektierende Team. Dortmund: Modernes Lernen. Anderson, H. & Goolishan, H.A. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. <i>Family Process</i>, 27 (4), 371-393. Arvand, J., et al. (2012). The effects of group solution-focused therapy on depression and completion of treatment in patients with chronic hepatitis B. <i>Health & Medicine</i>, 6(3), 925- 929. Asen, E. (2002a). Multiple family therapy: an overview. <i>Journal of Family Therapy</i>, 24, 3-16. Asen, E. (2002b). Outcome research in family therapy. <i>Advances in Psychiatric Treatment</i>, 8, 230-238. Asen, E., Scholz, M. (2009). Praxis der Multifamilientherapie. Heidelberg: Carl-Auer / Engl. (2010): Multi-Family-Therapy. New York: Routledge. Ataoglu, A. (2003). Paradoxical therapy in conversion reaction. <i>Journal of Korean Medical Science</i>, 18, 581–584. Crane, D.R. & Christenson, J.D. (2008). The medical offset effect: Patterns in outpatient services reduction for high utilizers of health care. <i>Contemporary Family Therapy</i>, 30, 127-138. doi: 10.1007/s10591-008-9058-2 Crane, D.R. & Christenson, J.D. (2012). A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. <i>Contemporary Family Therapy</i>, 34, 204-216. doi 10.1007/s10591-012-9187-5 Crane, D.R., Christenson, J.D., Dobbs, S.M., Schaalje, G.B., Moore, A.M., Pedal, F.F.C., Ballard, J. & Marshall, E.S. (2013). Costs of Treating depression with individual versus family therapy. <i>Journal of Marital & Family Therapy</i>, 39(4), 457-469. doi: 10.1111/j.1752- 0606.2012.00326.x Crane, D. R. & Payne, S. H. (2011) Individual versus family psychotherapy in managed care: Comparing the costs of treatment by the mental health professions. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i>, 37, 273–289. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00170.x. Crane, D.R., Shaw, A.L., Christenson, J.D., Larson, J.H., Harper, J.M. & Feinauer, L.L. (2010). Comparison of family therapy educational and experience requirements for licensure or certification in ix mental health disciplines. <i>American Journal of Family Therapy</i>, 38, 357-373. Hähnlein, V. & Rimpel, J. (2008). Systemische Psychosomatik: Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Klett-Cotta. Haken, H. & Schiepek, G. (2006). Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten. Göttingen: Hogrefe. Haley, J. (1980a). Leaving home: The therapy of disturbed young people. New York: McGraw-Hill. Haley, J. (1980b). Ordeal Therapy. San Francisco: Jossey Bass. Hanswille, R. & Kissenbeck, A. (2010). Systemische Traumatherapie. Heidelberg: Carl Auer. Hanswille, R. (2011). Systemische Traumatherapie. In: Seidler G.H., Freyberger H.J., Maercker A. Hrsg.: Handbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett – Cotta, S.134- 151 u. 603-613 Hartmann, M., Bäßner, E., Wild, B., Eisler, I. & Herzog, W. (2010). Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: a meta-analysis. <i>Psychotherapy & Psychosomatics</i>, 79(3):136-48. doi: 10.1159/000286958. Epub 2010 Feb 20. Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R. Haaramo, P. & Järviöskö, A. (2007). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity — A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 107, 95-106. Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen, M. & Renlund, C. (2008). Randomized trial on the effectiveness of longand short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. <i>Psychological Medicine</i>, 38(5), 689-703. Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Renlund, C., Haaramo, P., Härkänen, T. & Virtala, E. (2011a). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 132(1-2), 37-47. Knekt, P., Lindfors, O., Renlund, C., Sares-Jäske, L., Laaksonen, M.A. & Virtala E. (2011b). Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term psychotherapy. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 135(1-3), 221-230. Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E. & Härkänen, T. (2013). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i>, 67(1), 59-68. Laqueur, P., LaBurt, H., Morong, E. (1971). Multiple family therapy. Further developments. New York, Grune & Stratton, 82-96. Lau, M. & Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>, 116(2), 96-104. Law, D. D. & Crane, D. R. (2000). The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health maintenance organization. <i>Journal of Marital & Family Therapy</i>, 26(3), 281-291. Law, D. D., Crane, D. R. & Berge, J. M. (2003). The influence of individual, marital, and family</p>

Stellungnehmer	Literatur
	<p>therapy on high users of health care. <i>Journal of Marital & Family Therapy</i>, 29 (2), 353-362. Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D. & Everitt, B. (2000/2002). The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. <i>British Journal of Psychiatry</i>, 177, 95-100. (auf dt.: <i>Familiendynamik</i> 1, 2002, 104-121) & Corrigendum BJP, 177(3), 284. Ludwig, K. (1992, 2005). Einführung in die theoretischen Grundlagen der Systemischen Therapie. Heidelberg: Carl Auer. Ludwig, K. (1997). Probleme als „Bindeglied“ klinischer Systeme. In: L. Reiter, E.J. Brunner & S. Reiter-Theill (Hrsg), Von der Familientherapie zur Systemischen Perspektive (S. 305-327). Berlin: Springer. Madanes, C. (1980). Protection, paradox, and pretending. <i>Family Process</i>, 19, 73-85. Madanes, C. (1990/1997). Sex, Liebe und Gewalt (Sex, Love and Violence. New York: W.W. Norton). Heidelberg: Carl Auer Systeme. Marttunen, M., Valikoski, M., Lindfors, O., Laaksonen, M.A. & Knekt P. (2008). Pretreatment clinical and psychosocial predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy: a 1-year follow-up study. <i>Psychotherapy Research</i>, 18, 191-199. Morgan, T.B., Crane, D.R. Moore, A.M., & Eggett, D. E. (2012) The cost of treating substance use disorders: individual versus family therapy. <i>Journal of Family Therapy</i> (2012) doi: 10.1111/j.1467-6427.2012.00589.x Miller, I.W., Keitner, G.I., Ryan, C.E., Uebelacker, L.A., Johnson, D.A., & Solomon, D.A. (2008). Family treatment for bipolar disorder: Family impairment by treatment interactions. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i>, 69, 732–740. Miller, I.W., Solomon, D.A., Ryan, C.E., & Keitner, G.I. (2004). Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? <i>Journal of Affective Disorders</i>, 82, 431–436. Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press. Minuchin, S.M. & Fishman, H.C. (1981/1985). Praxis der strukturellen Familientherapie (Family therapy techniques. Cambridge, MA: Harvard University Press). Freiburg: Lambertus. Ochs, M., & Schweitzer, J. (Hrsg.) (2012). Handbuch Forschung für Systemiker. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht). Ochs, M., & Orban, R. (2012). Gelingende Kooperationen gestalten als ein Kernkonzept systemischen Arbeitens. <i>Kontext</i>, 43(2), 1-13. Ochs, M. (2013). Vier Grundorientierungen Systemischer Psychotherapie. <i>Projekt Psychotherapie</i> 3/2013, 20-23. Retzlaff, R. (2009). Spielräume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta. Retzlaff, R. (2010). Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta. Retzlaff, R., Hornig, S., Müller, B., Reuner, G., Pietz, J. (2006). Kohärenz und Resilienz bei Familien von Kindern mit geistiger und körperlicher Behinderung. <i>Praxis der Kinderpsychologie & Kinderpsychiatrie</i> 55, 36-52. Retzlaff, R, Sydow, K.v, Behr, S., Schweitzer J. (2013): The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials. <i>Family Process</i> 52(4):619-52. Satir, V. (1964). Conjoint family therapy. Palo Alto: Science & Behavior Books. Satir, V. (1979). Familienbehandlung. Freiburg: Lambertus. Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (1996). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Schlippe, A. v., El Hachimi, M. & Jürgens, G. (2003). Multikulturelle systemische Praxis. Heidelberg: Carl Auer Schlippe, Arist von (2006): Das »Auftragskarussell« oder auch »Münchhausens Zopf«. In: Steffen Fliegel u. Annette Kämmerer (Hrsg.): Psychotherapeutische Schätze. 101 bewährte Übungen und Methoden für die Praxis. Tübingen (DGTV), S. 30– 36. Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (2009). Systemische Interventionen. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht. Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2012). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht. Schweitzer, J. & Schlippe, A. von (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung //: Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Schweitzer, J. & Schumacher, B. (1995). Die unendliche und die endliche Psychose – Über Chronizitätskonzepte in der psychiatrischen Ideengeschichte. In: J. Schweitzer & B. Schumacher, Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Heidelberg: Carl Auer. Schweitzer, J., & Ochs, M. (2003). Das Auffinden bisher ungesehener Beziehungsmöglichkeiten – systemisch-konstruktivistische Diagnostik. In: M. Cierpka (Hrsg.), Handbuch der Familiendiagnostik (155-171), 2. überarbeitete u. ergänzte Auflage. Berlin (Springer). Schweitzer, J., Schlippe, A. von, Ochs, M. (2007). Theorie und Praxis der systemischen Psychotherapie. In B. Strauß, F. Caspar, F. Hohagen (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie (S. 261– 286). Göttingen: Hogrefe. Schwing, R., Fryszer, A. (2006). Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht. Schwing, R. & Fryszer, A. (2013). Systemische Beratung und Familientherapie. Kurz, bündig, alltagstauglich. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Ceccin, G. & Prata, G. (1978/1981). Paradoxon und Gegenparadoxon (Paradox and counterparadox. New York: Jason Aronson). Stuttgart: Klett-Cotta. Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Ceccin, G. & Prata, G. (1980/1981). Hypothesisieren, Zirkularität, Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. <i>Familiendynamik</i>, 6, 123-39. (Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of a session. <i>Family Process</i>, 19, 3-12). Shadish, W.R., Montgomery, L., Wilson, P., Wilson, M., Bright, I. & Okwumabua, T. (1993). The effects of Family and Marital Psychotherapies: A Meta-Analysis. <i>Journal of Consulting & Clinical Psychology</i>, 61(6), 992-1002. Shazer, S. de (1988/1993). Der Dreh: Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie (Clues: Investigating solutions in brief therapy. New York: Norton & Comp.). Heidelberg: Carl Auer. Shazer, S. de (1989). Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta. Shazer, S. de</p>

Stellungnehmer	Literatur
	<p>(1991). Putting difference to work. New York: W.W. Norton & Comp. Shazer, S. de (1993). Creative Misunderstanding: There is no escape from language. In S. Gilligan & R. Price (Hrsg.), <i>Therapeutic Conversations</i>. New York: Norton. Shazer, S. de, Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. <i>Family Process</i>, 25, 207- 221. Sydow, K. v. (2007). Systemische Psychotherapie (mit Familien, Paaren und Einzelnen). In: C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), <i>Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen</i> (S. 289-315) (3. vollst. neu bearb. Aufl.). Heidelberg: Springer. Sydow, K. v. (2010). Das Erstinterview in der systemischen Therapie. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), <i>Erstgespräche</i> (S. 84-101). Bern: Huber Verlag. Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer-Rothers, J. (2007). Die Wirksamkeit Systemischer Therapie/Familien-therapie. Göttingen: Hogrefe. Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. (1974/1974). <i>Lösungen: Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels</i> (Change: Principles of problem formation and problem resolution. New York: W.W. Norton & Comp.). Bern: Hans Huber. Weakland, Herr, J., Watzlawick, et al. (1988). <i>Beratung älterer Menschen und ihrer Familien. Die Praxis der angewandten Gerontologie</i>. Bern/ Stuttgart: Hans Huber. Weiss, T. & Haertel-Weiss, G. (1988). <i>Familientherapie ohne Familie. Kurztherapie mit Einzelpatienten</i>. München: Kösel. Welter-Enderlin, R. (1992). Paare, Leidenschaft und lange Weile. München: Piper. Welter-Enderlin, R. (1994). "Glut unter der Asche": Leidenschaft und lange Weile bei Paaren in Therapie. <i>Familiendynamik</i>, 19(3), 233-251. Welter-Enderlin, R. (2006). <i>Wie aus Familiengeschichten Zukunft entsteht</i>. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme. Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C., & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen: Eine randomisierte kontrollierte interventionsstudie. <i>Zeitschrift für Klinische Psychologie & Psychotherapie</i>, 33, 42–50. Wirsching, M. (2005). <i>Paar- und Familientherapie: Grundlagen, Methoden, Ziele</i>. Beck. Wirsching, M. & Scheib, P. (Hrsg.) (2002). <i>Paar- und Familientherapie</i>. Berlin: Springer. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2009). <i>Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen</i>. Deutsches Ärzteblatt, 106, A208–A211, http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src.suche&id.63355. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2010). <i>Verfahrensbeschreibung der Systemischen Therapie</i> (2. Entwurf, 02.12.2010). Internes Arbeitspapier. Publikation im Internet in Vorbereitung. Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2007). <i>Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich</i>. Bonn: Bundesversicherungsamt.</p>
Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie GmbH (APP)	<p>Altmeyer, S. & Hendrichske, A. (2011). <i>Einführung in die systemische Familienmedizin</i>. Heidelberg: Car Auer Systeme. Anderson, T. (1990). <i>Das reflektierende Team</i>. Dortmund: Modernes Lernen. Anderson, H. & Goolishian, H.A. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. <i>Family Process</i>, 27 (4), 371-393. Arvand, J., et al. (2012). The effects of group solution-focused therapy on depression and completion of treatment in patients with chronic hepatitis B. <i>Health & Medicine</i>, 6(3), 925-929. Asen, E. (2002a). Multiple family therapy: an overview. <i>Journal of Family Therapy</i>, 24, 3-16. Asen, E. (2002b). Outcome research in family therapy. <i>Advances in Psychiatric Treatment</i>, 8, 230-238. Asen, E., Scholz, M. (2009). <i>Praxis der Multifamilientherapie</i>. Heidelberg: Carl-Auer / Engl. (2010). <i>Multi-Family-Therapy</i>. New York: Routledge. Ataoglu, A. (2003). Paradoxical therapy in conversion reaction. <i>Journal of Korean Medical Science</i>, 18, 581–584. Crane, D.R. & Christenson, J.D. (2008). The medical offset effect: Patterns in outpatient services reduction for high utilizers of health care. <i>Contemporary Family Therapy</i>, 30, 127-138. doi: 10.1007/s10591-008-9058-2 Crane, D.R. & Christenson, J.D. (2012). A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. <i>Contemporary Family Therapy</i>, 34, 204-216. doi 10.1007/s10591-012-9187-5 Crane, D.R., Christenson, J.D., Dobbs, S.M., Schaalje, G.B., Moore, A.M., Pedal, F.F.C., Ballard, J. & Marshall, E.S. (2013). Costs of Treating depression with individual versus family therapy. <i>Journal of Marital & Family Therapy</i>, 39(4), 457- 469. doi: 10.1111/j.1752-0606.2012.00326.x Crane, D. R. & Payne, S. H. (2011) Individual versus family psychotherapy in managed care: Comparing the costs of treatment by the mental health professions. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i>, 37, 273–289. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00170.x. Crane, D.R., Shaw, A.L., Christenson, J.D., Larson, J.H., Harper, J.M. & Feinauer, L.L. (2010). Comparison of family therapy educational and experience requirements for licensure or certification in ix mental health disciplines. <i>American Journal of Family Therapy</i>, 38, 357-373. Hähnlein, V. & Rimpel, J. (2008). <i>Systemische Psychosomatik: Ein integratives Lehrbuch</i>. Stuttgart: Klett-Cotta. Haken, H. & Schiepek, G. (2006). <i>Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten</i>. Göttingen: Hogrefe. Haley, J. (1980a). <i>Leaving home: The therapy of disturbed young people</i>. New York: McGraw-Hill. Haley, J. (1980b). <i>Ordeal Therapy</i>. San Francisco: Jossey Bass. Hanswille, R. & Kissenbeck, A. (2010). <i>Systemische Traumatherapie</i>. Heidelberg: Carl Auer. Hanswille, R. (2011). <i>Systemische Traumatherapie</i>. In: Seidler G.H., Freyberger H.J., Maercker A. Hrsg.: <i>Handbuch der Psychotraumatologie</i>. Stuttgart: Klett – Cotta, S.134-151 u. 603-613 Hartmann, M., Bätzner, E., Wild, B., Eisler, I. & Herzog, W. (2010). Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: a meta-analysis. <i>Psychotherapy & Psychosomatics</i>, 79(3):136-48. doi:</p>

Stellungnehmer	Literatur
	<p>10.1159/000286958. Epub 2010 Feb 20. Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R. Haaramo, P. & Järvikoski, A. (2007). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity — A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 107, 95-106. Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen, M. & Renlund, C. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. <i>Psychological Medicine</i>, 38(5), 689-703. Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Renlund, C., Haaramo, P., Härkänen, T. & Virtala, E. (2011a). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 132(1-2), 37-47. Knekt, P., Lindfors, O., Renlund, C., Sares-Jäske, L., Laaksonen, M.A. & Virtala E. (2011b). Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term psychotherapy. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 135(1-3), 221-230. Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E. & Härkänen, T. (2013). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i>, 67(1), 59-68. Laqueur, P., LaBurt, H., Morong, E. (1971). Multiple family therapy. Further developments. New York, Grune & Stratton, 82-96. Lau, M. & Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>, 116(2), 96- 104. Law, D. D. & Crane, D. R. (2000). The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health maintenance organization. <i>Journal of Marital & Family Therapy</i>, 26(3), 281-291. Law, D. D., Crane, D. R. & Berge, J. M. (2003). The influence of individual, marital, and family therapy on high users of health care. <i>Journal of Marital & Family Therapy</i>, 29 (2), 353-362. Leff, J., Vearnals, S, Brewin, C.R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D. & Everitt, B. (2000/2002). The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. <i>British Journal of Psychiatry</i>, 177, 95-100. (auf dt.: <i>Familiendynamik</i> 1, 2002, 104-121) & Corrigendum BJP, 177(3), 284. Ludewig, K. (1992, 2005). Einführung in die theoretischen Grundlagen der Systemischen Therapie. Heidelberg: Carl Auer. Ludewig, K. (1997). Probleme als „Bindeglied“ klinischer Systeme. In: L. Reiter, E.J. Brunner & S. Reiter-Theill (Hrsg), <i>Von der Familientherapie zur Systemischen Perspektive</i> (S. 305-327). Berlin: Springer. Madanes, C. (1980). Protection, paradox, and pretending. <i>Family Process</i>, 19, 73- 85. Madanes, C. (1990/1997). <i>Sex, Liebe und Gewalt</i> (Sex, Love and Violence. New York: W.W. Norton). Heidelberg: Carl Auer Systeme. Marttunen, M., Valikoski, M., Lindfors, O., Laaksonen, M.A. & Knekt P. (2008). Pretreatment clinical and psychosocial predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy: a 1-year follow-up study. <i>Psychotherapy Research</i>, 18, 191-199. Morgan, T.B., Crane, D.R. Moore, A.M., & Eggett, D. E. (2012) The cost of treating substance use disorders: individual versus family therapy. <i>Journal of Family Therapy</i> (2012) doi: 10.1111/j.1467-6427.2012.00589.x Miller, I.W., Keitner, G.I., Ryan, C.E., Uebelacker, L.A., Johnson, D.A., & Solomon, D.A. (2008). Family treatment for bipolar disorder: Family impairment by treatment interactions. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i>, 69, 732–740. Miller, I.W., Solomon, D.A., Ryan, C.E., & Keitner, G.I. (2004). Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? <i>Journal of Affective Disorders</i>, 82, 431–436. Minuchin, S. (1974). <i>Families and family therapy</i>. Cambridge, MA: Harvard University Press. Minuchin, S.M. & Fishman, H.C. (1981/1985). <i>Praxis der strukturellen Familientherapie</i> (Family therapy techniques. Cambridge, MA: Harvard University Press). Freiburg: Lambertus. Ochs, M., & Schweitzer, J. (Hrsg.) (2012). <i>Handbuch Forschung für Systemiker</i>. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht). Ochs, M., & Orban, R. (2012). Gelingende Kooperationen gestalten als ein Kernkonzept systemischen Arbeitens. <i>Kontext</i>, 43(2), 1-13. Ochs, M. (2013). Vier Grundorientierungen Systemischer Psychotherapie. <i>Projekt Psychotherapie</i> 3/2013, 20-23. Retzlaff, R. (2009). <i>Spiel-Räume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen</i>. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta. Retzlaff, R. (2010). <i>Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie</i>. Stuttgart: Klett-Cotta. Retzlaff, R., Hornig, S., Müller, B., Reuner, G., Pietz, J. (2006). Kohärenz und Resilienz bei Familien von Kindern mit geistiger und körperlicher Behinderung. <i>Praxis der Kinderpsychologie & Kinderpsychiatrie</i> 55, 36-52. Retzlaff, R, Sydow, K.v, Beher, S., Schweitzer J. (2013): The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials. <i>Family Process</i> 52(4):619-52. Satir, V. (1964). <i>Conjoint family therapy</i>. Palo Alto: Science & Behavior Books. Satir, V. (1979). <i>Familienbehandlung</i>. Freiburg: Lambertus. Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (1996). <i>Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung</i>. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Schlippe, A. v., El Hachimi, M. & Jürgens, G. (2003). <i>Multikulturelle systemische Praxis</i>. Heidelberg: Carl Auer Schlippe, Arist von (2006): Das »Auftragskarussell« oder auch »Münchhausens Zopf«. In: Steffen Fliegel u. Annette Kämmerer (Hrsg.): <i>Psychotherapeutische Schätze</i>. 101 bewährte Übungen und Methoden für die Praxis. Tübingen (DGTV), S. 30– 36. Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (2009). <i>Systemische Interventionen</i>. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht. Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2012). <i>Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I:</i></p>

Stellungnehmer	Literatur
	<p>Das Grundlagenwissen. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht. Schweitzer, J. & Schlippe, A. von (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung //: Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Schweitzer, J. & Schumacher, B. (1995). Die unendliche und die endliche Psychose – Über Chronizitätskonzepte in der psychiatrischen Ideengeschichte. In: J. Schweitzer & B. Schumacher, Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Heidelberg: Carl Auer. Schweitzer, J., & Ochs, M. (2003). Das Auffinden bisher ungesehener Beziehungsmöglichkeiten – systemisch-konstruktivistische Diagnostik. In: M. Cierpka (Hrsg.), Handbuch der Familiendiagnostik (155-171), 2. überarbeitete u. ergänzte Auflage. Berlin (Springer). Schweitzer, J., Schlippe, A. von, Ochs, M. (2007). Theorie und Praxis der systemischen Psychotherapie. In B. Strauß, F. Caspar, F. Hohagen (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie (S. 261–286). Göttingen: Hogrefe. Schwing, R., Fryszer, A. (2006). Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht. Schwing, R. & Fryszer, A. (2013). Systemische Beratung und Familientherapie. Kurz, bündig, alltagstauglich. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Ceccin, G. & Prata, G. (1978/1981). Paradoxon und Gegenparadoxon (Paradox and counterparadox. New York: Jason Aronson). Stuttgart: Klett-Cotta. Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Ceccin, G. & Prata, G. (1980/1981). Hypothesisieren, Zirkularität, Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. Familiendynamik, 6, 123-39. (Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of a session. Family Process, 19, 3-12). Shadish, W.R., Montgomery, L., Wilson, P., Wilson, M., Bright, I. & Okwumabua, T. (1993). The effects of Family and Marital Psychotherapies: A Meta-Analysis. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 61(6), 992-1002. Shazer, S. de (1988/1993). Der Dreh: Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeithherapie (Clues: Investigating solutions in brief therapy. New York: Norton & Comp.). Heidelberg: Carl Auer. Shazer, S. de (1989). Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta. Shazer, S. de (1991). Putting difference to work. New York: W.W. Norton & Comp. Shazer, S. de (1993). Creative Misunderstanding: There is no escape from language. In S. Gilligan & R. Price (Hrsg.), Therapeutic Conversations. New York: Norton. Shazer, S. de, Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. Family Process, 25, 207-221. Sydow, K. v. (2007). Systemische Psychotherapie (mit Familien, Paaren und Einzelnen). In: C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen (S. 289-315) (3. vollst. neu bearb. Aufl.). Heidelberg: Springer. Sydow, K. v. (2010). Das Erstinterview in der systemischen Therapie. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), Erstgespräche (S. 84-101). Bern: Huber Verlag. Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer-Rothers, J. (2007). Die Wirksamkeit Systemischer Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe. Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. (1974/1974). Lösungen: Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels (Change: Principles of problem formation and problem resolution. New York: W.W. Norton & Comp.). Bern: Hans Huber. Weakland, Herr, J., Watzlawick, et al. (1988). Beratung älterer Menschen und ihrer Familien. Die Praxis der angewandten Gerontologie. Bern/ Stuttgart: Hans Huber. Weiss, T. & Haertel-Weiss, G. (1988). Familientherapie ohne Familie. Kurztherapie mit Einzelpatienten. München: Kösel. Welter-Enderlin, R. (1992). Paare, Leidenschaft und lange Weile. München: Piper. Welter-Enderlin, R. (1994). "Glut unter der Asche": Leidenschaft und lange Weile bei Paaren in Therapie. Familiendynamik, 19(3), 233-251. Welter-Enderlin, R. (2006). Wie aus Familiengeschichten Zukunft entsteht. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme. Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C., & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen: Eine randomisierte kontrollierte interventionsstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie & Psychotherapie, 33, 42–50. Wirsching, M. (2005). Paar- und Familientherapie: Grundlagen, Methoden, Ziele. Beck. Wirsching, M. & Scheib, P. (Hrsg.) (2002). Paar- und Familientherapie. Berlin: Springer. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2009). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen. Deutsches Ärzteblatt, 106, A208–A211, http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src.suche&id.63355. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2010). Verfahrensbeschreibung der Systemischen Therapie (2. Entwurf, 02.12.2010). Internes Arbeitspapier. Publikation im Internet in Vorbereitung. Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2007). Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich. Bonn: Bundesversicherungsamt</p>
Prof. Dr. Klaus A. Schneewind	<p>Carr, J. (2014a). The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. Journal of Family Therapy, published online. Doi: 10.1111/1467-6427.12033 Carr, J. (2014b). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. Journal of Family Therapy, published online. Doi: 10.1111/1467-6427.12032 Retzlaff, R., von Sydow, K., Beher, S., Haun, M. W. & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of Systemic Therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: A systematic review of 38 randomized trials. Family Process, 52(4), 619-652. von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W. & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of Systemic Therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. Family Process, 52(4), 576-618. von Sydow, K. (2012). Evaluationsforschung zur Wirksamkeit systemischer Psychotherapie. In M. Ochs & J. Schweitzer (Hrsg.), Handbuch Forschung für Systemiker (S. 105-</p>

Stellungnehmer	Literatur
	<p>122). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (2012). Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung Bd. I Das Grundlagenwissen (2. neu bearb. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (2009). Systemische Interventionen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht/UTB. Schweitzer, J. & Schlippe A.v. (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung Bd. II: Das störungsspezifische Wissen der systemischen Therapie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.</p>
<p>Dr. med. Thomas Schillen</p>	<p>Schillen T, Thiex-Kreye M (2012) Ambulante Behandlung durch die psychiatrische Klinik. G+S 4: 53 – 59 Schillen T, Thiex-Kreye M (2014) Das Hanauer Modell – Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. Kerbe 2: 11 – 15</p>



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anerkennung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren

Vom Beschlussdatum

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ Folgendes beschlossen:

- I. Im Ergebnis der sektorenübergreifenden und damit einheitlichen Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit gemäß 2. Kapitel § 7 Absatz 1 lit. a) VerfO wird festgestellt, dass der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren für folgende Anwendungsbereiche der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) hinreichend belegt sind:
 - Angststörungen und Zwangsstörungen
 - Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie
 - Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/ Opiode
 - Essstörungen
 - Schizophrene und affektive psychotische Störungen
- II. Es liegen keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit oder zum Schaden der systemischen Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie vor.
- III. Es werden auf der Basis dieses Beschlusses Beratungen zur sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext, zur Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 19 Psychotherapie-Richtlinie sowie über eine Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie eingeleitet.
- IV. Der Unterausschuss Psychotherapie wird mit der Durchführung der Beratungen beauftragt.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den Beschlussdatum

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anerkennung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren

Vom Beschlussdatum

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Beschreibung der systemischen Therapie	2
2.2	Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren.....	3
2.3	Bewertung des medizinischen Nutzens	6
2.3.1	Auswertung des IQWiG-Abschlussberichts	6
2.3.2	Zusammenfassung von Störungen	8
2.3.3	Bewertung durch den G-BA	10
2.3.4	Fazit zum Nutzen.....	12
2.4	Bewertung der medizinischen Notwendigkeit	12
2.4.1	Relevanz der medizinischen Problematik	12
2.4.2	Spontanverlauf der Erkrankung	13
2.4.3	Diagnostische oder therapeutische Alternativen	13
2.4.4	Fazit zur medizinischen Notwendigkeit	14
3.	Würdigung der Stellungnahmen.....	14
4.	Bürokratiekostenermittlung	14
5.	Verfahrensablauf	14
6.	Fazit	14

1. Rechtsgrundlage

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

Der Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V wurde am 11. Februar 2013 gestellt.

Die sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der systemischen Therapie berücksichtigt die Ergebnisse des Abschlussberichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die Auswertung der beim G-BA anlässlich der Veröffentlichung des Beratungsthemas eingegangenen Stellungnahmen einschließlich der dort benannten Literatur sowie die Stellungnahmen der einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer.

Die sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext sowie die Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 19 Psychotherapie-Richtlinie ist nicht Gegenstand der vorliegenden Beschlussfassung. Der Unterausschuss Psychotherapie wird unter verbindlicher Einbeziehung des vorliegenden Beschlusses hierzu sowie über eine Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie beraten und die Ergebnisse der Beratung dem Plenum zur Entscheidung vorlegen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Beschreibung der systemischen Therapie

Systemische Therapie ist nach dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) vom 14.12.2008 ein psychotherapeutisches Verfahren, welches psychische Symptome in einem interpersonellen Kontext betrachtet. Die systemische Therapie sieht wechselseitige intrapsychische (kognitiv-emotive) und biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen an. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen. Zwischen Verhalten und Erleben des sogenannten Indexpatienten und seinem sozialen Umfeld bestehen reziproke Wechselbeziehungen. Das Symptom des Indexpatienten wird als unangemessene Problemlösung psychosozialer Probleme gesehen. Der Behandlungsfokus der Systemischen Therapie liegt demnach in der Veränderung von Interaktionen zwischen Familienmitgliedern bzw. Mitgliedern des jeweiligen (familiären) Subsystems.

Als spezifisch systemorientierte diagnostische Verfahren werden im Gutachten des WBP psychometrisch evaluierte und anerkannte diagnostische Verfahren zur symptomorientierten Diagnostik, zur Diagnose familiärer und partnerschaftlicher Interaktionen (standardisierte Beobachtungsverfahren) und zur Fragebogendiagnostik der Einschätzung von Familie als

Ganzen (z.B. Familien-Identifikationstest (FIT), zur Partnerschaft (z. B. Partnerschafts-Fragebogen PFB), zur Eltern-Kind-Beziehung, zu Erziehungsstilen und zu Geschwisterbeziehungen genannt.

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

2.2 Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren

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

Nach § 19 Absatz 1 Nummer 1 Psychotherapie-Richtlinie² ist für die Aufnahme eines Psychotherapieverfahrens in die Psychotherapie-Richtlinie zunächst die wissenschaftliche Anerkennung für eine vertiefte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin/zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gemäß § 11 PsychThG (WBP) erforderlich.

Darüber hinaus ist gemäß § 19 Absatz 1 Nummer 2 Psychotherapie-Richtlinie der Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der VerfO³ mindestens in besonders versorgungsrelevanten Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie zu erbringen (sog. „Schwellenkriterium“^{4,5}).

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

¹Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfahrensordnung [online].[Zugriff: 04.01.2017].https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1478/VerfO_2017-08-17_iK-2017-11-28.pdf.

² Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie: Psychotherapie-Richtlinie [online]. [Zugriff: 04.01.2017]. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PSYCHOTHERAPIE-RICHTLINIE_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf.

³ Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfahrensordnung [online].[Zugriff: 04.01.2017].https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1478/VerfO_2017-08-17_iK-2017-11-28.pdf.

⁴ vgl. Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums vom 20. Dezember 2007 [online]. Berlin (GER): G-BA, 2007. [Zugriff: 31.07.2017]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-576/2007-12-20-Psycho-Schwellenkriterium_BAnz.pdf.

⁵ Tragende Gründe zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums vom 20. Dezember 2007 [online]. Berlin (GER): G-BA, 2007. [Zugriff: 31.07.2017]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-492/2007-12-20-Psycho-Schwellenkriterium_TrG.pdf.

⁶ ebd.

*vertragspsychotherapeutischen Versorgung, die keine Entscheidungs- oder Zuweisungsinstanz von Patienten zu Therapeuten je nach Indikation vorhält.*⁷

Aus diesen Gründen wurde in § 19 Absatz 1 Nummer 2 der Psychotherapie-Richtlinie festgelegt, „dass der Nachweis des Nutzens des Verfahrens jeweils in den sog. versorgungsrelevanten Hauptindikationen zu erbringen ist“. Dies sollte gewährleisten, „dass nur solche Verfahren zur Versorgung der Versicherten zugelassen werden, die das Versorgungsgeschehen in den relevanten Bereichen abzudecken vermögen. Das mit der Regelung verfolgte Ziel, nur solche Verfahren zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zuzulassen, die aufgrund der wissenschaftlichen Beleglage die Gewähr für eine umfassende psychotherapeutische Versorgung bieten, entspricht somit dem Leitbild psychotherapeutischer Leistungserbringung im Sinne des SGB V.“⁸

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

Die Regelung in § 19 Absatz 1 Nummer 2 der Psychotherapie-Richtlinie zur Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren und -methoden stellt insofern eine Verbindung von indikationsbezogener, evidenzbasierter Methodenbewertung einerseits und verfahrensbezogener, indikationsübergreifender Zulassung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten andererseits dar.

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

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

Die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland sind „Affektive Störungen“ sowie „Angststörungen und Zwangsstörungen“, welche auch den häufigsten Grund für die Aufnahme einer Psychotherapie darstellen. Durch die Hinzunahme eines dritten Störungsbildes aus einem der nachfolgenden Bereiche – „Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)“, „Störungen durch psychotrope Substanzen“ – wurde davon ausgegangen, dass „sowohl über zwei Drittel der bevölkerungsepidemiologisch überhaupt auftretenden psychischen Störungen als auch über zwei Drittel der in der Versorgung von psychisch Kranken psychotherapeutisch zu behandelnden Krankheitskomplexe abgedeckt werden“¹². Alternativ sei „diese Schwelle durch die Kombination von Affektiven Störungen und Angststörungen mit zwei der relativ betrachtet weniger häufig auftretenden Störungsbilder, wie sie in der Liste der Anwendungsbereiche“ in § 26 Absatz 1 und 2 Psychotherapie-Richtlinie „aufgeführt sind, zu erreichen.“¹³

⁷ Tragende Gründe zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums vom 20. Dezember 2007 [online]. Berlin (GER): G-BA, 2007. [Zugriff: 31.07.2017]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-492/2007-12-20-Psycho-Schwellenkriterium_TrG.pdf. (Seite 7)

⁸ ebd. (Seiten 6-7)

⁹ ebd. (Seite 6)

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

¹¹ Tragende Gründe zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums vom 20. Dezember 2007 [online]. Berlin (GER): G-BA, 2007. [Zugriff: 31.07.2017]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-492/2007-12-20-Psycho-Schwellenkriterium_TrG.pdf. (Seite 12)

¹² ebd.

¹³ ebd.

Demnach ist für die Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens durch den G-BA gemäß § 19 Absatz 1 Nummer 2 Psychotherapie-Richtlinie

- **mindestens** der Nutznachweis für die beiden Anwendungsbereiche: „Affektive Störungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 1 Psychotherapie-Richtlinie) und „Angststörungen und Zwangsstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 2 Psychotherapie-Richtlinie) erforderlich,
- **und zusätzlich** ein Nutznachweis für einen der folgenden Anwendungsbereiche:
 - „Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 3 Psychotherapie-Richtlinie),
 - „Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 8 Psychotherapie-Richtlinie), oder
 - „Störungen durch psychotrope Substanzen“ (§ 26 Absatz 2 Nummer 1 Psychotherapie-Richtlinie)

oder **alternativ** hierzu ein Nutznachweis für mindestens zwei der folgenden Anwendungsbereiche:

- „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 4 Psychotherapie-Richtlinie),
- „Essstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 5 Psychotherapie-Richtlinie),
- „Nichtorganische Schlafstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 6 Psychotherapie-Richtlinie),
- „Sexuelle Funktionsstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 7 Psychotherapie-Richtlinie),
- „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 9 Psychotherapie-Richtlinie),
- „Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen“ (§ 26 Absatz 2 Nummer 2 Psychotherapie-Richtlinie),
- „Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe“ (§ 26 Absatz 2 Nummer 3 Psychotherapie-Richtlinie),
- „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ (§ 26 Absatz 2 Nummer 4 Psychotherapie-Richtlinie).

Im Einzelfall kann anstelle eines Nutznachweises in einem der zuletzt genannten Anwendungsbereiche – je nach Studienlage – ein Nutznachweis durch Studien zu „Gemischten psychischen Störungen“ anerkannt werden (vgl. § 19 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 Psychotherapie-Richtlinie).

Die wissenschaftliche Anerkennung der systemischen Therapie bei Erwachsenen wurde durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie am 14. Dezember 2008 festgestellt.¹⁴ Die Voraussetzung des §19 Absatz 1 Satz 1 Psychotherapie-Richtlinie wird somit erfüllt.

¹⁴Wissenschaftlicher Beirat. Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie [online]. [Zugriff: 04.01.2017]. <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/GutachtenSystemischeTherapie20081214-1.pdf>

2.3 Bewertung des medizinischen Nutzens

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

2.3.1 Auswertung des IQWiG-Abschlussberichts

Der IQWiG-Abschlussbericht¹⁵ stellt die Recherche und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur „Systemischen Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapie-Verfahren“ dar. Er adressiert die Fragen nach dem Nutzen und dem Schaden der systemischen Therapie bei Erwachsenen mit einer psychischen Störung hinsichtlich der patientenrelevanten Endpunkte Mortalität, Morbidität, Lebensqualität und Funktionsniveau. Es werden entsprechend der Beauftragung durch den G-BA drei Komparatoren (mit Beratung und Informationsvermittlung, mit anderer Psychotherapie, ohne Zusatzbehandlung) betrachtet.

Die Literaturrecherche berücksichtigt ausschließlich randomisiert kontrollierte Studien (randomised controlled trials, RCTs) und erfolgt indikationsoffen. In den Studien muss eine valide Diagnosestellung einer in der ICD-10 oder im DSM-5 klassifizierten psychischen Störung dargestellt werden. Insgesamt beruhen die Ergebnisse auf der Auswertung von 33 RCTs mit verwertbaren Daten.

Für die Bewertung der Evidenz ordnet das IQWiG die Studien folgenden neun Störungsbereichen zu:

- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Demenz
- depressive Störungen
- Essstörungen
- gemischte Störungen
- körperliche Erkrankungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Schizophrenie und affektive psychotische Störungen
- Substanzkonsumstörungen.

Die indikationsspezifische Bewertung des Nutzens erfolgt durch das IQWiG also jeweils spezifisch für einen der genannten Störungsbereiche.

Für den Störungsbereich **Angststörungen und Zwangsstörungen** werden vier RCTs ausgewertet. Ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie ergibt sich für den Endpunkt Symptomverbesserung (Angst) im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung. Ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie wird berichtet für den Endpunkt Symptomverbesserung (Zwang) im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung. Ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie wird für den Endpunkt Vollremission Angststörung im Vergleich zu anderer Psychotherapie konstatiert.

Für den Störungsbereich **Demenz** wird ein RCT ausgewertet. Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie ergibt sich für die Endpunkte Aggressivität und zielloses Herumirren (jeweils bezüglich Schweregrad und Häufigkeit) im Vergleich zu keiner

¹⁵Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Bericht Nr. 513, Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren, Abschlussbericht, Auftrag N14-02, Version 1.0, Stand 24.05.2017, veröffentlicht unter: https://www.iqwig.de/download/N14-02_Abschlussbericht_-_systemische-therapie-bei-erwachsenen-als-psychotherapieverfahren.pdf (Zugriff 04.01.2018), im Folgenden: IQWiG-Abschlussbericht.

Zusatzbehandlung. Für die Vergleiche zu Beratung und Informationsvermittlung respektive zu anderer Psychotherapie werden keine verwertbaren Daten berichtet.

Die Auswertungen im Störungsbereich **depressive Störungen** basieren auf sechs RCTs. Ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie wird für die Endpunkte Rückfall, Symptomatik (kognitive Funktion), gesundheitsbezogene Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und körperliches und soziales Funktionsniveau im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung berichtet. Weiterhin wird ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie für die Endpunkte Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen) sowie soziales und berufliches Funktionsniveau im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung gefunden. Ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie wird zudem für die Endpunkte Symptomverbesserung der Depressivität (Ansprechen, Schwellenwert – z. B. entsprechend Symptomcheckliste), Symptomverbesserung der Angst (Ansprechen, Schwellenwert) und Erwerbsstatus im Vergleich zu anderer Psychotherapie konstatiert.

Für den Störungsbereich **Essstörungen** werden drei RCTs ausgewertet. Ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei Patientinnen zeigt sich für den Endpunkt Teilremission der Essstörung im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung. Zudem wird ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei Patientinnen für die Endpunkte Symptomverbesserung der Essanfälle sowie soziales Funktionsniveau (psychische Symptome) im Vergleich zu anderer Psychotherapie berichtet. Für den Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung werden keine verwertbaren Daten identifiziert.

Für den Störungsbereich **gemischte Störungen** wird ein RCT ausgewertet. Ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei Patientinnen wird für den Endpunkt Symptomverbesserung der generellen psychiatrischen Symptomatik im Vergleich zu anderer Psychotherapie berichtet. Für die Vergleiche zu Beratung und Informationsvermittlung sowie zu keiner Zusatzbehandlung liegen keine verwertbaren Daten vor.

Im Störungsbereich **körperliche Erkrankungen** basieren die Auswertungen auf neun RCTs. Ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie ergibt sich für die Endpunkte Überleben, Symptomverbesserung der Depressivität, Symptomatik (Fatigue, generell psychiatrisch) und psychischer Gesundheitszustand im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung. Weiterhin zeigt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie für die Endpunkte Rückfall und Symptomatik (generell psychiatrisch) im Vergleich zu anderer Psychotherapie. Für den Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung werden keine verwertbaren Daten identifiziert.

Für den Störungsbereich **Persönlichkeitsstörungen** wird ein RCT ausgewertet. Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie ergibt sich für den Endpunkt Vollremission im Vergleich zu anderer Psychotherapie. Für die Vergleiche zu Beratung und Informationsvermittlung sowie zu keiner Zusatzbehandlung werden keine verwertbaren Daten berichtet.

Im Störungsbereich **Schizophrenie und affektive psychotische Störungen** basieren die Auswertungen auf fünf RCTs. Ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie zeigt sich für den Endpunkt Symptomatik (global) im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung. Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie ergibt sich für den Endpunkt Symptomverbesserung im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung. Für den Vergleich zu anderer Psychotherapie liegen keine verwertbaren Daten vor.

Für den Störungsbereich **Substanzkonsumstörungen** werden sechs RCTs ausgewertet. Ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie wird für den Endpunkt Teilremission der Opioidkonsumstörung im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung berichtet. Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie wird für die Endpunkte Gesamtmortalität, Teilremission Substanzstörung und unspezifischer Substanzkonsum im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung gefunden. Außerdem wird kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie für den

Endpunkt Schweregrad des Alkoholkonsums im Vergleich zu anderer Psychotherapie identifiziert.

In Bezug auf mögliche Schäden der systemischen Therapie unterscheidet das IQWiG vier Themenbereiche: I) Therapie- und Behandlungsfehler, II) unerwartete Ereignisse, III) Symptomverschlechterung sowie IV) Auswirkungen auf den sozialen Kontext. Für I) und II) liegen keine expliziten Daten vor. Zu II) merkt das IQWiG an, dass diese nicht notwendigerweise kausal auf die systemische Therapie zurückzuführen wären¹⁶. Auf Grundlage der berichteten Morbiditätsaspekte und des sozialen Funktionsniveaus können zumindest III) und IV) geschätzt werden. So werden im Mittel weder eine Verschlechterung der Krankheitssymptomatik noch eine Beeinträchtigung der Beziehungen im Arbeits-, Familien- oder sozialen Kontext beobachtet. Da „Auf Basis der in den Studien berichteten Daten [...] insgesamt nur eine lückenhafte Einschätzung zu unerwünschten Ereignissen möglich“¹⁷ ist, werden an dieser Stelle nur die vorgenannten interpretatorischen Ansätze skizziert. Mögliche Schäden der systemischen Therapie können auf dieser Grundlage nicht abschließend bewertet werden.

Zusammenfassend findet das IQWiG einen Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie für den Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung in den vier Störungsbereichen Angststörungen und Zwangsstörungen, depressive Störungen, Essstörungen und Substanzkonsumstörungen. Ein Hinweis auf den Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung zeigt sich für die zwei Störungsbereiche Angststörungen und Zwangsstörungen sowie Schizophrenie und affektive psychotische Störungen. Ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie für den Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung wird konstatiert für die zwei Störungsbereiche depressive Störungen und körperliche Erkrankungen. Einen Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie für den Vergleich zu anderer Psychotherapie wird für die fünf Störungsbereiche Angststörungen und Zwangsstörungen, depressive Störungen, Essstörungen, gemischte Störungen und körperliche Erkrankungen berichtet.

2.3.2 Zusammenfassung von Störungen

Die Psychotherapie-Richtlinie unterscheidet 13 Anwendungsbereiche (§ 26):

- Affektive Störungen: depressive Episoden (F 32), rezidivierende depressive Störungen (F 33), Dysthymie (F 34)
- Angststörungen und Zwangsstörungen (F 40 bis 42)
- Somatoforme und dissoziative Störungen (F 45) (einschließlich Konversionsstörungen, F 44)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F 43)
- Essstörungen (F 50)
- Nichtorganische Schlafstörungen (F 51)
- Sexuelle Funktionsstörungen (F 52)
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F 9)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/Opioide (F 1)
- Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen (F 84)
- Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe (u. a. F 54)
- Schizophrene und affektive psychotische Störungen (F 20 – F 29)

¹⁶ IQWiG-Abschlussbericht, S. 86.

¹⁷ ebd.

Die Anwendungsbereiche fassen einzelne Störungen zu „Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie“ (§ 26 PT-RL) zusammen. Die Einteilung^{18, 19} orientiert sich an der International Classification of Diseases der WHO (ICD-10, Kapitel F). Der Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) verwendet ein analoges Vorgehen (Methodenpapier des WBP²⁰). Die Festlegung der Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie erfolgte gemeinsam mit dem WBP. Entsprechend basiert das Gutachten des WBP zur wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie ebenfalls auf der Bewertung der systemischen Therapie in Bezug auf die verschiedenen Anwendungsbereiche. Auch das IQWiG fasst bei der indikationsbezogenen Bewertung des Nutzens der systemischen Therapie einzelne Störungen zu Störungsbereichen nach Vorbild der Psychotherapie-Richtlinie²¹ zusammen und trifft seine Aussagen jeweils bezogen auf einen Störungsbereich. Dieses Vorgehen deckt sich überdies auch mit dem anderer systematischer Übersichtsarbeiten zur systemischen Therapie^{22,23}. Auch die Einschlusskriterien vieler Studien (z. B. Knekt 2004) fassen Störungen eines Anwendungsbereiches zusammen und treffen Aussagen zur Wirksamkeit gemeinsam für die Patienten eines Anwendungsbereiches. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die zusammenfassende Betrachtung von Störungsbereichen in der psychotherapeutischen Wissenschaft ein etabliertes Vorgehen darstellt und auch vom IQWiG im vorliegenden Abschlussbericht methodisch nicht in Frage gestellt wird. Die im IQWiG-Bericht betrachteten Störungsbereiche decken jeweils vollständig den entsprechenden Anwendungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie ab, da die untersuchten Störungen alle betroffenen ICD-Codes abbilden, welche zur Definition der Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie herangezogen wurden. Der G-BA geht daher von einer Übertragbarkeit von Ergebnissen der Störungen auf den jeweiligen Anwendungsbereich bzw. die jeweilige Indikation aus. Dieses Vorgehen ist auch deshalb gerechtfertigt, weil keine Erkenntnisse vorliegen, die dieser Übertragbarkeit ausdrücklich widersprechen würden.

Die Psychotherapie-Richtlinie verwendet die Begriffe „Anwendungsbereich“ und „Indikation“ synonym. Dies ergibt sich einerseits bereits aus der Überschrift des § 26 („Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie“); im Absatz 1 sind hier als „Indikationen“ die Anwendungsbereiche aufgeführt. Darüber hinaus ist in den Tragenden Gründen zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums vom 20. Dezember 2007 ausgeführt: *„Insoweit verlangen Nr. 3.2 Abschnitt B I Psychotherapie-Richtlinien für die Erwachsenenpsychotherapie und Nr. 3.3 für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, dass mindestens für die in diesen Bestimmungen jeweils genannten Anwendungsbereiche, **den sog. versorgungsrelevanten Hauptindikationen**, der Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit des Verfahrens, nachgewiesen werden“*²⁴ (Hervorhebung durch den Verfasser). Die

¹⁸ Tragende Gründe zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien vom 20. Juni 2006 [online]. Berlin (GER): GBA, 2006. [Zugriff: 24.07.2018]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-133/2006-06-20-Psycho_TrGr.pdf, S. 2.

¹⁹ Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der PT-RL: § 22 Absatz 2 Nummer 4 vom 16. Oktober 2014 [online]. Berlin (GER): GBA, 2014. [Zugriff: 24.07.2018]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2986/2014-10-16_PT-RL_Indikation-22-Abs2-Nr4_TrG.pdf, S. 2.

²⁰ Wissenschaftlicher Beirat. Methodenpapier [online]. Version 2.8, Stand 20.09.2010, veröffentlicht unter: [Zugriff: 04.01.2017]. www.wbpsychotherapie.de/downloads/methodenpapier28.pdf, S. 11.

²¹ IQWiG-Abschlussbericht, S. 513.

²² Pinquart M, Oslejsek B, Teubert D. Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: a meta-analysis. *Psychother Res* 2016, 26(2): 241-257.

²³ Von Sydow K. Evaluationsforschung zur Wirksamkeit systemischer Psychotherapie. In: Ochs M, Schweitzer J (Ed). *Handbuch Forschung für Systemiker*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2012. S. 105-122.

²⁴ Tragende Gründe zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums vom 20. Dezember 2007 [online]. Berlin (GER): G-BA, 2007. [Zugriff: 31.07.2017]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-492/2007-12-20-Psycho-Schwellenkriterium_TrG.pdf. (Seite 6)

indikationsbezogene Bewertung des Nutzens gemäß VerFO erfolgt hier also analog zum Vorgehen des IQWiG auf der Ebene von Anwendungs- bzw. Störungsbereichen.

2.3.3 Bewertung durch den G-BA

Die Zuordnung der durch das IQWiG bei seiner indikationsoffenen Literaturrecherche identifizierten RCTs zu neun Störungsbereichen orientiert sich an den Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie (s. o.), ist aber nicht vollständig mit diesen deckungsgleich. Sechs Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie werden durch den IQWiG-Abschlussbericht abgebildet:

- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/ Opiode
- Essstörungen
- Schizophrene und affektive psychotische Störungen
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen

Für die übrigen sieben Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie werden keine verwertbaren Daten auf RCT-Niveau identifiziert:

- Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörung)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- Nichtorganische Schlafstörungen
- Sexuelle Funktionsstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen
- Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe

Darüber hinaus berichtet der IQWiG-Abschlussbericht über drei Störungsbereiche, welche sich den Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie nicht direkt zuordnen lassen:

- Demenz
- Körperliche Erkrankungen
- Gemischte Störungen.

Für fünf der betrachteten sechs Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie stellt das IQWiG jeweils einen Anhaltspunkt auf oder einen Hinweis für den Nutzen der systemischen Therapie fest. Für den sechsten der betrachteten Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie wird keine Unterlegenheit im Vergleich zu anderer Psychotherapie konstatiert.

Für **Angst- und Zwangsstörungen** wird im Vergleich zu anderer Psychotherapie ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen, jedoch im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung ein Anhaltspunkt für einen Nutzen und im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung ein Hinweis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie festgestellt. Der Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen im Vergleich zu anderer Psychotherapie basiert auf der Studie Knekt 2004²⁵. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass es an Hand der Publikation nicht möglich ist, die Subgruppe der von Angststörungen betroffenen Studienteilnehmer von der Klientel mit depressiven und Angstsymptomen abzugrenzen. Daher war diese Studie vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie im Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie vom 14.12.2008 nur bei

²⁵ Knekt P, Lindfors O. A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: Kela, 2004.

depressiven Störungen und nicht bei Angststörungen berücksichtigt worden. Für die **affektiven Störungen** wird überdies ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu anderer Psychotherapie berichtet. Ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie findet sich bei psychischen und Verhaltensstörungen durch **psychotrope Substanzen** im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung. Darüber hinaus zeigt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie bei Patientinnen mit **Essstörungen** im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung sowie im Vergleich zu anderer Psychotherapie. Für **schizophrene und affektive psychotische Störungen** wird ein Hinweis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung festgestellt.

Lediglich für den Anwendungsbereich **Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen** konstatiert das IQWiG keinen Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer psychodynamischen Kurzzeittherapie. Diese Erkenntnis basiert auf einer Subgruppenanalyse der Studie Knekt 2004²⁶. Die Studie hatte Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nicht im Fokus, höhergradige Persönlichkeitsstörungen stellten sogar ein Ausschlusskriterium dar. Im Ergebnis unterschieden sich die beiden untersuchten Gruppen nicht signifikant beim Endpunkt „Vollremission“, gleichwohl lag auch in der systemischen Therapie-Gruppe der Anteil der Patienten mit Vollremission bei 20% nach 7 Monaten und 21% nach 12 Monaten. Ein Anhaltspunkt für eine Unwirksamkeit der systemischen Therapie lässt sich aus diesem Ergebnis nicht ableiten, der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat sie – wie oben bereits erwähnt – im Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie vom 14.12.2008 für den Anwendungsbereich Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen auch nicht herangezogen. Für die beiden Komparatoren Beratung und Informationsvermittlung liegen keine verwertbaren Daten vor.

Für die o. g. weiteren sieben Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie konnten trotz indikationsoffener Literaturrecherche auf RCT-Niveau keine verwertbaren Daten identifiziert werden. Hieraus lassen sich weder Aussagen zur Wirksamkeit noch zum Nutzen ableiten, insbesondere liegen aber auch keine Aussagen zu Unwirksamkeit und Schaden vor.

Zusätzlich beschreibt das IQWiG drei Störungsbereiche, die keine direkte Entsprechung in den Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie haben. So wird für Demenz weder ein Anhaltspunkt für einen Nutzen noch für einen Schaden oder einen geringeren Nutzen konstatiert, für die beiden Störungsbereiche körperliche Erkrankungen und gemischte Störungen jeweils einen Anhaltspunkt für den Nutzen der systemischen Therapie. Eine alleinige Demenz stellt keine Indikation für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie dar, insofern ist dieses Ergebnis für die Bewertung nicht von Relevanz. Die vom IQWiG als körperliche Erkrankungen zusammengefassten Störungen werden in der Psychotherapie-Richtlinie durch die Anwendungsbereiche somatoforme Störungen und dissoziative Störungen sowie seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe adressiert, eine direkte Übertragung der Ergebnisse auf diese Anwendungsbereiche kann wegen divergierender Einschlusskriterien nicht erfolgen. Jedoch unterstützen die Ergebnisse zu diesem Störungsbereich ebenso wie die vom IQWiG identifizierte Studie (Lau 2007²⁷) zu den gemischten Störungen die positiven Ergebnisse zum Nutzen der systemischen Therapie in den anderen Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie.

²⁶ Knekt P, Lindfors O. A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: Kela, 2004.

²⁷ Lau M, Kristensen E. Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. Acta Psychiatr Scand 2007, 116(2): 96-104.

In seinem Fazit mahnt das IQWiG eine dringend notwendige Verbesserung bei der systematischen Berichterstattung psychotherapeutischer Forschung an und fordert die Einhaltung von international anerkannten Forschungsstandards (S. 87). In der Folge bilanziert das IQWiG: „Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass im vorliegenden Bericht keine Aussagen zur Beleglage mit der höchsten Aussagesicherheit (Beleg) sowie nur in wenigen Fällen Aussagen mit einer mittleren Aussagesicherheit (Hinweis) möglich waren, sondern überwiegend Aussagen mit der schwächsten Aussagesicherheit (Anhaltspunkt) getroffen wurden.“ (S. 87). Dazu ist überdies anzumerken, dass die im IQWiG-Methodenpapier für Studien mit höchster Aussagesicherheit definierte notwendige Voraussetzung der Verblindung der Therapeuten und Patienten im Bereich der Psychotherapie nicht praktisch umsetzbar ist. Auf Grund dieser der Psychotherapie immanenten Einschränkung der Ergebnissicherheit hält der G-BA eine Nutzenfeststellung auf Basis von Studien mit niedriger oder mittlerer Aussagesicherheit für angemessen.

2.3.4 Fazit zum Nutzen

In der zusammenfassenden Bewertung der dargelegten Aspekte kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass der Nutzen der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren für folgende Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie als belegt anzusehen ist:

- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/ Opiode
- Essstörungen
- Schizophrene und affektive psychotische Störungen

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

2.4 Bewertung der medizinischen Notwendigkeit

Die sektorenübergreifende Bewertung der medizinischen Notwendigkeit erfolgt unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, Verlauf und Behandelbarkeit der Erkrankung und der bereits in der GKV-Versorgung etablierten diagnostischen und therapeutischen Alternativen.

2.4.1 Relevanz der medizinischen Problematik

Nach den epidemiologischen Daten des Zusatzsurveys „Psychische Gesundheit“ der DEGS1-MH- sind bei knapp einem Drittel der Bevölkerung in den zwölf Monaten vor dem Erhebungszeitpunkt die Kriterien für mindestens eine psychische Störung zumindest zeitweise erfüllt²⁸. Zu den häufigsten psychischen Störungen zählen Angststörungen, unipolare Depression, somatoforme Störungen (insbesondere Schmerzstörungen) sowie Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen (insbesondere Alkoholabhängigkeit).

Das Vorliegen einer psychischen Störung kann Fehltag und Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben. So sind Arbeitsunfähigkeit und Fehltag aufgrund psychischer Störungen in den letzten zehn Jahren konstant gestiegen und führten zu langen Ausfallzeiten²⁹.

²⁸ Jacobi, F. et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt 2014, 85:77–87

²⁹ Z.B. AOK Fehlzeiten-Report 2017, Gesundheitsreport TK 2016.

Bei den in § 26 PT-RL aufgeführten Indikationen ist von einer medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung auszugehen. Hierbei sind die Schwere der Erkrankung, die signifikante Beeinträchtigung aufgrund der vorliegenden psychischen Störung, die subjektive Behandlungsbedürftigkeit der Betroffenen, die individuellen Voraussetzungen zu einer psychotherapeutischen Behandlung sowie die Akzeptanz und Inanspruchnahme der zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen bei der Entscheidung zu berücksichtigen, ob und ggf. welche ambulanten oder stationären Maßnahmen im Einzelfall notwendig sind³⁰.

Obwohl die Vergabe einer ICD-10-Diagnose zusätzlich zu den definierten Symptomkriterien sowie den Dauer-, Schwere- und Frequenzmerkmalen klinisch bedeutsames Leiden, symptombedingte Einschränkungen und/oder aktives professionelles Hilfesuchverhalten voraussetzt, ist auch nach Wittchen et al. (2003)³⁰ aus o.g. Gründen eine Gleichsetzung von „diagnostischer Prävalenz“ mit „Behandlungsbedarf“ problematisch. Trotzdem kann wissenschaftlich begründet bei jeder der Diagnosen von einem zumindest „niederschwelligen“ Interventionsbedarf in bestimmten Phasen der Erkrankung ausgegangen werden. Dieser wird nicht allein durch den individuellen Leidensdruck der Betroffenen bestimmt. Die monetären Auswirkungen der bereits als Volkskrankheit eingestuft psychischen Störungen³¹ gelten als immens und gemeinsam mit den neurologischen Erkrankungen als ebenso kostenträchtig wie Krebs, Diabetes und Herz-Kreislauferkrankungen zusammen³².

2.4.2 Spontanverlauf der Erkrankung

Der Verlauf einer psychischen Erkrankung ist von der Art der jeweiligen Erkrankung sowie individuellen Faktoren im Sinne eines bio-psycho-sozialen Störungsmodells abhängig. Spontanremissionen können im Prinzip bei allen psychischen Erkrankungen auftreten, variieren aber sehr stark und hängen im Einzelfall von spezifischen Faktoren ab (z.B. Art, Dauer und Schwere der Erkrankung, soziale Unterstützung, partnerschaftliche Beziehungen). Bei bestimmten Störungsbildern kann der Krankheitsverlauf eine fluktuierende bzw. episodenhafte Gestalt annehmen (z.B. affektive Störungen, Schizophrenie).

2.4.3 Diagnostische oder therapeutische Alternativen

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen Erwachsener erfolgt aktuell durch für die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte sowie approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den drei PT-RL-Verfahren. An ambulanten Behandlungsalternativen stehen zudem auch psychiatrische (und psychosomatische) Institutsambulanzen an Krankenhäusern (PIA) oder an Hochschul- und Ausbildungsambulanzen zur Verfügung.

Wenn eine ambulante (psychotherapeutische) Behandlung der psychischen Störung nicht ausreicht oder zu keiner Verbesserung führt, können (teil-) stationäre Behandlungen notwendig werden, bei denen psychotherapeutische Interventionen über die PT-RL-Verfahren hinaus zur Anwendung kommen.

³⁰ Wittchen, H. U., Jacobi, F., & Hoyer, J. Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. In *Vortrag im Rahmen des Kongress: Psychosoziale Versorgung in der Medizin, Hamburg* (Vol. 28, No. 30.9, 2003).

³¹ Jacobi, F. Warum sind psychische Störungen Volkskrankheiten? (Psychologie – Gesellschaft – Politik. In: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.) *Die grossen Volkskrankheiten: Beiträge der Psychologie zur Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung*, 1. Aufl. Deutscher Psychologen Verlag, Berlin S. 16-23.

³² Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E. et al. (2011) Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21(10):718-779.

2.4.4 Fazit zur medizinischen Notwendigkeit

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

Eine sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit im Versorgungskontext erfolgt im Laufe der weiteren Beratungen im Unterausschuss Psychotherapie.

3. Würdigung der Stellungnahmen

4. Bürokratiekostenermittlung

5. Verfahrensablauf

6. Fazit

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

- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/ Opioid
- Essstörungen
- Schizophrene und affektive psychotische Störungen

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

Die sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext sowie die Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 19 Psychotherapie-Richtlinie erfolgen im Rahmen der weiterführenden Beratungen im Unterausschuss Psychotherapie.

Berlin, den Beschlussdatum

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen Aussetzung des Bewertungsverfahrens

Vom Beschlussdatum

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ** beschlossen:

- I. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung vom 19. Februar 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1 399) vom 17. April 2009, in Kraft getreten am 18. April 2009; zuletzt geändert durch Beschluss vom 16. Juni 2016 in der Fassung vom 24. November 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.02.2017 B2), in Kraft getreten am 16.02.2017 wird wie folgt geändert:
 1. Der Anlage wird folgende Nummer angefügt:
„III. Ausgesetzte Bewertungsverfahren:
1. Systemische Therapie bei Erwachsenen (Aussetzung zur Erprobung)“
 2. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.
 3. Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.
- II. Der Unterausschuss Methodenbewertung wird beauftragt, eine Erprobungsrichtlinie gemäß § 137e SGB V vorzubereiten, um die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens des Psychotherapieverfahrens zu gewinnen.

Berlin, den Beschlussdatum

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen; Aussetzung des Bewertungsverfahrens

Vom Beschlussdatum

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Medizinischer Hintergrund.....	3
2.1.1	Diagnostik.....	3
2.1.2	Behandlung	4
2.1.3	Methode	4
2.2	Bewertung des medizinischen Nutzens	5
2.2.1	Störungsbereich Angst- und Zwangsstörungen	5
2.2.2	Störungsbereich Demenz	6
2.2.3	Störungsbereich depressive Störungen	6
2.2.4	Störungsbereich Essstörungen	7
2.2.5	Störungsbereich gemischte Störungen	7
2.2.6	Störungsbereich körperliche Erkrankungen	8
2.2.7	Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen	8
2.2.8	Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen.....	8
2.2.9	Störungsbereich Substanzkonsumstörungen.....	9
2.3	Bewertung der medizinischen Notwendigkeit	10
2.3.1	Relevanz der medizinischen Problematik	10
2.3.2	Spontanverlauf der Erkrankung	11
2.3.3	Diagnostische oder therapeutische Alternativen	11
2.4	Bewertung des Potenzials.....	11
2.5	Erprobung	13
2.6	Bewertung der Wirtschaftlichkeit	14
2.7	Würdigung der Stellungnahmen.....	14
3.	Bürokratiekostenermittlung	14
4.	Verfahrensablauf	14
5.	Fazit	15

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat gemäß § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V in seinen Richtlinien über die ärztliche Behandlung insbesondere das Nähere über u.a. die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten sowie die zu deren Behandlung geeigneten Verfahren zu regeln. Hierzu überprüft er u.a. gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Absatz 1 SGB V vertragsärztliche Leistungen, welche ambulant zu Lasten der Krankenkassen erbringbar sind, auf die hinreichende Anerkennung ihres diagnostischen oder therapeutischen Nutzens, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu anderen bereits zu Lasten der Krankenkassen erbringbaren Methoden – nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Zu den vertragsärztlichen Leistungen gehören nach § 92 Absatz 6a i.V.m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V auch psychotherapeutische Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Methode ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht verordnet werden darf.

Der Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V wurde am 11. Februar 2013 gestellt.

Die Bewertung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie bei Erwachsenen berücksichtigt die Ergebnisse des Abschlussberichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und die Auswertung der beim G-BA anlässlich der Veröffentlichung des Beratungsthemas eingegangenen Stellungnahmen einschließlich der dort benannten Literatur.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Bewertung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit erfolgt vorrangig auf der Grundlage der Ergebnisse des Abschlussberichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Die im IQWiG-Bericht eingeschlossenen Studien untersuchten einzelne psychische Störungen. Die zu diesen spezifischen Störungen zugehörigen Ergebnisse sind im IQWiG-Bericht teilweise zu Störungsbereichen zusammengefasst worden und hierzu sind Aussagen zum Nutzen der Systemischen Therapie im IQWiG-Bericht getroffen worden.

In keinem der im IQWiG-Bericht dargestellten Störungsbereiche hat das IQWiG einen Nutzenbeleg für die Systemische Therapie festgestellt, sondern in definierten Störungsbereichen Anhaltspunkte oder Hinweise für einen Nutzen der Systemischen Therapie gefunden.

Die untersuchten psychischen Störungen sind nicht selten. Behandlungsalternativen sind sowohl verfügbar als auch in die Versorgung eingeführt. Daher kann ein Nutznachweis hoher Aussagesicherheit gefordert werden.

Zur Beantwortung der Frage, ob die gefundenen Nutzaussagen ausreichen, eine Empfehlung über die Anerkennung des therapeutischen Nutzens auszusprechen, wird die vom IQWiG für Störungsbereiche zusammenfassend getroffene Nutzaussage unter dem Bezug auf die jeweils zugrundeliegenden Erkenntnisse bezüglich der tatsächlich in den Studien geprüften Indikation differenziert betrachtet (s. a. ausführliche Darstellung in der Zusammenfassenden Dokumentation, ZD). Der Indikationsbezug ist der gemäß § 135 Abs. 1 SGB V vorzunehmenden Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entsprechend den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin immanent und somit auch Grundlage der Einschätzung der vorgelegten Nutzaussagen. Daher erfolgt im Kapitel 2.2 jeweils für jede einzelne psychische Störung, für die Ergebnisse zur Wirksamkeit der

Systemischen Therapie vorliegen, eine indikationsspezifische Einschätzung der Belastbarkeit der möglichen Nutzensaussagen in Bezug auf eine Empfehlung über die Anerkennung des therapeutischen Nutzens.

Die im Rahmen der Nutzenbewertung nach § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V getroffenen Empfehlungen erfolgen somit in Bezug auf die in den Studien tatsächlich geprüften Indikationen. Eine Bewertung der Nutzensaussagen hinsichtlich der in der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) beschriebenen Anwendungsbereiche und die Bewertung des Verfahrens insgesamt unter Anwendung des sogenannten Schwellenkriteriums wird unter Berücksichtigung der im Rahmen der Aussetzung gewonnenen Erkenntnisse zu einem späteren Zeitpunkt im zuständigen UA PT erfolgen.

Die Aussetzungsentscheidung führt dann zu folgenden weiteren Schritten: Es ist eine Richtlinie zur Erprobung zu beschließen, um die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens der Methode zu gewinnen. Aufgrund der Richtlinie wird das Verfahren in einem befristeten Zeitraum im Rahmen der Krankenbehandlung zulasten der Krankenkassen erbracht. Im Anschluss an die Erprobung erfolgt eine Entscheidung über die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie im Lichte der gewonnenen Erkenntnisse. Bei hinreichendem Nutzenbeleg in den für das Schwellenkriterium erforderlichen Anwendungsbereichen erfolgt die Aufnahmeentscheidung einschließlich der Umsetzungskonkretisierungen in der PT-RL; bei unzureichendem Nutzenbeleg nach Erprobung wird die Systemische Therapie Erwachsener in Ziffer II. der Anlage der PT-RL aufgenommen.

2.1 Medizinischer Hintergrund

2.1.1 Diagnostik

Eine valide Diagnostik psychischer Störungen stellt die Grundlage für eine Indikationsstellung und die Einleitung adäquater Behandlungsmaßnahmen dar.

Hierfür stehen die Klassifikationssysteme ICD-10, Kapitel V der WHO¹ und das DSM-5² der American Psychiatric Association (APA) zur Verfügung. ICD-10, Kapitel V und DSM verwenden überwiegend ähnliche Kategorien für die spezifischen psychischen Störungen. Für jedes dieser Klassifikationssysteme sind strukturierte Interviewleitfäden vorhanden (z. B. SKID-I und SKID-II für das DSM; DIPS für das ICD-10). Zum Ausschluss körperlicher Ursachen psychischer Störungen ist eine somatisch-medizinische Befunderhebung, ggfs. mit apparativen Untersuchungen, notwendig (z.B. Routinelabor, MRT, CT, EEG).

Darüber hinaus ist für eine differentielle Indikationsstellung eine ätiologisch und prognostisch ausgerichtete Diagnostik notwendig. Diese erfolgt mithilfe biografischer Anamnesen, Problem- und Verhaltensanalyse oder operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik, standardisierter psychometrischer Instrumente, Abklärung der Therapiemotivation sowie Ressourcen und Bewältigungsstilen des Patienten. Idealerweise sollte auch eine (interventionsbegleitende) Prozessdiagnostik erfolgen (Ansprechbarkeit des Patienten auf die Psychotherapie, Fortschritte oder das Ausbleiben von Fortschritten)³. Dies gilt unabhängig von den zur Behandlung einzusetzenden Verfahren. Unter Anwendung der Systemischen Therapie kommen spezifische systemorientierte diagnostische Verfahren zum Einsatz (s. 2.1.3).

¹ Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & World Health Organization. (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F, klinisch-diagnostische Leitlinien).

² In der deutschen Übersetzung: Falkai, P. (Ed.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-5*. Hogrefe.

³ Auckenthaler, A. (2012). *Kurzlehrbuch klinische Psychologie und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag.

2.1.2 Behandlung

Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist in der vom G-BA gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 1 u. 5 i.V.m. Absatz 6a des SGB V erlassenen G-BA Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) geregelt. Die PT-RL dient der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen. Psychotherapie gemäß der PT-RL wendet methodisch definierte Interventionen an, die auf als Krankheit diagnostizierte seelische Störungen einen systematisch verändernden Einfluss nehmen und Bewältigungsfähigkeiten des Individuums aufbauen (vgl. § 4 Absatz 1 der PT-RL).

Psychotherapie ist nur dann eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wenn sie dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Psychotherapie kann im Rahmen der PT-RL nur erbracht werden, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt. Konkrete – im Rahmen der PT-RL behandelbare – Indikationen (Erkrankungen) werden in § 26 PT-RL spezifiziert.

Psychotherapie kann in Form von Einzeltherapie auch unter Einbezug des Partners/der Partnerin, bei Kindern und Jugendlichen unter Einbezug von Bezugspersonen sowie in Form von Gruppentherapie durchgeführt werden.

Die PT-RL führt folgende Behandlungsformen auf: Verhaltenstherapie und psychoanalytisch begründete Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie). Diese Verfahren können in Form von Kurzzeit- oder Langzeitherapie durchgeführt werden. Den in der PT-RL anerkannten Psychotherapieverfahren liegt ein umfassendes Theoriesystem zur Krankheitsentstehung zugrunde (vgl. §§ 16, 17 der PT-RL).

Unabhängig von der Wahl des Therapieverfahrens kommt der systematischen Berücksichtigung und der kontinuierlichen Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung eine im Einzel- wie im Gruppensetting zentrale Bedeutung zu (vgl. § 4 Absatz 3 der PT-RL).

2.1.3 Methode

Systemische Therapie ist nach dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) vom 14.12.2008 ein psychotherapeutisches Verfahren, welches psychische Symptome in einem interpersonellen Kontext betrachtet. Zwischen Verhalten und Erleben des sogenannten Indexpatienten und seinem sozialen Umfeld bestehen reziproke Wechselbeziehungen. Das Symptom des Indexpatienten wird als unangemessene Problemlösung psychosozialer Probleme gesehen. Der Behandlungsfokus der Systemischen Therapie liegt demnach in der Veränderung von Interaktionen zwischen Familienmitgliedern bzw. Mitgliedern des jeweiligen (familiären) Subsystems.

Als spezifisch systemorientierte diagnostische Verfahren werden im Gutachten des WBP psychometrisch evaluierte und anerkannte diagnostische Verfahren zur symptomorientierten Diagnostik, zur Diagnose familiärer und partnerschaftlicher Interaktionen (standardisierte Beobachtungsverfahren) und zur Fragebogendiagnostik der Einschätzung von Familie als Ganzem (z.B. Familien-Identifikationstest (FIT), zur Partnerschaft (z. B. Partnerschafts-Fragebogen PFB), zur Eltern-Kind-Beziehung, zu Erziehungsstilen und zu Geschwisterbeziehungen genannt. Eine Besonderheit der Systemischen Therapie ist nach dem Gutachten des WBP der Einsatz symbolisch-metaphorischer Verfahren (u. a. Genogramm und Familienskulptur). Weiterhin werden im Rahmen der Forschung Verfahren zur Therapieevaluation und Qualitätssicherung sowie Ratings zum Therapeutenverhalten und zur Manualtreue beschrieben.

Je nach Systemischem Ansatz wird von einer Therapiedauer von zwei bis ca. 25 Sitzungen ausgegangen. Die Systemische Therapie weist aus ihrer Sicht im Vergleich zu anderen Therapieverfahren eine niedrigere Sitzungszahl auf, „nur selten mehr als 20 – 25 Sitzungen, häufig nur etwa 5 – 10 Sitzungen.“ (von Sydow et al., 2007). Die Sitzungsfrequenz variiert von

einer Stunde pro Woche bis zu mehrwöchigen/mehrmonatigen Abständen zwischen den Sitzungen (50 – 100 min. pro Sitzung).

2.2 Bewertung des medizinischen Nutzens

Methodisches Vorgehen

Die vom IQWiG für Störungsbereiche (Überschriften der nachfolgenden Abschnitte) zusammenfassend getroffene Nutzensaussage wird unter dem Bezug auf die jeweils zugrundeliegenden Erkenntnisse bezüglich der tatsächlich in den Studien geprüften Indikation differenziert betrachtet (s. a. ausführliche Darstellung in der ZD). Daher erfolgt für jede einzelne untersuchte psychische Störung, für die Ergebnisse zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie vorliegen, eine indikationsspezifische Einschätzung der Belastbarkeit der möglichen Nutzensaussagen in Bezug auf eine Empfehlung über die Anerkennung des therapeutischen Nutzens.

Ob die jeweils in den vorliegenden Studien geprüften Störungen eine Aussage bezüglich des gesamten Anwendungsbereiches der PT-RL, erlauben, ist durch den UA PT festzustellen. Eine Übertragung einzelner Nutzenaspekte auf den Anwendungsbereich hat in Abhängigkeit von der Anwendbarkeit des spezifischen theoretisch wissenschaftlichen Konzeptes und der Sicherheit der zugrundeliegende Erkenntnisse zu erfolgen.

Soweit bei bestehender Behandlungsbedürftigkeit nicht gegen eine bereits zu Lasten der Krankenkassen erbringbare Methode geprüft wurde, ist grundsätzlich nicht ohne weiteres erkennbar, weshalb es sich hierbei um eine im Rahmen der Methodenbewertung zulässige Vergleichstherapie handelt. Die Rechtsgrundlagen der Methodenbewertung sehen den Vergleich mit bereits zu Lasten der Krankenkassen erbringbaren Methoden vor. Es wird daher unterschieden zwischen der Anerkennung des Nutzens und der Berücksichtigung der Aussagen des IQWiG-Berichtes in Bezug auf eine Einschätzung zum Potential.

2.2.1 Störungsbereich Angst- und Zwangsstörungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von vier Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen ergeben sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zur Beratung und Informationsvermittlung, ein Hinweis auf einen Nutzen im Vergleich zum Komparator „keine Zusatzbehandlung“ sowie ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen im Vergleich zu einer psychodynamischen Langzeittherapie.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

- Angststörungen: Zum Vergleich Systemische Therapie vs. Psychodynamische Psychotherapie sprechen die Ergebnisse aus einer Studie insgesamt für eine Gleichwertigkeit der Systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren. Dem steht einschränkend gegenüber, dass es nicht möglich war, die Subgruppe der nur von Angststörungen betroffenen Studienteilnehmer von der Klientel mit depressiven und Angstsymptomen abzugrenzen. Daher stützt dieser Effekt nicht die Annahme eines belastbaren Nutzens bei Angststörungen.
- soziale Phobie: zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung sind die Ergebnisse inkonsistent. Es finden sich zwar Effekte der Systemischen Therapie - nicht-signifikante Unterschiede sind jedoch deutlich häufiger als signifikante Unterschiede zugunsten der Systemischen Therapie. Bei den morbiditätsbezogenen Endpunkten liegen keine Effekte zugunsten der Systemischen Therapie vor.
- Zwangsstörung: zum Vergleich Systemische Therapie + Paroxetin vs. Paroxetin allein ergibt sich auf der Basis einer Meta-Analyse aus zwei Studien ein Nutznachweis der

Systemischen Therapie, welcher aber eingeschränkt ist auf Patienten/Patientinnen mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung (vgl. IQWiG-Abschlussbericht).

Fazit:

Das Ergebnis aus der einen Studie zu Angststörungen stützt – wie oben ausgeführt – nicht die Annahme eines belastbaren Nutzens. Für alle anderen **Angststörungen** (z.B. Agoraphobie mit und ohne Panikstörung, generalisierte Angststörung, spezifische Phobien, Panikstörung) liegen keine Studien vor.

Bei der Indikation soziale Phobie kann auf der vorliegenden Basis keine Empfehlung zur Anerkennung des Nutzens abgegeben werden.

Der Nutzensnachweis bei der **Zwangsstörung** ist eingeschränkt auf Patienten/Patientinnen mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung.

Ob die geprüften Indikationen eine Aussage bezüglich des gesamten Anwendungsbereiches „Angststörungen und Zwangsstörungen“ der PT-RL, erlauben, ist durch den UA PT festzustellen.

Die darstellbaren Nutzenaspekte werden bei der Bewertung des Potentials berücksichtigt.

2.2.2 Störungsbereich Demenz

IQWiG Bericht

In der Gesamtschau von einer Studie mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Demenz ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie („solution-focused therapy“, durchgeführt durch Pflegekräfte) im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

Fazit: Auf der Grundlage einer Studie (n = 21) zu irreversibler Demenz ergibt sich keine Empfehlung für die Anerkennung des Nutzens für die Systemische Therapie.

2.2.3 Störungsbereich depressive Störungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von sechs Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich depressive Störungen ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie, zur Beratung und Informationsvermittlung sowie zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

In den sechs vorliegenden Studien wurden die „depressive Episode“ bzw. „Major Depression“ untersucht. Im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie, im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung und im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung ist der Nutzen der Systemischen Therapie nicht nachgewiesen, da bei den untersuchten Endpunkten die nicht signifikanten Unterschiede gegenüber den signifikanten Effekten überwogen (59 nicht-signifikante Unterschiede vs. 17 Effekte).

Im Vergleich zu Psychodynamischer Psychotherapie ist auf der Basis einer Studie von einer Gleichwertigkeit mit einem PT-RL-Verfahren auszugehen, da überwiegend keine statistisch signifikanten Unterschiede vorlagen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass auch zwei Effekte zugunsten der Psychodynamischen Psychotherapie ermittelt wurden und sich teilweise inkonsistente Ergebnisse je nach Vergleich mit Psychodynamischer Kurzzeit- oder Langzeittherapie ergaben.

Fazit: Für die „depressive Episode“ bzw. „Major Depression“ kann aufgrund der Aussageunsicherheit keine Empfehlung zum Nutzen ausgesprochen werden.

Ob die geprüften Indikationen eine Aussage bezüglich des gesamten Anwendungsbereiches „Affektive Störungen“ der PT-RL, erlauben, ist durch den UA PT zu prüfen.

Die darstellbaren Nutzenaspekte werden bei der Bewertung des Potentials berücksichtigt.

2.2.4 Störungsbereich Essstörungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von drei Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Essstörungen ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie und zur Beratung und Informationsvermittlung bei Patientinnen.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

Für diesen Störungsbereich lagen Ergebnisse zu „Anorexia nervosa“ und „Binge eating disorder“ vor; keine Ergebnisse lagen vor zu „Bulimia nervosa“.

- „Anorexia nervosa“: Auf der Basis von zwei Studien liegt im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie (kein PT-RL-Verfahren) kein Nutznachweis der Systemischen Therapie vor. In einer Studie ergibt sich im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren (Psychodynamische Psychotherapie) und im Vergleich zu „routine treatment“ (ohne PT) ein Hinweis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie (Dare 2001, drei Studienarme). Die externe Validität der Ergebnisse ist aufgrund der kleinen Fallzahlen in den Studien eingeschränkt, daneben liegt eine mangelnde Studienqualität vor.

Fazit: Eine Empfehlung zur Anerkennung des medizinischen Nutzens für die Indikation „Anorexia nervosa“ kann nicht ausgesprochen werden.

- „Binge eating disorder“: Im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren (Kognitive Verhaltenstherapie) ergibt sich auf der Basis einer Studie ein Hinweis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie. Allerdings ist das hohe Verzerrungspotential der Studie zu beachten.

Fazit: Eine Empfehlung zur Anerkennung des medizinischen Nutzens für die Indikation „binge eating disorder“ kann auf Grund des hohen Verzerrungspotentials nicht ausgesprochen werden.

- „Bulimia nervosa“: Für Bulimia nervosa lagen keine Studien vor.

Fazit: Eine Empfehlung zur Anerkennung des medizinischen Nutzens für die Indikation „Bulimia nervosa“ kann daher nicht ausgesprochen werden.

Ob die geprüften Indikationen eine Aussage bezüglich des gesamten Anwendungsbereiches „Essstörungen“ der PT-RL erlauben, ist durch den UA PT zu prüfen.

Die darstellbaren Nutzenaspekte werden bei der Bewertung des Potentials berücksichtigt.

2.2.5 Störungsbereich gemischte Störungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von einer Studie mit verwertbaren Daten im Störungsbereich gemischte Störungen ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie bei Patientinnen.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

Eine indikationsspezifische Aussage ist aufgrund der vorliegenden gemischten Diagnosen in der zugrundeliegenden Studie nicht möglich. Bezogen auf unspezifische psychische Symptome kann der Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu Psychodynamischer Gruppentherapie nachvollzogen werden. Es bleibt allerdings unklar, ob die zugrundeliegende Studie von Lau 2007 den „gemischten Störungen“ gem. § 19 Absatz 1 Nummer 2 PT-RL zugeordnet werden kann.

Fazit: Die Zuordnung des vom IQWiG so benannten Störungsbereichs zu einem der Anwendungsbereiche der PT-ist RL unklar. Für keine in der PT-RL konkretisierte Indikation kann eine Anerkennung des Nutzens ausgesprochen werden

Die darstellbaren Nutzenaspekte werden bei der Bewertung des Potentials berücksichtigt.

2.2.6 Störungsbereich körperliche Erkrankungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von neun Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich körperliche Erkrankungen ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie und zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

Die Ergebnisse der Studien zu körperlichen Erkrankungen können für eine Nutzenbewertung der Systemischen Therapie bei psychischen Störungen nicht herangezogen werden, da in den vorliegenden neun Studien neben körperlichen Erkrankungen wie z.B. Bronchialkrebs, Hepatitis-B entweder keine psychische Symptomatik erfasst war (vier Studien) oder keine krankheitswertige psychische Symptomatik vorgelegen hatte, weder in Form einer valide diagnostizierten psychischen Störung nach ICD-10 oder DSM-III bis DSM-IV-TR noch in Form klinisch relevanter psychischer Symptomatik (fünf Studien).

Fazit: Eine Empfehlung über die Anerkennung des Nutzens bei körperlichen Erkrankungen kann daher nicht gegeben werden.

2.2.7 Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von einer Studie mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

Auf der Basis einer Studie findet sich kein signifikanter Unterschied im Vergleich der Systemischen Therapie zur psychodynamischen Psychotherapie, tendenziell weist das Ergebnis Effekte zugunsten der Psychodynamischen Psychotherapie auf.

Das vorliegende Ergebnis ist zudem mit großer Unsicherheit behaftet (Ungeeignetheit des Endpunktes, kleine Fallzahl, keine eindeutige Aussage zu spezifischen Persönlichkeitsstörungen möglich) und kann daher für die Nutzenbewertung nicht herangezogen werden.

Fazit: Eine Empfehlung über die Anerkennung des Nutzens bei Persönlichkeitsstörungen kann auf dieser Basis nicht gegeben werden.

2.2.8 Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von fünf Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen ergibt sich ein Hinweis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

Es lagen Ergebnisse aus einer Studie zur bipolaren Störung (nach DSM-III-R) und vier Studien zur Schizophrenie vor. Zu weiteren Störungen aus diesem Störungsbereich lagen keine Studien vor.

- Bipolare Störung: Sowohl für den Vergleich zu psychoedukativer Multifamilientherapie (Beratung und Informationsvermittlung) als auch für den Vergleich mit keiner Zusatzbehandlung liegt kein Nutznachweis der Systemischen Therapie vor (eine Studie mit drei Studienarmen).

- Schizophrenie: Aufgrund der vorliegenden inkonsistenten Ergebnisse bei dem Vergleich Systemische Therapie + Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie allein ist keine eindeutige Aussage zum Nutzen der Systemischen Therapie bei Schizophrenie möglich. Darstellbar ist ein Effekt zugunsten Systemischer Therapie auf der Basis einer Meta-Analyse aus zwei Studien mit niedriger methodischer Qualität, auf Basis einer Studie mit hoher methodischer Qualität findet sich jedoch kein Effekt zugunsten Systemischer Therapie.

Fazit: Eine Anerkennung des Nutzens kann auf dieser Grundlage nicht erfolgen.

Die darstellbaren Nutzenaspekte werden bei der Bewertung des Potentials berücksichtigt.

Ob die geprüften Indikationen eine Aussage bezüglich des gesamten Anwendungsbereiches „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ der PT-RL, erlauben, ist durch den UA PT zu prüfen.

2.2.9 Störungsbereich Substanzkonsumstörungen

IQWiG Bericht:

In der Gesamtschau von sechs Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Substanzkonsumstörungen ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zur Beratung und Informationsvermittlung.

Indikationsbezogene Bewertung durch den G-BA:

- Störung durch Alkoholkonsum (in der Studie verwendete Bezeichnung „alcoholic member“):

Auf der Grundlage einer Studie zum Vergleich Systemische Therapie vs. kognitive Verhaltenstherapie ergeben sich keine Unterschiede zu einem PT-RL-Verfahren. Aufgrund der kleinen Fallzahl in den Studienarmen ($n = 6$) ist die externe Validität aber erheblich eingeschränkt, zudem sind Art und Ausmaß der Alkoholkonsumstörung nicht bekannt, da keine Diagnosebezeichnung in der Studie angegeben ist. Auch ist die Randomisierung in der Studie unklar.

Fazit: Eine Empfehlung über die Anerkennung des Nutzens bei der Indikation „Störung durch Alkoholkonsum“ kann nicht gegeben werden.

Die darstellbaren Nutzenaspekte werden bei der Bewertung des Potentials berücksichtigt.

- „Opioidabhängigkeit bei gleichzeitiger Substitutionsbehandlung“: Aufgrund der vorliegenden inkonsistenten Ergebnisse aus einer Studie zum Vergleich Systemische Therapie vs. „standard Clinic treatment“ zu zwei Auswertungszeitpunkten ist keine eindeutige Aussage zum Nutzen der Systemischen Therapie möglich.

Fazit: Eine Empfehlung über die Anerkennung des Nutzens bei der Indikation „Opioidabhängigkeit in gleichzeitiger Substitutionsbehandlung“ kann nicht gegeben werden.

Die darstellbaren Nutzenaspekte werden bei der Bewertung des Potentials berücksichtigt.

- Störung durch Alkohol, Opioide, Cannabis, Kokain:

Zum Vergleich Systemische Therapie vs. Gesundheitstraining auf der Grundlage einer Studie ergibt sich kein Nachweis des Nutzens für die Systemische Therapie (in der Studie sind keine Diagnosen angegeben).

Zum Vergleich Systemische Therapie vs. healthgroup/Filmvorführung mit Bezahlung/nicht näher beschriebene Kontrollgruppe ergibt sich auf der Grundlage von drei Studien kein Nutznachweis der Systemischen Therapie (eindeutige Diagnosen waren nur in einer Studie angegeben).

Fazit: Eine Empfehlung über die Anerkennung des Nutzens bei der Indikation „Störung durch Alkohol, Opioide, Cannabis, Kokain“ kann nicht gegeben werden.

Ob die geprüften Indikationen eine Aussage bezüglich des gesamten Anwendungsbereiches „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ der PT-RL, erlauben, ist durch den UA PT zu prüfen.

Indikationsübergreifende Zusammenfassung der Ergebnisse zum Nutzen:

Derzeit kann in den geprüften Indikationen nur für die Indikation „Zwangsstörung, eingeschränkt auf Patienten/Patientinnen mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung“, eine Empfehlung zum medizinischen Nutzen ausgesprochen werden.

In der Gesamtbetrachtung liegt bei den anderen einbezogenen Studien laut IQWiG-Bericht überwiegend ein hohes Verzerrungspotential vor. Bei dieser Bewertung war auch die Verblindung bei Endpunkterhebung bewertet worden, welche auch bei Psychotherapiestudien realisierbar und erforderlich ist, um Beurteilungsverzerrungen möglichst auszuschließen. Im IQWiG-Abschlussbericht wird hierzu ausgeführt, dass *„überwiegend Aussagen mit der schwächsten Aussagesicherheit (Anhaltspunkt) getroffen wurden“* (vgl. S. 87 im Abschlussbericht).

Hinsichtlich der methodischen Qualität und der Berichterstattung der dem Ergebnis zugrundeliegenden Studien wird im IQWiG-Bericht darauf hingewiesen, dass den vorhandenen Nutzensaussagen die Absicherung beispielsweise *„durch eine hochwertige, prospektiv registrierte Studie“* fehle und es somit nicht unwahrscheinlich sei, dass eine *„hochwertig konzipierte Wiederholung den dort ermittelten Anhaltspunkt“* nicht bestätigen würde (vgl. S. 87 des IQWiG-Berichtes).

Somit bleibt bei der Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen für die Einführung eines neuen und bezüglich der Anwendungsgebiete breiten Therapieangebotes bei psychischen Störungen die Frage offen, ob Qualität und Wirksamkeit der mit dem Verfahren erbrachten Leistungen in einer Überprüfung zeigen, dass sie dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

In einer Erprobungsrichtlinie nach § 137e SGB V können die noch fehlenden Voraussetzungen für belastbare Nutzensaussagen geschaffen werden.

2.3 Bewertung der medizinischen Notwendigkeit

Die Bewertung der medizinischen Notwendigkeit erfolgt im Versorgungskontext unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, Verlauf und Behandelbarkeit der Erkrankung und insbesondere der bereits in der GKV-Versorgung etablierten diagnostischen und therapeutischen Alternativen. Die Rechtsgrundlagen der Methodenbewertung sehen den Vergleich mit bereits zu Lasten der Krankenkassen erbringbaren Methoden vor. Eine Einordnung der Systemischen Therapie Erwachsener in den Regelungsberich der Psychotherapierichtlinie erfolgt im zuständigen UA PT. Derzeit kann mit Ausnahme der Indikation „Zwangsstörung, eingeschränkt auf Patienten/Patientinnen mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung“ eine Empfehlung zum medizinischen Nutzen in den geprüften Indikationen nicht ausgesprochen werden .

2.3.1 Relevanz der medizinischen Problematik

Nach den epidemiologischen Daten des Zusatzsurveys „Psychische Gesundheit“ der DEGS1-MH sind bei knapp einem Drittel der Bevölkerung in den zwölf Monaten vor dem Erhebungszeitpunkt die Kriterien für mindestens eine psychische Störung zumindest zeitweise erfüllt (Jacobi et al., 2014). Zu den häufigsten psychischen Störungen zählen Angststörungen, unipolare Depression, somatoforme Störungen (insbesondere Schmerzstörungen) sowie

Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen (insbesondere Alkoholabhängigkeit).

Das Vorliegen einer psychischen Störung kann Fehltag und Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben. So sind Arbeitsunfähigkeit und Fehltag aufgrund psychischer Störungen in den letzten zehn Jahren konstant gestiegen und führten zu langen Ausfallzeiten⁴.

Bei den in § 26 PT-RL aufgeführten Indikationen ist von einer medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung auszugehen - das Vorliegen einer psychischen Störung ist nicht automatisch mit einem Behandlungsbedarf gleichzusetzen (Jacobi et al. 2014). Hierzu müssen weitere Aspekte hinzukommen. Die Schwere der Erkrankung, die signifikante Beeinträchtigung aufgrund der vorliegenden psychischen Störung, die subjektive Behandlungsbedürftigkeit der Betroffenen, die individuellen Voraussetzungen zu einer psychotherapeutischen Behandlung sowie die Akzeptanz und Inanspruchnahme der zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen müssen bei der Entscheidung berücksichtigt werden, ob und ggf. welche ambulanten oder stationären Maßnahmen im Einzelfall notwendig sind (Jacobi et al., 2014). Nach Wittchen et al. (2003)⁵ ist eine Gleichsetzung von „diagnostischer Prävalenz“ mit „Behandlungsbedarf“ problematisch.

Die Vergabe einer ICD-10-Diagnose setzt zusätzlich zu den definierten Symptomkriterien sowie den Dauer-, Schwere- und Frequenzmerkmalen klinisch bedeutsames Leiden, symptombedingte Einschränkungen und/oder aktives professionelles Hilfesuchverhalten voraus.

2.3.2 Spontanverlauf der Erkrankung

Der Verlauf einer psychischen Erkrankung ist von der Art der jeweiligen Erkrankung sowie individuellen Faktoren im Sinne eines bio-psycho-sozialen Störungsmodells abhängig. Spontanremissionen können im Prinzip bei allen psychischen Erkrankungen auftreten, variieren aber sehr stark und hängen im Einzelfall von spezifischen Faktoren ab (z.B. Art, Dauer und Schwere der Erkrankung, soziale Unterstützung, partnerschaftliche Beziehungen). Bei bestimmten Störungsbildern kann der Krankheitsverlauf eine fluktuierende bzw. episodenhafte Gestalt annehmen (z.B. affektive Störungen, Schizophrenie).

2.3.3 Diagnostische oder therapeutische Alternativen

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen Erwachsener erfolgt aktuell durch für die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte sowie approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den drei PT-RL-Verfahren. An ambulanten Behandlungsalternativen stehen zudem auch psychiatrische (und psychosomatische) Institutsambulanzen an Krankenhäusern (PIA) oder an Hochschul- und Ausbildungsambulanzen zur Verfügung.

Wenn eine ambulante (psychotherapeutische) Behandlung der psychischen Störung nicht ausreicht oder zu keiner Verbesserung führt, können (teil-) stationäre Behandlungen notwendig werden, bei denen psychotherapeutische Interventionen über die PT-RL-Verfahren hinaus zur Anwendung kommen.

2.4 Bewertung des Potenzials

Ist der Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt, kann der G-BA unter Aussetzung seines Bewertungsverfahrens eine Richtlinie zur Erprobung beschließen, wenn er im Rahmen der Prüfung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu der Feststellung gelangt, dass

⁴ Z.B. AOK Fehlzeiten-Report 2017, Gesundheitsreport TK 2016.

⁵ Wittchen, H. U., Jacobi, F., & Hoyer, J. (2003). Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. In *Vortrag im Rahmen des Kongress: Psychosoziale Versorgung in der Medizin, Hamburg* (Vol. 28, No. 30.9, 2003).

die Methode das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet (§ 137e Absatz 1 Satz 1 SGB V).

Für die Systemische Therapie kann lediglich für die Indikation „Zwangsstörung, eingeschränkt auf Patienten/Patientinnen mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung“, eine positive Empfehlung zum medizinischen Nutzen ausgesprochen werden.

Für die anderen Indikationen ist bei fehlendem Nutzenbeleg für die Systemische Therapie zu prüfen, ob zumindest ein Potenzial vorliegt. Das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative kann sich etwa ergeben, wenn sie aufgrund ihres Wirkprinzips und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der Erwartung verbunden ist, dass andere aufwändigere, für den Patienten invasivere oder bei bestimmten Patienten nicht erfolgreich einsetzbare Methoden ersetzt werden können, die Methode weniger Nebenwirkungen hat, sie eine Optimierung der Behandlung bedeutet oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen kann.

Die Annahme eines Potenzials stützt sich auf die dem IQWiG-Bericht zugrunde liegenden Studien und die bezüglich der Indikationen dargestellten Effekte zugunsten der Systemischen Therapie.

Im Störungsbereich depressive Störungen ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie, zur Beratung und Informationsvermittlung sowie zum Komparator keine Zusatzbehandlung. Dies begründet die Annahme eines Potenzials hinreichend.

Bei Anorexia nervosa und „Binge eating disorder“ lassen sich diese Effekte (mit den in 2.2 aufgeführten Einschränkungen) ableiten. Das gilt ebenso für die Opioidabhängigkeit (bei gleichzeitiger Substitutionsbehandlung) und Schizophrenie, wobei bei diesen beiden Indikationen die beschriebenen Ergebnisse inkonsistent sind.

Bei den gemischten Störungen werden Effekte gefunden, aber es bleibt unklar, welchen Indikationen diese zugeordnet werden können. Bei körperlichen Erkrankungen können Behandlungseffekte gezeigt werden, diese Erkrankungen konnten aber keiner Indikation der PT-RL zugeordnet werden.

Die vorliegenden Daten zu den Effekten der Systemischen Therapie bei einzelnen Indikationen lassen ein Potenzial erkennen.

Damit ist die Erwartung begründet, dass bei dem - im Vergleich zu den bisherigen PT-RL-Verfahren anderen Wirkprinzip - auch Patienten erreicht werden könnten, die von den bislang verfügbaren Behandlungsangeboten nicht in gleicher Weise profitieren. Indikationen mit therapieresistenten Verläufen wie z.B. Anorexia nervosa oder Schizophrenie könnten mit einer zusätzlichen Psychotherapieoption adressiert werden, da bei diesen Indikationen eine unsichere Evidenzlage für die anderen bereits in die Versorgung eingeführten Verfahren vorliegt (vgl. z.B. S3 LL Essstörungen, 2011; S3 LL zu Schizophrenie).

Durch die Bereitstellung einer alternativen psychotherapeutischen Behandlung kann für die Versorgung möglicherweise ein erweitertes Angebot an Behandlungsmöglichkeiten eröffnet werden, was eine in sonstiger Weise effektivere Behandlung darstellen kann.

Soweit die Systemische Therapie aus ihrer Sicht in Anspruch nimmt, im Vergleich zu anderen Therapieverfahren eine niedrigere Sitzungszahl zu benötigen („nur selten mehr als 20 – 25 Sitzungen, häufig nur etwa 5 – 10 Sitzungen“ von Sydow et al., 2007). könnte angesichts der gegenwärtigen Erkenntislage lediglich ein Potential in Bezug auf einen Vergleich mit der psychodynamischen LZT angenommen werden, wenn Erkenntnisse zur Vergleichbarkeit der Behandlungsergebnisse bereits vorlägen (siehe auch 2.6).

2.5 Erprobung

Für eine Erprobung der Systemischen Therapie als PT-RL-Verfahren ist zwischen der Bestätigung des Potentials in einzelnen Indikationen und dem Bedarf einer darüber hinausgehenden Erprobung des Verfahrens insgesamt zu unterscheiden.

In den Eckpunkten zur Erprobung, die in der noch zu entwickelnden Richtlinie nach § 137e SGB V darzustellen sind, sind mit Blick auf das zu bestätigende Potential der Systemischen Therapie für einzelne *Indikationen* insbesondere

- Depressive Störungen
- Soziale Phobie,
- Zwangsstörungen (außer Zwangsstörung mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung),
- Anorexia Nervosa,
- Binge eating disorder,
- Störungen durch Substanzkonsum (Abhängigkeitserkrankungen),
- Schizophrenie und
- Körperliche Erkrankungen

zu berücksichtigen, da für diese sich mit der Vorgehensweise des IQWiG bereits Aussagen zumindest zur Erreichung von Effekten unter den dargestellten Bedingungen treffen lassen.

Für die Konzeption einer Erprobung des *Verfahrens* „Systemische Therapie bei Erwachsenen“ ist zu berücksichtigen, dass Aussagen zur medizinischen Notwendigkeit umso valider getroffen werden können, je sicherer ein Vergleich zu bereits in der GKV-Versorgung etablierten therapeutischen Alternativen möglich ist. Damit kommen als Vergleichsintervention in erster Linie die Verfahren der PT-RL in Frage. Eine Aussage zu den Anwendungsbereichen und zum Schwellenkriterium nach der PT-RL wird umso sicherer möglich, je mehr Indikationen in der Erprobung berücksichtigt werden. Es ist zu gewährleisten dass die für die Erreichung des Schwellenkriteriums erforderliche Breite der Anwendung des Verfahrens auch in der Erprobung Berücksichtigung findet.

Eine Erprobung kann mit Blick auf die Umsetzung des Verfahrens in der PT-RL darüber hinaus die Möglichkeit bieten, eine gegenüber dem IQWiG-Bericht breitere Entscheidungsgrundlage zu schaffen. Die Angststörungen können vollständiger betrachtet werden als dies im IQWiG-Abschlussbericht möglich gewesen war. So könnten z.B. auch Panikstörungen, Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobien und die generalisierte Angststörung berücksichtigt werden. Bei körperlichen Erkrankungen könnte die Krankheitswertigkeit der psychischen Symptomatik beachtet werden.

Insbesondere mit depressiven Störungen, Angst- und Zwangsstörungen sowie Störungen durch Substanzkonsum wären in möglichen Erprobungsstudien ein Großteil der versorgungsrelevanten psychischen Störungen abgedeckt, so dass eine Nutzaussage für die Systemische Therapie als Verfahren auf einem hinreichend sicheren Niveau gelingen kann. Ergebnisse zu weiteren, seltener auftretenden, aber aufgrund ihrer Behandlungskomplexität versorgungsrelevanten Störungen, könnten die Nutzaussage vervollständigen. Weiterhin kann bei der Erprobung berücksichtigt werden, dass bislang aussagekräftige Studien zur Bulimie und zu Persönlichkeitsstörungen fehlen.

Um der Besonderheit der Bewertung der Psychotherapieverfahren mit Blick auf die etablierten Verfahren der Psychotherapierichtlinie und deren Anwendungsbedingungen gerecht zu werden, ist die Erprobung so auszurichten, dass bei bestehender Behandlungsbedürftigkeit dem zu prüfenden Verfahren die gleichen Anwendungschancen zufallen wie der jeweiligen zweckmäßigen Vergleichstherapie (RL-Therapie), die grundsätzlich in der Anwendung keiner Einschränkung unterliegen. Wo bereits Erkenntnisse zu Störungsbereichen vorliegen,

erleichtern diese (mit den gebotenen Einschränkungen) eine Schätzung von Effektstärken zur Dimensionierung von entsprechenden Studienarmen.

Der Vergleich mit einer Langzeittherapie erscheint unter den Bedingungen einer Erprobung allerdings unangemessen.

Grundsätzlich würde damit für den zu bestimmenden Zeitraum der Erprobung das *Verfahren* „Systemische Therapie bei Erwachsenen“ zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Die Dauer der Erprobung orientiert sich dabei insofern an dem in der PT-RL definierten Schwellenkriterium, dass zumindest eine Aussage zu den in der Verordnung überwiegend auftretenden behandlungsbedürftigen Störungen gemacht werden kann.

2.6 Bewertung der Wirtschaftlichkeit

Bislang vorliegende Daten aus dem IQWiG-Abschlussbericht lassen nur begrenzte Aussagen zur Wirtschaftlichkeit zu. Eine abschließende Bewertung der Wirtschaftlichkeit erübrigt sich darüber hinaus angesichts der fehlenden Sicherheit der Nutzaussage. Es soll jedoch eine orientierende Betrachtung der Interventionskosten erfolgen.

Es lagen vier Studien vor, in denen die systemische Therapie mit einem PT-RL-Verfahren verglichen wurde. Aus den Angaben zu Behandlungsdauer und Sitzungsanzahl der jeweiligen Vergleichsbedingungen in diesen Studien ergibt sich für die Systemische Therapie eine Sitzungszahl von 8-14 Sitzungen, welche sich insgesamt betrachtet von der Sitzungszahl in den jeweiligen Vergleichsbedingungen (9 – 25 Sitzungen) nicht wesentlich unterscheidet, da für die Systemische Therapie eine längere Sitzungsdauer vorgesehen ist:

Bei der Studie von Dare 2001 zu Anorexia nervosa ergeben sich neun Sitzungen weniger als im Vergleich zur „focal psychoanalytic psychotherapy“, auch hier ist bei der Systemischen Bedingung aber eine längere Sitzungsdauer (60-75 min. vs. 50 min.) zu verzeichnen.

Bei der Studie von Castelnovo 2011 zu „binge eating disorder“ sind die Angaben zu Sitzungsanzahl, -dauer und Behandlungsdauer exakt gleich.

Ebenso ergeben sich bei der Studie von Bennun 1988 zu Alkoholkonsumstörung keine Unterschiede hinsichtlich Anzahl der Sitzungen und Behandlungsdauer (aus der Studie ergibt sich kein Nutznachweis).

Auf der Grundlage dieser Unterlagen liegen demnach - außer im Vergleich zu einer Psychodynamischen Langzeittherapie - in der Zusammenschau keine wesentlichen Argumente für Unterschiede in Behandlungsdauer und Sitzungsanzahl zwischen Systemischer Therapie und den PT-RL-Verfahren vor.

2.7 Würdigung der Stellungnahmen

Wird nach Durchführung des Stellungnahmeverfahrens formuliert

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

4. Verfahrensablauf

5. Fazit

Maßgeblich für die Nutzenbewertung ist die differenzierte Betrachtung der einzelnen Indikationen, wie sie hier vorgenommen wurde, denn der Indikationsbezug ist der gemäß § 135 Abs. 1 SGB V vorzunehmenden Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entsprechend den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin immanent. Antragsgegenstand ist die Anerkennung der Systemischen Therapie als Psychotherapie-Verfahren entsprechend den Anforderungen der PT-RL, was zusätzlich insbesondere die Erfüllung des Schwellenkriteriums voraussetzt. Sowohl bei Betrachtung auf der aggregierten Ebene der Störungsbereiche als auch bei Betrachtung der spezifischen Indikationen liegt kein hinreichender Nutzenbeleg für die Systemische Therapie als Verfahren gemäß PT-RL vor, da derzeit in den geprüften Indikationen nur für die Indikation „Zwangsstörung, eingeschränkt auf Patienten/Patientinnen mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung“, eine Empfehlung zum medizinischen Nutzen ausgesprochen werden kann. Insbesondere können für depressive Störungen und Angststörungen, welche zu den am häufigsten auftretenden psychischen Störungen zählen, mit den derzeitigen Studienergebnissen keine Aussagen zum Nutzen getroffen werden. Die Voraussetzungen für eine Anerkennung als Verfahren gemäß PT-RL liegen deshalb nicht vor.

Das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative ist – wie unter 2.4 dargelegt - für die Systemische Therapie als mögliches Verfahren gemäß PT-RL zu bejahen. Eine Erprobung gemäß § 137e SGB V ist das geeignete Instrument dafür, die noch fehlenden wissenschaftlichen Daten zu beschaffen und damit eine abschließende Nutzenbewertung zu ermöglichen.

Die Details hierfür sind in einer Erprobungsrichtlinie in einem zweiten Schritt zu beschließen. Dabei werden die Rahmenbedingungen hierfür so auszugestalten sein, dass für die Gewinnung der notwendigen Erkenntnisse zur Bewertung des Nutzens eine ausreichende Zahl von Studienzentren und von Patientinnen und Patienten gewonnen werden kann. Nach derzeitigem Kenntnisstand wird es aufgrund der noch geringen Anzahl von approbierten Therapeutinnen und Therapeuten mit Ausbildung in systemischer Therapie erforderlich sein, insbesondere die Ausbildungsinstitute für Systemische Therapie eng in die Durchführung der Erprobung einzubinden.

Berlin, den **Beschlussdatum**

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Zusammenfassende Dokumentation



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Bewertungsverfahren gemäß § 135 Absatz 1 SGB V (Vertragsärztliche Versorgung)

Systemische Therapie bei Erwachsenen

Stand: 9. August 2018

Unterausschuss Methodenbewertung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassende Dokumentation	1
A Tragende Gründe und Beschluss	1
A-1 Rechtsgrundlage	1
A-2 Eckpunkte der Entscheidung	2
A-2.1 ...	2
A-2.2 Würdigung der Stellungnahmen.....	2
A-3 Bürokratiekostenermittlung.....	2
A-4 Verfahrensablauf	2
A-5 Fazit.....	2
A-6 Beschluss	2
A-7 Anhang.....	3
A-7.1 Antrag zur Beratung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen nach § 135 Abs. 1 SGB V	3
A-7.2 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V.....	11
A-7.3 ggf. Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung.....	11
B Sektorenübergreifende Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit	12
B-1 Einleitung und Aufgabenstellung	12
B-1.1 Auftragsgegenstand und -umfang	12
B-1.2 Angaben aus dem IQWiG-Bericht zur Prüfintervention, Vergleichsbedingungen und Morbiditätsbezogenen Endpunkten.....	15
B-1.2.1 Prüfintervention im IQWiG-Bericht	15
B-1.2.2 Klassifikation der Vergleichsbedingungen im IQWiG-Bericht	16
B-1.2.3 Morbiditätsendpunkte im IQWiG-Bericht.....	17
B-2 Medizinische Grundlagen	18
B-2.1 Beschreibung der Systemischen Therapie	18

B-2.2 Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren (§ 19 PT-RL)	19
B-2.3 Prävalenzen psychischer Störungen	21
B-2.4 Anwendungsbereiche für Psychotherapie gemäß § 26 der Psychotherapie-Richtlinie	24
B-3 Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens	31
B-3.1 Informationsgewinnung und -auswahl	31
B-3.2 Darstellung der Ergebnisse aus dem IQWiG-Abschlussbericht	33
B-3.2.1 Angst- und Zwangsstörungen	35
B-3.2.1.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie.....	35
B-3.2.1.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Richtlinien-therapie	36
B-3.2.1.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie	38
B-3.2.1.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie.....	39
B-3.2.1.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Zwangsstörung	41
B-3.2.1.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Zwangsstörungen	42
B-3.2.2 Demenz	43
B-3.2.2.1 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung	43
B-3.2.2.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung.....	43
B-3.2.3 Depressive Störungen	44
B-3.2.3.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie.....	44
B-3.2.3.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei depressiver Störung.....	56
B-3.2.3.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung	58
B-3.2.3.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei depressiver Störung	61
B-3.2.3.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung	63
B-3.2.3.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei depressiver Störung.....	65
B-3.2.4 Essstörungen	67

B-3.2.4.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei „Binge eating disorder“ und Anorexia nervosa	67
B-3.2.4.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei „Binge eating disorder“ und Anorexia nervosa	70
B-3.2.4.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei Anorexia nervosa	72
B-3.2.4.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei Anorexia nervosa	73
B-3.2.4.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung	73
B-3.2.5 Gemischte Störungen	74
B-3.2.5.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie.....	74
B-3.2.5.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. RL-Therapie (psychoanalytische Gruppentherapie) bei verschiedenen psychischen Störungen	75
B-3.2.6 Persönlichkeitsstörungen	77
B-3.2.6.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie.....	77
B-3.2.6.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen.....	77
B-3.2.6.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung	78
B-3.2.6.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung	78
B-3.2.7 Schizophrenie und affektive psychotische Störungen.....	79
B-3.2.7.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie.....	79
B-3.2.7.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei bipolarer Störung.....	79
B-3.2.7.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei bipolarer Störung	80
B-3.2.7.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Schizophrenie und bipolarer Störung.....	81
B-3.2.7.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei bipolarer Störung/Schizophrenie.....	83
B-3.2.8 Substanzkonsumstörungen	86
B-3.2.8.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei einer Störung durch Alkoholkonsum.....	86
B-3.2.8.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei einer Störung durch Alkoholkonsum.....	87

B-3.2.8.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei verschiedenen Substanzkonsumstörungen und Opioidabhängigkeit.....	88
B-3.2.8.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei verschiedenen Substanzkonsumstörungen und Opioidabhängigkeit.....	89
B-3.2.8.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Substanzkonsumstörungen durch Kokain und Opioide	91
B-3.2.8.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Substanzkonsumstörung durch Kokain, Alkohol und Opioide	92
B-3.3 Methodische Anmerkungen zur Nutzenbewertung	93
B-3.3.1 Allgemeine methodische Anmerkungen zur Studienlage	93
B-3.3.2 Methodische Anmerkungen zur Studie von Knekt 2004.....	94
B-3.3.3 Anmerkungen zu den Nutzensaussagen aus dem IQWiG-Bericht zu Störungsbereichen	95
B-3.4 Zusammengefasste indikationsbezogene Nutzenbewertung.....	96
B-3.4.1 Nutzenbewertung Angststörungen.....	98
B-3.4.2 Nutzenbewertung soziale Phobie.....	98
B-3.4.3 Nutzenbewertung Zwangsstörung	98
B-3.4.4 Nutzenbewertung Demenz	98
B-3.4.6 Nutzenbewertung Anorexia nervosa	100
B-3.4.7 Nutzenbewertung „Binge eating disorder“	101
B-3.4.8 Nutzenbewertung gemischte Störungen	101
B-3.4.9 Nutzenbewertung Persönlichkeitsstörungen	102
B-3.4.10 Nutzenbewertung bipolare Störung.....	102
B-3.4.11 Nutzenbewertung Schizophrenie	103
B-3.4.12 Nutzenbewertung psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.....	103
B-4 Zusammenfassung der sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit	106
B-5 Anhang.....	108
B-5.1 Ankündigung des Bewertungsverfahrens.....	108
B-5.1.1 Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger	108
B-5.1.2 Fragebogen zur strukturierten Einholung erster Einschätzungen.....	108
B-5.1.3 Übersicht der eingegangenen Einschätzungen.....	108
B-5.1.4 ggf. Inhalte / Zusammenfassung der Inhalte der Einschätzungen	108
B-5.2 Beauftragung des IQWiG zur Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur Systemischen Therapie bei Erwachsenen	108

B-5.3	Abschlussbericht des IQWiG zur Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes zur Systemischen Therapie bei Erwachsenen	108
B-5.4	Auftragsgemäße Annahme des Abschlussberichtes des IQWiG.....	108
Anhang X:	Krankheitswertigkeit der psychischen Symptome bei den Studien zu körperlichen Erkrankungen	109
C	Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung	110
C-5	Einleitung.....	110
C-6	Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung.....	110
C-7	Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung.....	110
D	Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA	110
E	Gesamtbewertung in der vertragsärztlichen Versorgung.....	111
F	Bürokratiekostenermittlung	112

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

A Tragende Gründe und Beschluss

A-1 Rechtsgrundlage

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

Der Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V wurde von dem Unparteiischen Mitglied Dr. Deisler am 11. Februar 2013 gestellt.

Die Bewertung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie bei Erwachsenen berücksichtigt die Ergebnisse des Abschlussberichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die Auswertung der beim G-BA anlässlich der Veröffentlichung des Beratungsthemas eingegangenen Stellungnahmen einschließlich der dort benannten Literatur **und die Stellungnahme der Bundesärztekammer.**

A-2 Eckpunkte der Entscheidung

A-2.1 ...

A-2.2 Würdigung der Stellungnahmen

*Dieses Kapitel wird ergänzt, wenn das Stellungnahmeverfahren **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** abgeschlossen ist.*

A-3 Bürokratiekostenermittlung

A-4 Verfahrensablauf

Siehe Dokument „Tragende Gründe“

A-5 Fazit

Anm. GF: Hier Darstellung der Richtlinienänderung in Prosaform (s. dazu auch Kapitel E).

A-6 Beschluss

Veröffentlicht im BAnz am T. Monat JJJJ, AT ...

Hier Beschluss im Wordformat (nicht im BAnz-Veröffentlichungsformat) einstellen.
--

A-7 Anhang

A-7.1 Antrag zur Beratung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen nach § 135 Abs. 1 SGB V



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unparteiisches Mitglied

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Dr. Edith Pfenning
Abteilung M-VL
Wegelystraße 8
10623 Berlin

451

Gemeinsamer Bundesausschuss			
Original:	Dr. Pfenning		
Kopie:	Klein		
Eingang:	12. Feb. 2013	UP	
Gr.	PS-VL	QS-V	AM
P/O	Recht	FB-Med.	Verw.

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartner/in:
Dr. Harald Deisler

Telefon:
030 275838141

Telefax:
030 275838135

E-Mail:
Harald.deisler@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
HD


Datum:
11. Februar 2013

Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich auf der Rechtsgrundlage des § 135 Abs. 1 SGB V den Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Harald Deisler
Unparteiisches Mitglied gemäß § 91 SGB V
Gemeinsamer Bundesausschuss

Anlagen

- Antrag von Dr. Harald Deisler, Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsyThG: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie, 14.12.2008
- Schreiben der DGSP an den Gemeinsamen Bundesausschuss vom 14.11.2012

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts nach § 91 SGB V. Er wird gebildet von:
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin · GKV Spitzenverband, Berlin ·
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin · Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln

Dr. Harald Deisler

Unparteiliches Mitglied des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V

Begründung des Antrages

1. Wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 Psychotherapeutengesetz

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat am 14.12.2008 sein Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie¹ verabschiedet und festgestellt, dass die Systemische Therapie bei **Erwachsenen** für Behandlungen in folgenden Anwendungsbereichen² als wissenschaftlich anerkannt gelten kann:

- Affektive Störungen,
- Essstörungen,
- Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten,
- Abhängigkeiten und Missbrauch sowie
- Schizophrenie und wahnhafte Störungen.

Auch für den Bereich der Psychotherapie bei **Kindern und Jugendlichen** wurde die Systemische Therapie für Behandlungen in folgenden Anwendungsbereichen anerkannt:

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

Beschreibung der Methode

Im WBP-Gutachten wird zur Definition der Systemischen Therapie ausgeführt: „Von den beantragenden Fachverbänden wird die systemische Therapie als ein psychotherapeutisches Verfahren beschrieben, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt.“

¹ Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsyThG: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie, 14.12.2008.

² Die Anwendungsbereiche sind nicht deckungsgleich mit den Indikationsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie.

Dabei werden zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten („Indexpatienten“) weitere Mitglieder des für Patienten bedeutsamen sozialen Systems einbezogen. Die Therapie fokussiert auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie oder des Systems und deren weitere soziale Umwelt.“ Daher wird Systemische Therapie häufig im Familiensetting eingesetzt. Systemische Therapie kann allerdings nicht mit Familientherapie gleichgesetzt werden, die „in erster Linie (als) ein psychotherapeutisches Setting verstanden wird, welches auch im Rahmen anderer psychotherapeutischer Verfahren und Methoden realisiert wird“. Daher bezieht sich das WBP-Gutachten in Absprache mit den beantragenden Fachverbänden nur auf die Systemische Therapie, obwohl eine Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennung von Systemischer Therapie/Familientherapie beantragt wurde.

Bewertung der Studienlage durch den WBP

Die der Prüfung zugrunde liegenden Studien waren beim WBP von der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie e.V. (DGSF) und der Systemischen Gesellschaft (SG) zusammen mit einer Expertise zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie eingereicht worden³. Im Rahmen des WBP-Gutachtens wurden 30 Studien (in 40 Publikationen) zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Erwachsenen sowie sechs Metaanalysen bzw. systematische Reviews und drei Übersichtsartikel durch den WBP überprüft. Zudem erfolgte die Überprüfung von 55 eingereichten Studien (in 84 Publikationen) sowie zwei Metaanalysen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Für alle vom WBP als positiv gewerteten Anwendungsbereiche lag mindestens eine Studie mit Follow-up-Zeiträumen von mindestens sechs Monaten vor, in denen die Stabilität der Wirksamkeit der Systemischen Therapie belegt wurde.

Eine bilanzierende Nutzen/Risikoabwägung sowie ein Vergleich mit bereits erbrachten psychotherapeutischen Behandlungsformen wurden – aufgrund der anderen Fragestellung des WBP – nicht vorgenommen.

³ Der WBP hat Ende 2007 aufgrund seiner Erfahrungen bei den bisherigen Begutachtungen und unter Berücksichtigung aktueller methodologischer Entwicklungen in Abstimmung mit dem G-BA seine Verfahrensregeln weiterentwickelt und ein neues Methodenpapier beschlossen. Die Prüfung der Systemischen Therapie erfolgte noch nach den alten Verfahrensregeln, die beispielsweise keine systematische Literaturrecherche vorsahen. Aussagen zu den indikationsbezogenen Zielsetzungen sowie patientenrelevanten Endpunkten lassen sich dem Gutachten nicht entnehmen.

2. Angaben zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit

Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Antragsprüfung“

Nach dem Votum des WBP zur Systemischen Therapie am 14.12.2008 hat eine aus zwei Trägern des G-BA (KBV und GKV-SV) sowie den Patientenvertretern zusammengesetzte Arbeitsgruppe (AG) „Antragsprüfung“ kursorisch geprüft⁴, ob eine ausreichende Grundlage zur Antragstellung auf Prüfung der Anerkennung der Systemischen Therapie als Verfahren gegeben ist. Nach Sichtung der Studien, die vom WBP für die Anerkennung der Wissenschaftlichkeit der Systemischen Therapie bei Erwachsenen bzw. Kindern und Jugendlichen als „positiv“ gewertet wurden, sowie gezielter Nachfragen bei den Fachgesellschaften für Systemische Therapie, wurden von der AG „Antragsprüfung“ mögliche Referenzstudien für einen Beratungsantrag identifiziert und den Indikationsbereichen der Richtlinie des G-BA über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie, PT-Richtlinie) zugeordnet (vgl. Tabellen 1 und 2).

Tabelle 1: Indikationsbereiche laut § 22 PT-Richtlinie, für die durch die AG Antragsprüfung mögliche Referenzstudien bei Erwachsenen identifiziert wurden

Indikationsbereich	Referenzstudien
Affektive Störungen	Knekt 2004 ⁵ , 2008
Angststörungen und Zwangsstörungen ⁶	Knekt 2004, 2008
Essstörungen	(eingeschränkt ⁷) Dare 2001 und Espina 2000
Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen	Bressi 2008 und Cao 2007

4 Durch die AG wurden keine eigenen Recherchen vorgenommen. Um einer eventuell später erfolgenden Nutzenbewertung nicht vorzugreifen, wurde bewusst auf eine Bewertung der identifizierten Studien verzichtet.

5 Behandlungsarme: Solution focused therapy (SFT), Kurzzeitpsychodynamische PT, Langzeitpsychodynamische PT. Durch die AG „Antragsprüfung“ erfolgte eine Anfrage bei den systemischen Fachgesellschaften, um eine Zuordnung der SFT zur Systemischen Therapie (im Sinne der Antragsprüfung durch den WBP) zu klären. In der Antwort der Fachgesellschaften vom 22.09.2009 auf die von der AG gestellten Fragen bezüglich der Zuordnung der Solution focused therapy legten diese eine Zuordnung zur Systemischen Therapie dar.

6 Die AG „Antragsprüfung“ hat sich bei der Zuordnung der Knekt-Studie zum Indikationsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen insbesondere auf das Schreiben der Fachgesellschaften DGSP und SG vom 22.09.2009 gestützt, das eine entsprechende Zuordnung nahe legte.

7 Fehlende Methodenbeschreibung der Familientherapie (daher unklar, ob Systemische Familientherapie)

Tabelle 2: Indikationsbereiche laut § 22 PT-Richtlinie, für die mögliche Referenzstudien bei Kindern und Jugendlichen identifiziert wurden

Indikationsbereich	Referenzstudien
Affektive Störungen	Diamond 2002
Essstörungen/andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	Le Grange 2007 (eingeschränkt geeignet Schmidt 2007)
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen/Abhängigkeit und Missbrauch	Liddle 2001 und Liddle 2004 und unveröffentlichtes Manuskript Liddle et al. beim WPB 2007 nachgereicht ⁸

Als Ergebnis dieser kursorischen Prüfung im Bereich der Systemischen Therapie wurde dem Unterausschuss (UA) Methodenbewertung am 04.02.2010 vorgetragen, dass das sogenannte Schwellenkriterium⁹ gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 2 der PT-Richtlinie für die Anerkennung als Verfahren nur bei Erwachsenen möglicherweise als erfüllt gelten könne. Eine Antragsstellung zur Prüfung der Systemischen Therapie für die Anerkennung als Verfahren bei Kindern und Jugendlichen erscheine unter Berücksichtigung des Schwellenkriteriums (wegen des Fehlens einer ausreichenden Anzahl von Studien in maßgeblichen Indikationsbereichen der PT-Richtlinie) nicht begründet.

Psychotherapie kann im Rahmen der PT-Richtlinie nur erbracht werden, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt. Konkrete – im Rahmen der PT-Richtlinie behandelbare – Indikationen (Erkrankungen) werden in § 22 der PT-Richtlinie des G-BA spezifiziert. Psychotherapie ist nur dann eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wenn sie dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Bei den in § 22 aufgeführten Erkrankungen ist daher grundsätzlich von der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung auszugehen. Für alle in § 22 aufgeführten Indikationsbereiche stehen anerkannte Psychotherapieverfahren im Sinne der PT-Richtlinie (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychothera-

⁸ Publierte Studie: Liddle HA, Dakof GA, Turner RM, Henderson CE, Greenbaum PE. Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction* 2008; 103 (10): 1660-70.

⁹ Mit Beschluss vom 20.12.2007 hat der G-BA die Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren davon abhängig gemacht, dass der Nutznachweis für mindestens die am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen beziehungsweise bei Kindern und Jugendlichen geführt wird. Bei Erwachsenen muss mindestens ein Nutznachweis für Affektive Störungen und Angststörungen zuzüglich entweder ein Nutznachweis bei mindestens einem der folgenden Anwendungsbereiche: Somatoforme Störungen einschließlich Konversionsstörungen; Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung; Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen oder ein Nutznachweis bei mindestens zwei der übrigen Anwendungsbereiche der PT-Richtlinie vorliegen.

pie, Verhaltenstherapie) als therapeutische Alternativen zur Verfügung (vgl. §§ 14-15 PT-Richtlinie).

Dem Ergebnis der AG „Antragsprüfung“ folgend, wird zunächst der Antrag zur Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen bei den in § 22 aufgeführten Indikationsbereichen der PT-Richtlinie gestellt. Im Rahmen der Verfahrensprüfung ist dabei insbesondere das sogenannte Schwellenkriterium gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 2 der PT-Richtlinie zu beachten.

Aussagen zur Wirtschaftlichkeit und zu konkreten Behandlungskontingenten sind dem Gutachten des WBP nicht zu entnehmen. In den von der AG „Antragsprüfung“ identifizierten Referenzstudien wurde die Systemische Therapie als Kurzzeittherapie angewandt. Beispielsweise fanden in der Studie von Knekt (2004) im Mittel 10 Therapiesitzungen in der Gruppe mit Solution focused therapy statt (SD=2,8).

Nachfolgende Aussagen zu Frequenzmustern sowie Umfängen und Kosten der Systemischen Therapie wurden auf Nachfrage von der DGSP¹⁰ zur Verfügung gestellt:

Systemische Therapie sei ein niederfrequentes und/oder kurzeitorientiertes Verfahren. Häufig finde sich eines der beiden Frequenzmuster „Lange Kurzzeittherapie“ (wenige Sitzungen mit relativ großen Abständen, die sich über längere Zeiträume erstrecken können) bzw. „Kurze Intensivtherapie“ (häufigere Sitzungen über einen Zeitraum von ca. 6 bis 9 Monaten)¹¹. In der Versorgungspraxis fänden sich folgende Umfänge:

- Systemische Konsultation – bis zu 2 Doppelsitzungen
- Systemische Krisenintervention – ca. 5 Doppelsitzungen in kurzem Zeitraum
- Systemische „Kurzzeittherapie“ – ca. 10 Doppel- oder 20 Einzelsitzungen über 6 bis 9 Monate
- Systemische „Langzeittherapie“ – bis zu 30 Doppel- oder 60 Einzelsitzungen verteilt über mehrere Jahre.

¹⁰ Schreiben der DGSP an den G-BA vom 14.11.2012. Die DGSP hat zudem weitere aktuelle Studien bei Erwachsenen zur Verfügung gestellt, die bei Annahme des Beratungsantrages in den Beratungsprozess einfließen würden.

¹¹ Je nach Setting sei u.U. mehr als ein Therapeut an einer Sitzung beteiligt.

Die Kosten für Therapiestunden für Systemische Therapie würden sich in Deutschland an den Kosten für die anerkannten Richtlinienverfahren (ca. 100 € pro Zeitzunde, angelehnt an die Vergütung nach EBM¹²) orientieren.

Der Aspekt der Wirtschaftlichkeit und die ggf. erforderliche Kosten-Nutzen-Abwägung müssen im Rahmen einer zu erfolgenden Beratung weiter vertieft werden.

3. Angaben zur Relevanz und Dringlichkeit

Im Gutachten des WBP wird ausgeführt: „Systemische Therapie wird seit Langem im Kontext stationärer und ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen sowohl im Erwachsenenbereich, vor allem aber im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie eingesetzt. Über die heilkundliche Anwendung hinaus spielt die Systemische Therapie auch in verschiedenen anderen psychosozialen Bereichen eine bedeutende Rolle, insbesondere als Ansatz in Familien- und Erziehungsberatungsstellen.“

Indem der WBP im Jahre 2008 die Wissenschaftlichkeit der Systemischen Therapie festgestellt hat und die AG „Antragsprüfung“ 2010 nach kursorischer Prüfung im UA Methodenbewertung berichtet hat, dass das sogenannte Schwellenkriterium gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 2 der PT-Richtlinie für die Anerkennung als Verfahren bei Erwachsenen möglicherweise als erfüllt gelten könne, sind die Voraussetzungen für eine Antragsstellung erfüllt.

Aufgrund der oben genannten Hintergründe wird daher eine prioritäre Verfahrensprüfung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen als geboten angesehen.



Dr. Harald Deisler
Unparteiisches Mitglied gemäß § 91 SGB V
Gemeinsamer Bundesausschuss

Anlagen

- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsyThG: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie, 14.12.2008
- Schreiben der DGSF an den Gemeinsamen Bundesausschuss vom 14.11.2012

¹² derzeit 81,14 € pro 50 Minuten Einzeltherapie

Literatur (Tabellen 1 und 2)

Bressi C, Manenti S, Frongia P, Porcellana M, Invernizzi G. Systemic family therapy in schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness. *Psychother Psychosom* 2008; 77 (1): 43-9.

Cao YK. Influence of systemic family therapy on the quality of life in schizophrenic patients. *J Clin Psychol Med* 2007; 17 (6): 403-4.

Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 216-21.

Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41 (10): 1190-6.

Espina A, Ortego A, Ochoa de Alda I. Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. *Anales de psiquiatría* 2000; 16 (8): 322-336.

Knekt P. A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: Kela, 2004. (Studies in social security and health ; 77)

Knekt P, Lindfors O, Harkanen T, Valikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, et al. Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 2008; 38 (5): 689-703.

le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, Leventhal BL. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64 (9): 1049-56.

Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond GS, Barrett K, Tejada M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001; 27 (4): 651-88.

Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, Ungaro RA, Henderson CE. 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* 2004; 36 (1): 49-63.

Liddle HA, Dakof GA, Turner RM, Henderson CE, Greenbaum PE. Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction* 2008; 103 (10): 1660-70.

Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure J, Yi I, et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (4): 591-8.

Auftragskonkretisierung muss hier noch aufgeführt werden

A-7.2 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V

Hier Schreiben des BMG einstellen.

**A-7.3 ggf. Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum
angenommenen Position oder deren Beschreibung**

B Sektorenübergreifende Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit

B-1 Einleitung und Aufgabenstellung

In diesem Bericht ist die Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der systemischen Therapie durch eine vom Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB) gemäß 2. Kapitel § 7 Absatz 2 VerfO eingerichtete themenbezogene Arbeitsgruppe (AG) abgebildet. Dieser Bewertung sind der Bericht des IQWiG und die mit dem Beratungsantrag gemäß 2. Kapitel § 4 VerfO vorgelegten Unterlagen und die Einschätzungen nach Kapitel 2, § 6 VerfO, die anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens eingeholt wurden, zugrunde gelegt.

B-1.1 Auftragsgegenstand und -umfang

Mit Schreiben vom 11. Februar 2013 war durch ein unparteiisches Mitglied des G-BA die Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen nach § 135 Abs. 1 SGB V beantragt worden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte in seiner Sitzung vom 21.08.2014 beschlossen, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß §§ 139b Abs. 1 **S. 1 i.V.m.** 139a Abs. 3 SGB V zu beauftragen.

Zur Nutzenbewertung sollte das IQWiG die Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen Wissensstandes zur Anwendung des Psychotherapie-Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen zu folgender Fragestellung durchführen:

- Hat das Psychotherapie-Verfahren Systemische Therapie bei Erwachsenen einen Nutzen oder Schaden hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte (Mortalität, Morbidität und Lebensqualität)?

Bei der Formulierung der Fragestellung sollten insbesondere folgende Punkte vom IQWiG adressiert werden:

- Zielpopulation
- Konkretisierung des Verfahrens
- Vergleichsbehandlung
- Outcome-Parameter

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

Die beim G-BA im Zusammenhang mit der Ankündigung des Bewertungsverfahrens eingegangenen Einschätzungen sollten im Rahmen dieses Auftrages berücksichtigt werden.

Die Arbeitsergebnisse des IQWiG sollten eine Grundlage für die Bewertung des G-BA bilden, ob das Verfahren für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten insbesondere unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Standes der medizinischen Erkenntnisse geeignet ist.

Mit dem Auftrag wurden dem IQWiG folgende Unterlagen zugeleitet:

- Antrag des unparteiischen Mitgliedes vom 11. Februar 2013,
- Beschluss zur Annahme des Antrags auf Überprüfung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen durch den G-BA vom 18. April 2013,
- Beschluss zur Beauftragung des IQWiG vom 21.08.2014,
- Fragenkatalog zur strukturierten Einholung von Einschätzungen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens,
- Einschätzungen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens,
- Ergebnis des Austausches mit dem IQWiG zur Auftragskonkretisierung,
- Hinweise zur Operationalisierung.

Im Rahmen des Austausches mit dem IQWiG vom 30.04.2014 war der Auftrag insbesondere zu nachfolgenden Punkten konkretisiert worden:

Einschlusskriterium „Krankheitswertige Störung“

- Die Krankheitswertigkeit der Störung muss in der zu berücksichtigenden Literatur anhand ICD, DSM oder ersatzweise anhand etablierter Standard-Messinstrumente festgestellt worden sein.

Zuordnung von Indikationen zu Indikationsbereichen / Schwellenkriterium

- Das IQWiG recherchiert bei einer Verfahrensprüfung der Systemischen Therapie zunächst indikationsoffen und ordnet die Primärstudien dann den jeweiligen Indikationen zu. Die Zuordnung der Indikationen zu den Anwendungsbereichen der PT-RL (vgl. § 22 PT-RL) wird im Anschluss von der AG des G-BA übernommen.
- Besonderheit Komorbidität / „Gemischte Störungen“: angesichts der hohen Zahl von Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen wurde festgehalten, dass die Hauptdiagnose entscheidend ist: eine Studie wird demnach, wie im Methodenpapier des IQWiG (Version 4.0, S. 115) vorgesehen, immer dann einer Indikation zugerechnet, wenn mindestens 80 % der Population die entsprechende Hauptdiagnose erhielten. Die Nebendiagnosen spielen für diese Zuordnung keine Rolle, sie werden vom IQWiG aber angegeben. Ggf. erfolgt eine Subgruppen-Analyse.
- Studien, bei denen weniger als 80 % der Population einer Hauptdiagnose zugeordnet wurden, werden vom IQWiG einer Rubrik „Sonstige“ zugeordnet. Die Zuordnung zu dem Anwendungsbereich „Gemischte Störungen“ erfolgt ggf. durch den G-BA.

Operationalisierung des Verfahrens „Systemische Therapie“ / Beschreibung des Settings

- Operationalisierung: vgl. „Orientierende Hinweise zur Operationalisierung der Systemischen Therapie und Kurzbeschreibung der Systemischen Therapie“ (vgl. Anhang xy),
- Professionen, durch die Systemische Therapie erbracht wird. Hierzu wurde festgehalten, dass in Bezug auf die Durchführung der Therapie durch Krankenschwestern oder andere Pflegeberufe und die Übertragbarkeit von entsprechenden Studienergebnissen auf den deutschen Versorgungskontext jeweils im Einzelfall durch den G-BA zu klären ist.
- Setting, in welchem die Systemische Therapie erbracht werden kann (Anzahl der Sitzungen / Sitzungsfrequenz): Vor dem Hintergrund der variablen Sitzungsdauer und

Sitzungsfrequenz systemischer Interventionen und der geringeren Gesamtanzahl von Sitzungen im Vergleich zu anderen Psychotherapieformen, wurde das IQWiG gebeten, bei jeder einzelnen Studiauswertung die jeweilige Sitzungsfrequenz und Sitzungsanzahl in der Auswertung zu dokumentieren.

Mindest-Studiendauer (Intervention plus Mindestbeobachtungsdauer/-Follow-up)

Es wurde keine Mindest-Studiendauer bzw. Mindest-Beobachtungsdauer als Ausschlusskriterium festgelegt.

Studiendesign:

Es sollten ausschließlich RCTs in die Literaturrecherche einbezogen werden. Ggf. kann in Bezug auf einzelne Indikationen nach Abschluss der Nutzenbewertung ein Rapid Report in Auftrag gegeben werden, falls sich in der Nutzenbewertung konkrete Hinweise auf kontrollierte klinische Studien ergeben haben (z.B. durch die Stellungnehmer) und der G-BA diese Informationen für eine Beschlussfassung benötigt.

Beschränkungen bezüglich Sprache / Kulturraum:

Bei der Literatursuche und -auswahl wurden keine Beschränkungen im Hinblick auf die Sprache bzw. den Kulturraum vorgenommen.

Patientenrelevante Endpunkte:

- In der Regel werden Mortalität, Morbidität und Lebensqualität als patientenrelevante Endpunkte definiert, nicht aber Zufriedenheit. Die entsprechenden Messskalen müssen für möglichst viele Sprachen validiert oder aber etabliert sein; selbstentwickelte Skalen werden nicht berücksichtigt.
- In Bezug auf den patientenrelevanten Endpunkt „Morbidität“ wurde festgehalten, dass in den Studien ein Krankheitsbezug abgebildet sein muss bzw. krankheitswertige Symptome anhand ICD, DSM oder ersatzweise anhand etablierter Standard-Messinstrumente gemessen worden sein müssen.

Vergleichsinterventionen

- Treatment as usual / Standardbehandlung (definiert als Form der Routineversorgung, jedoch ohne spezifische Psycho- oder Pharmakotherapie)
- Warteliste
- Placebo
- Verfahren der Psychotherapie-Richtlinie
- medikamentöse Behandlung mit für die jeweilige Indikation zugelassenen Arzneimitteln

Vergleiche von Methoden/Techniken der Systemischen Therapie untereinander bzw. ein Vergleich zu einer medikamentösen Behandlung mit für die jeweilige Indikation nicht zugelassenen Arzneimitteln sollten nicht einbezogen werden.

Studienauswertung

Soweit möglich, sollte eine Extraktion zu folgenden Kriterien vorgenommen werden:

- Operationale Definition der Interventionen (Experimental- und ggfls. Kontrollgruppe)
- Operationale Definition der Kontrollbedingungen

- Strukturelle Äquivalenz bei Kontrollbedingungen
- Manualtreue, Treatment Integrity
- Zulässigkeit, Dokumentation und Analyse des Einflusses begleitender nicht-randomisierter Interventionen (insbesondere Pharmakotherapie)
- Zulässigkeit begleitender Interventionen (z. B. Pharmakotherapie)
- Qualifikation der Behandler

B-1.2 Angaben aus dem IQWiG-Bericht zur Prüfintervention, Vergleichsbedingungen und Morbiditätsbezogenen Endpunkten

B-1.2.1 Prüfintervention im IQWiG-Bericht

Zur Definition der systemischen Therapie wurde im IQWiG- Bericht folgendes ausgeführt:

„Eine mögliche Definition von systemischer Therapie bestimmt sie „als Intervention in komplexe menschliche Systeme (sowohl psychische wie interpersonale Systeme) mit dem Ziel, Leiden zu lindern bzw. zu beseitigen“ [7] (andere Definitionen finden sich zum Beispiel bei von Sydow et al. [8] oder bei von Schlippe et al. [9]). Die Systemische Therapie ist theo- retisch in verschiedene Ansätze eingebettet wie den Konstruktivismus oder die Systemtheorie (siehe hierzu vertiefend [10]). Diese Ansätze finden sich in theoretischen Grundannahmen und Kernmerkmalen der systemischen Therapie wieder, die unter anderem folgende Bereiche betreffen (zu allen Bereichen können über die unten genannten Beispiele hinaus der einschlägigen Literatur weitere Beispiele entnommen werden [7,9-13]):

- *Ätiologische Konzepte beziehungsweise Störungsmodelle: Beispielsweise wird Umgebungsfaktoren, biologischen, sozialen und gesellschaftlichen Aspekten bei der Entstehung psychischer Störungen ebenso eine Bedeutung beigemessen wie Wirklichkeitskonstruktionen [7].*
- *Annahmen über das Wirkprinzip und Ziel von Interventionen: Beispielsweise sollen Veränderungen durch die Auflösung problematischer Kommunikationsmuster erreicht werden [8].*
- *Konkrete Behandlungsmethoden: Ein Beispiel sind symbolisch-metaphorische Methoden, welche relevante Systeme, Systemmitglieder und deren Beziehungen untereinander symbolisch-visuell darstellen (beispielsweise Genogramme [14]).*
- *Konzepte zur Indikationsstellung: Beispielsweise hängt die Indikation zur systemischen Therapie nicht nur von der Art und Schwere der Störung ab, sondern auch von störungsübergreifenden Aspekten, die neben individuellen unter anderem auch soziale Faktoren umfassen [8].*
- *Allgemeine Aspekte des Therapeutenverhaltens, der therapeutischen Grundhaltung und Beziehungsgestaltung sowie der Behandlungsplanung: Beispielsweise wird einer von Allparteilichkeit und Neutralität geprägten therapeutischen Grundhaltung ein hoher Stellenwert beigemessen [9].*

Systemische Therapie lässt sich in einer Vielzahl therapeutischer Settings im ambulanten und stationären Bereich realisieren [9]. Hierzu zählen unter anderem das Familiensetting, das Einzelsetting und das Gruppensetting. Solche Settings finden auch bei anderen psycho- therapeutischen Verfahren und Methoden Verwendung, wie bei der kognitiv-behavioralen Psychotherapie [2], sodass ein Familien- oder Gruppensetting für sich kein

definierendes Merkmal der systemischen Therapie darstellt.“

B-1.2.2 Klassifikation der Vergleichsbedingungen im IQWiG-Bericht

Die Vergleichsinterventionen wurden im vorliegenden Bericht folgendermaßen klassifiziert:

- Andere Psychotherapie:
„alle aktiven psychotherapeutischen Interventionen zur systematischen Beeinflussung von psychischen Störungen. Psychotherapeutische Interventionen, die sich der Verhaltenstherapie oder den psychoanalytisch begründeten Verfahren (analytische Psychotherapie sowie tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) zuordnen lassen, wurden in der vorliegenden Nutzenbewertung als Richtlinientherapie im Sinne der PT-RL [1] verstanden und als solche bezeichnet.“
- Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie:
„informierende und unterstützende Maßnahmen wie Psychoedukation oder Beratung (Counselling)“.
- Keine Zusatzbehandlung:
„zumeist passive Interventionen ohne einen primären therapeutischen Zweck. Hierzu zählen bspw. Placebo-, Attention- Control- oder Wartelisten-Gruppen. Ebenfalls unter diese Rubrik fallen Vergleichsinterventionen, die als Sockeltherapie in Interventions- und Vergleichsstudienarm gleichermaßen Anwendung finden (Sockel- oder Begleitbehandlung).“

Hinsichtlich der Definition der Vergleichsbedingungen kommentiert das IQWiG in seinem Abschlussbericht auf S. 515 ff, dass die *„verwendete Einteilung der Vergleichsinterventionen bzw. Komparatoren in andere Psychotherapie, Beratung und Informationsvermittlung (ohne Psycho- und Pharmakotherapie) und keine Zusatzbehandlung“* die Studien in zwei aktive Vergleichsgruppen und eine nicht aktive Vergleichsgruppe gruppierte.

Mit dieser Einteilung in psychotherapeutische und nicht psychotherapeutische Interventionen sollte lt. Bericht den Unterschieden zwischen der Psychotherapie und eher beratenden, unterstützenden Maßnahmen Rechnung getragen werden.

Zur Vergleichsgruppe „keine Zusatzbehandlung“ wird im IQWiG-Bericht darüber hinaus angemerkt, dass hiervon vorrangig nicht aktive Kontrollinterventionen umfasst sind, die keinen primären therapeutischen Zweck besitzen. Hierunter fallen lt. Abschlussbericht u. a. *„Scheininterventionsgruppen bzw. Attention-Control-Gruppen zur Kontrolle bekannter Wirkfaktoren einer Psychotherapie oder Wartelistengruppen, in denen tatsächlich keine Behandlung stattfindet. Darüber hinaus werden dieser Vergleichsgruppe auch solche Vergleichsinterventionen zugerechnet, die als Sockeltherapie im Interventions- und Vergleichsstudienarm gleichermaßen Anwendung finden (Sockel- oder Begleitbehandlung). Da unter Vernachlässigung von Wechselwirkungen zwischen der Sockeltherapie und Prüfintervention die Wirkung einer Sockeltherapie für Patienten im Interventions- und Vergleichsarm vergleichbar sein sollte (und nur Patienten im Interventionsarm eine zusätzliche Behandlung erhalten), werden Patienten mit alleiniger Sockeltherapie als Patienten ohne zusätzliche Behandlung gedeutet. Allerdings muss bei der Interpretation von Ergebnissen dieses Vergleichs beachtet werden, dass diese nur für solche Patientengruppen gelten, die die beschriebene Form der Sockel- bzw. Begleittherapie erhalten.“* (vgl. S. 516 im

Abschlussbericht).

„Für den vorliegenden Bericht erschien eine gesonderte Betrachtung der verschiedenen Vergleiche der systemischen Therapie versus keine Zusatzbehandlung nicht notwendig, da diese Vergleiche in keinem untersuchten Störungsbereich zusammen auftraten. Studien mit einer Scheininterventionsgruppe oder keiner tatsächlichen Behandlung wurden in die Störungsbereiche Demenz und Substanzkonsumstörung, Studien mit einer Begleittherapie in die Störungsbereiche Angst- und Zwangsstörungen, depressive Störungen sowie Schizophrenie und andere affektive Störungen eingeschlossen. Somit fand eine gemeinsame Bewertung und Analyse beider Typen dieser Vergleichsgruppe nicht statt.“

B-1.2.3 Morbiditätsendpunkte im IQWiG-Bericht

Die als relevant erachteten und verwendeten Morbiditätsendpunkte wurden vom IQWiG wie folgt definiert (vgl. S. 5 im Abschlussbericht):

- *„Vollremission: Zum Zeitpunkt der Erhebung ist kein Kriteriensymptom bzw. diagnostisches Kriterium einer psychischen Störung erfüllt.*
- *Teilremission: Zum Zeitpunkt der Erhebung sind nicht mehr alle Kriteriensymptome bzw. diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung erfüllt.*
- *Symptomverbesserung: Verbesserung der Ausprägung auf einer Symptomskala, ermittelt über
 - *Reduktion der Ausprägung auf einer Symptomskala um mindestens 50 % gegenüber dem Ausgangswert oder*
 - *Reduktion der Ausprägung auf einer Symptomskala im Sinne eines Unter- oder Überschreitens eines absoluten Skalenwertes (Cut-off) oder*
 - *Reduktion der Ausprägung auf einer Symptomskala um eine Minimal important Difference (MID).**
- *Symptomatik: Ausprägung auf einer Symptomskala“*

Im IQWiG-Bericht wird auf S. 5 ausgeführt: *„Für jeden Endpunkt wurde eine Aussage zur Beleglage des (Zusatz-)Nutzens und (höheren) Schadens in vier Abstufungen bezüglich der jeweiligen Aussagesicherheit getroffen: Es liegt entweder ein Beleg (höchste Aussagesicherheit), ein Hinweis (mittlere Aussagesicherheit), ein Anhaltspunkt (schwächste Aussagesicherheit) oder keine dieser drei Situationen vor. Der letzte Fall tritt ein, wenn keine Daten vorliegen oder die vorliegenden Daten keine der drei übrigen Aussagen zulassen. In diesem Fall wird die Aussage „Es liegt kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden vor“ getroffen.“* (vgl. hierzu auch das Methodenpapier des IQWiG).

B-2 Medizinische Grundlagen

B-2.1 Beschreibung der Systemischen Therapie

Nach den Ausführungen der Fachverbänden für Systemische Therapie betrachtet die Systemische Therapie wechselseitige intrapsychische (kognitiv-emotive) und biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen. Die Systemische Therapie wird als psychotherapeutisches Verfahren beschrieben, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. Dabei werden zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten („Indexpatienten“) weitere Mitglieder des für Patienten bedeutsamen sozialen Systems einbezogen. Die Therapie fokussiert auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie oder des Systems und deren weitere soziale Umwelt.¹

Grundlage für die Systemische Therapie sind verschiedenen Ansätze aus der (Familien-) Systemtheorie, Kybernetik, Kommunikationstheorie, erkenntnistheoretische Ansätze sowie Konstruktivismus, darüber hinaus bindungstheoretische Annahmen und linguistische Konzepte². Historisch gesehen haben sich verschiedene familientherapeutische und systemische Behandlungsansätze entwickelt (z.B. Minuchin, Boszormenyi-Nagy & Spark, Palazzoli et al., Haley, Bateson, Satir, Watzlawick, Stierlin, De Shazer etc.).

Konsens der verschiedenen systemischen Ansätze besteht u.a. zu folgenden Bereichen: es besteht eine Wechselbeziehung zwischen Mensch und seiner Umwelt. Soziale Beziehungen basieren auf dauerhaften Interaktionsmustern, die sich durch wechselseitige Verstärkung verfestigen. Ein psychisches Symptom wird als paradoxer Lösungsversuch angesehen, der das in die Krise geratene System stabilisiert.

In der Systemischen Therapie werden psychische Symptome in einem interpersonellen Kontext betrachtet. Zwischen Verhalten und Erleben des Indexpatienten und seinem sozialen Umfeld bestehen reziproke Wechselbeziehungen. Das Symptom des Indexpatienten wird als unangemessene Problemlösung psychosozialer Probleme gesehen. Daher wird nicht nur der „Indexpatient“, sondern es werden auch seine Bezugspersonen, also das soziale System als Ganzes, direkt oder indirekt systematisch in die Behandlung miteinbezogen. Der Fokus der Systemischen Therapie liegt also auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen.

Systemische Therapie wird in unterschiedlichen Settings oder Anwendungsformen eingesetzt: Familientherapie, Paartherapie, Einzeltherapie, Gruppentherapie mit Multifamilien-therapiegruppen sowie mit größeren Helfer- und Nachbarschaftssystemen.

¹ Vgl. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 14.12.2008

² Zur Beschreibung von systemischer Therapie vgl. hierzu auch u.a. folgende Literatur: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., & Wilke, E. (Eds.). (2007). Psychotherapie. Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Schiepek, G. (1999). Die Grundlagen der systemischen Therapie: CD-ROM. Vandenhoeck & Ruprecht.

Von Schlippe, A.; Schweizer, J. (2012). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen. Vandenhoeck & Ruprecht.

Von Sydow, K., Beher, S., Retzlaff, R., & Schweitzer, J. (2006). Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Hogrefe Verlag.

Systemische Methoden sind durch Problemaktualisierung und Handlungsorientierung gekennzeichnet. So kann man unterscheiden nach:

- strukturellen Methoden (Joining, Enactment, Verändern von Koalitionen etc.),
- strategischen Methoden (positives Umdeuten/„reframing“ von Symptomverhalten, Symptomverschreibungen),
- symbolisch- metaphorischen Methoden (Genogramm und Familienskulptur für die Darstellungen komplexer familiärer und nicht-familiärer Beziehungen),
- zirkulären Methoden (systemisches Fragen, Entwicklung von Hypothesen, Bemühen um Neutralität, paradoxe Interventionen),
- lösungsorientierten Methoden (z. B. „Wunderfragen“) und
- dialogischen Methoden („reflecting team“, offener Dialog zur Dekonstruktion narrativ hergestellter Wirklichkeiten).

B-2.2 Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren (§ 19 PT-RL)

Neben der sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens (vgl. VerfO, 3. Abschnitt, § 10 Absatz 2), welche sich auf einzelne Indikationen bezieht, ist hinsichtlich der Bewertung der systemischen Therapie als Psychotherapie-Verfahren die in § 19 der PT-RL gefasste Regelung zur Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren und -methoden zu beachten. Diese Regelung fand mit Beschluss des G-BA vom 20.12.2007 Eingang in die PT-RL und trat am 20.03.2008 in Kraft.

In § 19 der PT-RL wurde festgelegt, dass „als Psychotherapie gemäß Abschnitt A der Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung andere Verfahren Anwendung finden“ können, wenn sie die nachstehenden Voraussetzungen nach Nummer eins bis drei erfüllen:

„1. Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 des Psychotherapeutengesetzes, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt für eine vertiefte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angesehen werden kann.

2. Für Verfahren der Psychotherapie bei Erwachsenen ist ein Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA für mindestens die Anwendungsbereiche § 26 Absatz 1 Nummer 1, 2³ und entweder

a) zusätzlich für mindestens einen der folgenden Anwendungsbereiche: § 26 Absatz 1 Nummer 3, 8, Absatz 2 Nummer 1⁴ oder

b) zusätzlich für mindestens zwei der folgenden Anwendungsbereiche: § 26 Absatz 1 Nummer 4 bis 7, 9, Absatz 2 Nummer 2 bis 4⁵ zu erbringen“.

³ Anwendungsbereiche Affektive Störungen sowie Angststörungen und Zwangsstörungen

⁴ Anwendungsbereiche: Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen; Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen; Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

⁵ Anwendungsbereiche: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen; Essstörungen; Nicht-organische Schlafstörungen; Sexuelle Funktionsstörungen; Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in

Der wichtigste Grundsatz bei der Regelung zur Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren war: *„Ein zur Krankenbehandlung geeignetes Verfahren sollte eine so große Bandbreite an Indikationen abdecken, dass eine umfassende Versorgung der Versicherten gewährleistet bleibt.“* Dies war *„in der hohen Zahl von Komorbiditäten in der Versorgung, den schutzwürdigen Interessen von Patienten, von einem breit ausgebildeten Therapeuten behandelt zu werden“* und in der *„Struktur der ambulanten Versorgung, die keine Entscheidungs- oder Zuweisungsinstanz von Patienten zu Therapeuten je nach Indikation vorhält.“* begründet (vgl. Tragende Gründe vom 20.12.2007).

Den Tragenden Gründen vom 20.12.2007, S.10, ist zu entnehmen, dass die konkrete Ausgestaltung zur Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren *„auf Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse“* erfolgen sollte, unter Aspekten wie epidemiologische Relevanz und Versorgungsrelevanz.

Grundlage für die Ausgestaltung von § 19 PT-RL waren daher Auswertungen der Daten des Robert-Koch- Instituts aus dem Bundesgesundheitsurvey (BGS)⁶ und dem Zusatzsurvey Psychische Störungen. Die Auswertung der Daten des BGS war mit der Zielsetzung erfolgt, *„dass die Summe der Indikationen, welche das Schwellenkriterium bilden, mindestens zwei Drittel der psychischen Störungsbilder, die in der Bevölkerung vorkommen, bzw. die ein Therapeut in seiner Praxis zu behandeln hat, abbilden“* sollten.

Nach der damaligen Datenlage wurde festgehalten, dass die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland affektive Störungen sowie Angst- und Zwangsstörungen sind, welche auch den häufigsten Grund für die Aufnahme einer Psychotherapie darstellen. Durch die Hinzunahme eines dritten Störungsbildes aus mindestens einem der anderen Anwendungsbereiche der PT-RL wurde in den Tragenden Gründen vom 20.12.2007 davon ausgegangen, dass *„sowohl über zwei Drittel der bevölkerungsepidemiologisch überhaupt auftretenden psychischen Störungen als auch über zwei Drittel der in der Versorgung von psychisch Kranken psychotherapeutisch zu behandelnden Krankheitskomplexe abgedeckt werden“*. Alternativ sei *„diese Schwelle durch die Kombination von Affektiven Störungen und Angststörungen mit zwei der relativ betrachtet weniger häufig auftretenden Störungsbilder, wie sie in der Liste der Anwendungsbereiche“* in § 26 Absatz 1 und 2 PT-RL *„aufgeführt sind, zu erreichen.“*⁷

Die in § 19, Satz 1 Pt-RL festgelegte Voraussetzung der wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie bei Erwachsenen wurde durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie am 14.12.2008 festgestellt (vgl. auch § 11 PsychThG).

der Kindheit und Jugend; Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe; Schizophrene und affektive psychotische Störungen

⁶ Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 44, 993-1000.

⁷ Tragende Gründe vom 20.12.2007, S. 12

B-2.3 Prävalenzen psychischer Störungen

Da die Daten zur Epidemiologie und Versorgungsrelevanz, auf welchen die Ausgestaltung des § 19 PT-RL zur Anerkennung neuer Psychotherapie-Verfahren beruhte, aus dem Jahre 1998 stammen, werden an dieser Stelle aktuellere Daten zur Verteilung psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung dargestellt.

Wittchen und Jacobi wiesen bereits in ihrer Publikation aus dem Jahre 2005 darauf hin, dass sich aus repräsentativen epidemiologischen Studien in Europa, die in den vergangenen 20 Jahren durchgeführt wurden, ergibt, dass bei etwa jedem drittem bis vierten Erwachsenen die Kriterien für mindestens eine psychische Störung zumindest zeitweise erfüllt waren⁸. Das Lebenszeitrisiko, irgendwann im Laufe seines Lebens von einer psychischen Störung betroffen zu sein, wird auf etwa 50% geschätzt (Kessler et al. 2005, Studie in den USA durchgeführt)⁹.

Die vom Robert-Koch-Institut in den Jahren 2008 – 2011 durchgeführte „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)“ erfasst die gesundheitliche Situation von rund 8000 Frauen und Männern im Alter von 18 bis 79 Jahren¹⁰. Neben der körperlichen Gesundheit waren auch die psychische Gesundheit und Lebensqualität sowie das Gesundheitsverhalten und die soziale Lage der Erwachsenen Kernpunkte der Untersuchung.

Dem Zusatzmodul *Psychische Gesundheit* der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1-MH) ist zu entnehmen, dass knapp 30% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland innerhalb des zwölf-Monatszeitraums vor Untersuchung von mindestens einer psychischen Störung betroffen waren.

Ein weiteres Ergebnis war, dass bei den von psychischer Störung Betroffenen ein hohes Ausmaß an Komorbiditäten besteht. So waren bei 56 % der Untersuchten die Kriterien für eine DSM-IV-Diagnose erfüllt, 22% wiesen zwei Diagnosen nach DSM-IV auf und bei 22 % der Untersuchten lagen drei oder mehr Diagnosen nach DSM-IV vor. 49,8 % der betroffenen Frauen und 36 % der Männer wiesen mehr als eine Diagnose auf.

Nach der DEGS-Studie erfüllte in den zwölf Monaten vor der Untersuchung *„etwa jede dritte Frau (33,3%) und etwa jeder vierte bis fünfte Mann (22,0%) die Kriterien für mindestens eine der aufgeführten Diagnosen (ohne Nikotinabhängigkeit). Die geschätzte Gesamtprävalenz für die 18- bis 79-jährigen Erwachsenen in Deutschland lag bei 27,7%. Angststörungen stellten mit insgesamt 15,3% die größte Störungsgruppe dar, gefolgt von unipolaren Depressionen (7,7%) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7%) [...] 49,8% der betroffenen Frauen und 36% der betroffenen Männer hatten mehr als eine Diagnose.“*¹¹

⁸ Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.

⁹ Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.

¹⁰ Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 2014;85(1):77-87. Und Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... & Maier, W. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87(1), 88-90.

¹¹ ebd.

In der nachfolgenden Tabelle 1 sind jeweils Prozentzahlen für die untersuchten psychischen Störungen (in Klammern das Konfidenzintervall) aus der Studie von Jacobi et al. 2014/2016 angegeben. Hierbei ist zu beachten, dass die Studienautoren angeben, dass „eine Addition der einzelnen Prävalenzen (insgesamt und in Unterkategorien) aufgrund Komorbidität der Diagnosen untereinander eine höhere Zahl“ ergebe, „als die jeweils angegebene Gesamtprävalenz und daher nicht zulässig“ sei.

Psychische Störung	Prävalenz
Störung durch Substanzgebrauch (ohne Nikotinabhängigkeit):	16,7 % (15,5 – 18%)
- Alkoholabhängigkeit:	3,0 % (2,5 – 3,6)
- Alkoholmissbrauch:	1,8 % (1,4 – 2,3%)
- Medikamentenabhängigkeit:	0,5 % (0,3 bis 0,8)
- Medikamentenmissbrauch:	1,6 (1,2 bis 2,0%)
Angststörungen: gesamt	15,4% (14,2 bis 16,6)
- Panikstörung:	2,0 % (1,6 – 2,5)
- Agoraphobie:	4,0 % (3,4 – 4,7)
- Soziale Phobie:	2,8 % (2,2 – 3,4)
- Generalisierte Angststörung:	2,3 % (1,8 – 2,9)
- Spezifische Phobien:	10,3 % (9,3 – 11,4)
Affektive Störungen: gesamt	9,8 (8,8 % - 10,8%)
- Unipolare Depression	8,2 % (7,3 – 9,2)
- Major Depression	6,8 % (6,0 – 7,7)
- Dysthyme Störung	1,7 % (1,3 – 2,1)
- bipolare Störungen	1,5 % (1,1 – 2,0%)
Zwangsstörungen:	3,6% (3,0 – 4,3%)
somatoforme Störungen	3,5% (3,0 – 4,2%)
mögliche psychotische Störung (F2 und andere psychotische Störungen)	2,6% (2,1 – 3,2%)
posttraumatische Belastungsstörungen	2,3% (1,8 – 2,9%)
Psychische Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors:	1,2 % (0,9- 1,6%)
Essstörungen: Gesamt	0,9 % (0,7 – 1,3%)
- Anorexia nervosa:	0,8 % (0,5 – 1,1%)
- Bulimia nervosa	0,2 % (0,1 – 0,3 %)
- Binge-eating-Störung	0,1 % (0,0 – 0,2 %)

Tabelle 1: Prävalenzen psychischer Störungen nach Jacobi et al., 2014/2016

In der DEGS-1-MH-Studie waren in Bezug auf Substanzkonsumstörungen nur Alkohol- oder Medikamentenkonsum untersucht worden. Zu anderen Substanzen wurden daher aktuell Informationen aus dem epidemiologischen Suchtsurvey aus dem Jahre 2012

herangezogen¹². Hier wurden 9084 Personen mittels des „Münchener Composite International Diagnostic Interview“ (M-CIDI) ¹³ im Hinblick auf das Vorliegen einer Substanzkonsumstörung nach DSM-IV untersucht.

Zu Störungen durch Substanzkonsum im letzten Monat seit Befragung ergaben sich folgende Prävalenzzahlen:

- Störung durch Cannabiskonsum: 1,0 %
- Störung durch Amphetamine 0,2 %.
- Störung durch Kokain 0,3 %.
- Störung durch Schmerzmittelkonsum: 13,1 %
- Störung durch Schlafmittel bzw. durch Beruhigungsmittel: 1,6 % bzw. 2,2 %.

Festzuhalten bleibt, dass die in der DEGS1-MH-Studie ermittelten aktuellen Prävalenzzahlen sich im Wesentlichen mit der Datengrundlage des Bundesgesundheits surveys aus 1998 decken, die im Jahr 2007 bei der Formulierung der Anforderungen für den Nutznachweis eines Richtlinienverfahrens für versorgungsrelevante Anwendungsbereiche verwendet worden war¹⁴. Die Autoren der DEGS1-MH- Studie schreiben hierzu: „Es finden sich beim oberflächlichen Vergleich keine deutlichen Prävalenzänderungen verglichen mit der Vorgängeruntersuchung (BGS98¹⁵), wobei zu dieser Frage noch weitere Analysen nötig sind...“, vgl. hierzu auch folgende Abbildung aus der Veröffentlichung von Jacobi et al. 2014:

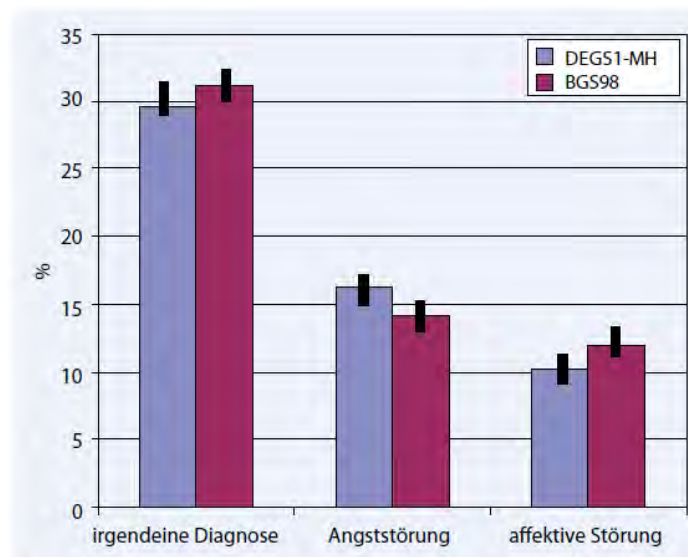


Abb. 1 ▲ 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen (mit 95%-Konfidenzintervallen): Querschnittsvergleich der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland plus Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) und des Bundesgesundheits survey (BGS98; BGS98 bezieht sich auf irgendeine psychische Störung [12 Monate] im Alter von 18–65 Jahren). Beachte: keine vollständige Äquivalenz der beiden Erhebungen hinsichtlich Diagnosen und diagnostischer Konventionen sowie Designeffekten

¹² Pabst, A., Kraus, L., de Matos, E. G., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*; IFT, Institut für Therapieforschung München.

¹³ Erhebung an 9084 Personen mittels Münchener Composite International Diagnostic Interview, M-CIDI; Wittchen, 1994; Wittchen et al., 1995; Antwortrate lag bei 53 %.

¹⁴ Vgl. beispielsweise Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.

B-2.4 Anwendungsbereiche für Psychotherapie gemäß § 26 der Psychotherapie-Richtlinie

In der PT-RL werden psychische Störungen als krankhafte Störungen der Wahrnehmung, der Erlebnisverarbeitung, des Verhaltens, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen verstanden, die durch seelische oder körperliche Faktoren verursacht und in seelischen und körperlichen Symptomen sowie in krankhaften Verhaltensweisen erkennbar werden.

Unter § 26 der PT-RL ist festgelegt, bei welchen Indikationen ambulante Psychotherapie zur Anwendung kommen kann.

Bei der Beschreibung der Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie werden die im Jahr 2006 vom G-BA vorgenommenen Zuordnungen der Anwendungsbereiche zu der Nomenklatur des Kapitel V (F) der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, Kapitel V (F))¹⁶ und die in der ICD-10 enthaltenen Ausführungen zu einzelnen psychischen Störungen verwendet.

Anwendungsbereich „Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 1 PT-RL)

Störungen aus diesem Anwendungsbereich sind in Kapitel F3, „Affektive Störungen“ der ICD-10 enthalten. Unter diesen Anwendungsbereich fallen ausschließlich depressive Störungen wie die depressive Episode (ICD-10 F32), rezidivierende depressive Störungen (F33) sowie die Dysthymie (F34). Diese Störungen unterscheiden sich in Schwere und Verlauf, ihnen gemeinsam sind die depressiven Symptome.

Die ebenfalls im Kapitel F3 der ICD-10 enthaltenen Störungen wie die manische Episode (F30), die bipolare affektive Störung (F31) und die schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) sind dem Anwendungsbereich „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ der PT-RL zugeordnet.

Bei den affektiven Störungen *„die Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, meist zur Depression hin, mit oder ohne begleitende Angst, oder zur gehobenen Stimmung“* (vgl. ICD-10, F3).

Die unipolar verlaufenden Depressionen machen unter den affektiven Störungen den größten Anteil aus. Im Vordergrund der unipolaren Depression stehen Symptome wie Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Verstimmtheit, Interessenverlust und Hoffnungslosigkeit, häufig begleitet von Ängstlichkeit und Unruhe. Auch Veränderungen von Appetit, Gewicht, Antrieb und Schlaf sind vorhanden. Depressive Symptome treten auch in Verbindung mit anderen psychischen und somatischen Erkrankungen auf.

Anwendungsbereich „Angststörungen und Zwangsstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 2 PT-RL)

Störungen aus diesem Anwendungsbereich sind im Kapitel F4, Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, der ICD-10 enthalten.

¹⁶ Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & World Health Organization. (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F, klinisch-diagnostische Leitlinien.

Im Anwendungsbereich „Angststörungen und Zwangsstörungen“ werden Phobische Störungen, (F40, z.B. Agoraphobie mit und ohne Panikstörung, soziale Phobien, spezifische Phobien), andere Angststörungen (F41, z.B. Panikstörung, generalisierte Angststörung) sowie Zwangsstörungen in Form von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (F42) zusammengefasst.

Bei den Phobischen Störungen (F40) wird *„Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen oder Objekte – außerhalb des Patienten - hervorgerufen. Diese Situationen oder Objekte werden typischerweise gemieden oder voller Angst ertragen... Befürchtungen des Patienten können sich auf Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl beziehen und treten häufig gemeinsam mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden, auf. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt meist schon Erwartungsangst“* (vgl. ICD-10, Kapitel F4)

Der Begriff Agoraphobie beschreibt nach der ICD-10 Ängste, *„das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben...Auch wenn der Schweregrad der Angst und das Ausmaß des Vermeidungsverhaltens differieren, ist diese Phobie besonders einschränkend“*.

Unter sozialer Phobie wird die Angst davor verstanden, in vergleichsweise kleinen Gruppen im Mittelpunkt zu stehen (z.B. öffentliches Sprechen). Die Angst tritt dann auf, wenn die Person glaubt, sie könne etwas Peinliches tun, oder andere könnten Anzeichen Ihrer Angst bemerken.

Mit spezifischen Phobien sind Angststörungen gemeint, die lt. ICD-10 *„auf ganz spezifische Situationen beschränkt sind wie auf die Nähe bestimmter Tiere, Höhen, Donner, Dunkelheit...Obwohl die auslösende Situation eng begrenzt ist, kann sie wie bei der Agoraphobie oder einer sozialen Phobie Panik auslösen.“*

Das Hauptsymptom anderer Angststörungen (F41) umfasst nach der ICD-10 eine *„nicht auf bestimmte Umgebungssituationen begrenzte Angst... Depressive und Zwangssymptome sogar einige Elemente phobischer Angst können vorhanden sein“*. Hierzu zählen nach der ICD-10 u.a. die „Panikstörung“, die „generalisierte Angststörung“ sowie „Angst und Depression gemischt“.

Zentrale Merkmale der Zwangsstörungen sind hingegen wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (F42). Zwangsgedanken sind *„Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, weil sie gewalttätigen Inhalts oder obszön sind, oder weil sie einfach als sinnlos erlebt werden; erfolglos versucht die betroffene Person Widerstand zu leisten“*. Zwangshandlungen oder – rituale sind nach der ICD-10 *„ständig wiederholte Stereotypen. Sie werden weder als angenehm empfunden, noch dienen sie dazu, an sich nützliche Aufgaben zu erfüllen. Die Patienten erleben sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihnen Schaden bringt oder bei denen sie selbst Unheil anrichten können. Im Allgemeinen, wenn auch nicht immer, wird dieses Verhalten von der betroffenen Person als sinnlos und ineffektiv erlebt.“* (vgl. ICD-10, Kapitel F42)

Anwendungsbereich „Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 3 PT-RL)

Die Indikationen zu diesem Anwendungsbereich finden sich in der ICD-10 ebenfalls im Kapitel F4, Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.

Als Somatoforme Störungen (ICD-10, F45) werden körperliche Symptome bezeichnet, die auf einen körperlichen Defekt oder eine körperliche Dysfunktion hindeuten, ohne dass sich eine organische Grundlage dafür finden lässt. Hierzu zählen u.a. die Somatisierungsstörung (F45.0), die undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1), die hypochondrische Störung (F45.2) und z.B. auch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4). Charakteristisch für somatoforme Störungen ist nach der ICD-10 *„die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen, trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind“*.

Bei den selteneren dissoziativen Störungen (auch Konversionsstörungen, ICD-10 F44) ist das allgemeine Kennzeichen dissoziativer oder Konversionsstörungen *„der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen, sowie der Kontrolle von Körperbewegungen... Von den dissoziativen Störungen wird angenommen, dass die Fähigkeit zu bewusster und selektiver Kontrolle gestört ist, in einem Ausmaß, das von Tag zu Tag oder von Stunde zu Stunde wechseln kann“* (vgl. ICD-10, F44).

Anwendungsbereich „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 4 PT-RL)

Störungen aus diesem Anwendungsbereich sind bezogen auf die ICD-10 im Kapitel F4, Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, enthalten.

Bei „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (ICD-10, F43) können die akute Belastungsreaktion (F43.0), die posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) sowie Anpassungsstörungen (F43.2) nach Art, Schwere und Dauer der ursächlichen Störung und der Reaktion differenziert werden. Diese Störungsbilder können nach der ICD-10 als *„unangepasste Reaktionen auf schwere oder kontinuierliche Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsmechanismen verhindern und aus diesem Grund zu einer Störung der sozialen Leistungsfähigkeit führen“*.

Anwendungsbereich „Essstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 5 PT-RL)

Störungen aus diesem Anwendungsbereich sind bezogen auf die ICD-10 im Kapitel F5, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, enthalten.

Unter dem Obergriff „Essstörungen“ (ICD-10, F50) werden die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa beschrieben. Sie sind durch intensive Furcht vor Gewichtszunahme, verändertes Essverhalten sowie eine Störung der Körperwahrnehmung charakterisiert. Sekundäre somatische Veränderungen kommen bei beiden Störungen vor.

Nach der ICD-10 ist aber die Anorexia nervosa (F50.0) *„durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust“* charakterisiert. Daneben kommt es zu typischen Symptomen wie z.B. Körperschemastörung, Wachstumsstopp und fehlender Brustentwicklung, Amenorrhoe, bei Männern zu Libido- und Potenzverlust.

Hingegen stehen bei der Bulimia nervosa (F50.2) Heißhungerattacken und oft selbstinduziertes Erbrechen im Vordergrund.

Das Störungsbild der „Binge eating disorder“ (BED) ist gekennzeichnet von Essattacken/Heißhungeranfällen ohne gewichtsreduzierende Gegenmaßnahmen und war bis 2013 als Forschungskategorie im Anhang des DSM-IV aufgeführt. Im DSM-5 ist die BED als

eigenständige Störung aufgenommen. In der ICD-10 kann die BED als „Essstörung nicht näher bezeichnet“ (F50.9) kodiert werden.

Anwendungsbereich „Nichtorganische Schlafstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 6 PT-RL)

Störungen aus diesem Anwendungsbereich sind bezogen auf die ICD-10 ebenfalls im Kapitel F5, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, enthalten.

Bei „Nichtorganischen Schlafstörungen“ (ICD-10, F51) handelt es sich um ein heterogenes Störungsbild, bei welchem *„emotionale Ursachen einen primären Faktor darstellen“*. Nichtorganische Schlafstörungen stehen vielfach in Verbindung zu anderen medizinischen Erkrankungen und psychischen Störungen. Nichtorganischen Schlafstörungen umfassen nach der ICD-10 Dyssomnien, bei denen *„Dauer, Qualität oder Zeitpunkt des Schlafs aufgrund emotionaler Ursachen“* gestört ist (z.B. Insomnie, F51.0; Hypersomnie, F51.1; Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Schlafwandeln, F51.3; Pavor nocturnus, F51.4; Alpträume, F51.5).

Anwendungsbereich „Sexuelle Funktionsstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 7 PT-RL)

Störungen aus diesem Anwendungsbereich sind bezogen auf die ICD-10 im Kapitel F5, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, unter dem Abschnitt F52, „nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen“ enthalten. Sexuelle Funktionsstörungen verhindern nach der ICD-10 *„die von der betroffenen Person gewünschte sexuelle Beziehung.“* Hierzu zählen Störungen des sexuellen Verlangens, der sexuellen Erregung und der Orgasmusfähigkeit. Es bestehen Beeinträchtigungen im Verhalten und Erleben von Sexualität. Darüber hinaus treten physiologische Reaktionen auf, die eine befriedigende sexuelle Interaktion behindern oder unmöglich machen, obwohl die organischen Voraussetzungen dazu vorhanden sind.

Anwendungsbereich „Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 8 PT-RL)

Störungen aus diesem Anwendungsbereich sind bezogen auf die ICD-10 im Kapitel F6, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen enthalten.

Unter diesen Anwendungsbereich fallen u.a. Persönlichkeitsstörungen (F60), abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63), Störung der Geschlechtsidentität (F64), Störungen der Sexualpräferenz (F65) sowie nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F69). Hierbei handelt es sich um *„eine Reihe von klinisch wichtigen, meist lang anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen früh im Verlauf der individuellen Entwicklung als Folge konstitutioneller Faktoren wie auch sozialer Erfahrungen, während andere später im Leben erworben wurden.“* (vgl. ICD-10, Kapitel F6).

Persönlichkeitsstörungen werden in der ICD-10 (F60/F61) als *„tief verwurzelte, weitgehend stabile Verhaltensmuster“* beschrieben, *„die sich in starren, unflexiblen, sozial wenig angepassten Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen.“* Sie stellen Extremvarianten einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur dar, und gegenüber der

Mehrheit der Bevölkerung zeigen sich deutliche Abweichungen in Wahrnehmung, Denken, Fühlen, Antrieb, Impulskontrolle und in sozialen Beziehungen.

Verhaltensstörungen i. S. von abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle sind nach der ICD-10 (F63) charakteristischerweise *„wiederholte Handlungen ohne vernünftige Motivation..., die nicht kontrolliert werden können und die meist die Interessen der betroffenen Person oder anderer Menschen schädigen.“*

Anwendungsbereich „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (§ 26 Absatz 1 Nummer 9 PT-RL)

Indikationen aus diesem Anwendungsbereich finden sich in der ICD-10 im Kapitel F9.

Zu den „Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ zählen u.a. hyperkinetische Störungen (F90), Störungen des Sozialverhaltens (F91), kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92), Ticstörungen (F95).

Symptome der hyperkinetischen Störung sind beispielsweise gestörte Aufmerksamkeit, Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, erhöhte Impulsivität, ein Überschuss an motorischer Aktivität sowie emotional und sozial störende Verhaltensweisen. Bei Letzteren besteht teilweise Überlappung mit der Störung des Sozialverhaltens, unter der insbesondere persistierende Verletzungen gesellschaftlicher Regeln und Normen und aggressives Verhalten verstanden werden.

Unter emotionale Störungen fallen beispielsweise Trennungsangst, phobische Störungen und soziale Ängstlichkeit.

Bei einer Ticstörung handelt es sich um *„eine unwillkürliche, rasche, wiederholte nichtrhythmische Bewegung (gewöhnlich umschriebener Muskelgruppen) oder eine Lautproduktion, die plötzlich einsetzt und keinem offensichtlichen Zweck dient.“* (vgl. ICD-10, F95)

Anwendungsbereich „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente), im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz“ (§ 26 Absatz 2 Nummer 1a PT-RL) und „Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung“ (§ 26 Absatz 2 Nummer 1b PT-RL)

Indikationen aus diesem Anwendungsbereich finden sich in der ICD-10 im Kapitel F1, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15) sowie durch Tabak (F17) sind in diesem Anwendungsbereich nicht enthalten.

„Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ beinhalten ein breites Spektrum von Störungen, die von einer unkomplizierten Intoxikation, schädlichem Gebrauch bis zu eindeutig psychotischen Störungen reichen können. Je nach Art und Ausprägung wird zwischen Missbrauch, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit unterschieden.

Voraussetzung für die Diagnosestellung „schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen“ ist gemäß ICD-10 eine tatsächliche körperliche oder psychische Gesundheitsschädigung.

Bei dem Abhängigkeitssyndrom hat der Substanzkonsum Vorrang gegenüber anderen Interessen des Betroffenen, und es erfolgt ein anhaltender Konsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Abhängigkeit ist beschrieben als übermächtiges,

unwiderstehliches Verlangen, die Substanz zu konsumieren, Toleranzentwicklung (Dosissteigerung), Kontrollverlust sowie das Auftreten von Entzugserscheinungen.

Bei Betroffenen mit Abhängigkeit von Opioiden, die substituiert werden, besteht nach § 26, Absatz 2, Nummer 1b der PT-RL die Besonderheit, dass in diesen Fällen eine psychotherapeutische Behandlung nur „*bei regelmäßiger Zusammenarbeit und Abstimmung hinsichtlich der Behandlungsziele und insbesondere der Beigebrauchsfreiheit mit der substituierenden Ärztin oder dem Arzt...*“ zulässig ist.

Anwendungsbereich „Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Missbildungen stehen“ (§ 26 Absatz 2 Nummer 2 PT-RL)

Dieser Anwendungsbereich findet sich in Kapitel F8 der ICD-10 und bezeichnet Störungen, die durch qualitative Beeinträchtigungen in sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern sowie durch z.B. eingeschränktes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten charakterisiert sind (ICD-10, F84). Zu diesen psychischen Störungen zählen nach der ICD-10 u.a. frühkindlicher Autismus (F84.0), Rett-Syndrom (F84.2), Asperger Syndrom (F84.5) sowie sonstige bzw. nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen (F84.8 und F84.9). In den meisten Fällen besteht von frühester Kindheit an eine auffällige Entwicklung. Meist bestehen auch Beeinträchtigungen in den kognitiven Fähigkeiten bzw. eine Intelligenzminderung.

Anwendungsbereich „Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe“ (§ 26 Absatz 2 Nummer 3 PT-RL)

Der Anwendungsbereich „Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe“ beschreibt psychische Störungen, die in Folge somatischer Erkrankungen auftreten können, z.B.: depressive Störungen oder Angststörungen bei koronarer Herzerkrankung, bei Tumorerkrankungen oder nach cerebralen Insulten. Hierunter fällt auch die ICD-10-Kategorie F54: „Psychische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“. Diese Kategorie wird nach der ICD-10 verwendet, „*um psychische und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die eine wesentliche Rolle in der Manifestation körperlicher Krankheiten spielen*“. Diese psychischen Störungen sind nach der ICD-10 „*meist leicht, oft lang anhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung) und rechtfertigen daher nicht die Zuordnung zu einer anderen Kategorie im Kapitel V*“ (F). Hierbei ist auch die zusätzliche Kodierung der körperlichen Störung erforderlich (z.B. Asthma: F54 und J45).

Anwendungsbereich „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ (§ 26 Absatz 2 Nummer 4 PT-RL)

Indikationen aus diesem Anwendungsbereich finden sich sowohl im Kapitel F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F22) als auch im Kapitel F3 (manische Episode, F30; bipolare Störung, F31) der ICD-10.

Die schizophrenen Störungen sind nach der ICD-10, Kapitel F2 „*im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet. Die Klarheit des Bewusstseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Im Laufe der Zeit können sich jedoch gewisse kognitive Defizite entwickeln*“.

Bei den affektiven psychotischen Störungen (F30, F31) stehen Störungen des Affektes und des Antriebes im Vordergrund. Bei manischen Störungen liegen eine inadäquat gehobene Stimmung, Antriebssteigerung sowie z.B. Rededrang (Logorrhoe), Ideenflucht und erhöhte Ablenkbarkeit vor. Bei der Depression mit psychotischen Symptomen bestehen neben typisch depressiven Symptomen zusätzlich auch Wahnideen (z.B. Verarmungswahn), Halluzinationen und eine erhebliche Antriebsstörung bzw. psychomotorische Hemmung.

Die bipolare affektive Störung, früher als manisch-depressive Erkrankung bezeichnet, ist *„durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ..., in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression)“* (vgl. ICD-10, F31). Zwischen den Episoden liegt in der Regel ein unauffälliger Zustand mit ungestörtem Antrieb und ungestörter Affektlage vor.

Gemischte Störungen

Gemischte psychische Störungen sind nicht als eigenständiger Anwendungsbereich in § 26 PT-RL aufgeführt. Gemischte Störungen werden im Sinne der Richtlinie von Studien erfasst, in denen überwiegend Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen und/oder diagnostisch gemischte Patientengruppen untersucht werden. Den psychischen Störungen der in den Studien behandelten Patientinnen und Patienten muss dabei Krankheitswert zukommen.

B-3 Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens

B-3.1 Informationsgewinnung und -auswahl

Die sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens der systemischen Therapie bei psychischen Störungen stützt sich auf die Ergebnisse des IQWiG-Abschlussberichtes zur „Systemischen Therapie bei Erwachsenen“ vom 24.05.2017.

Insgesamt wurden vom IQWiG 42 RCTS in die Bewertung einbezogen, von denen laut Abschlussbericht 36 Studien für die Auswertung verwertbare Daten geliefert hatten. Diese Unterlagen entsprechen der Evidenzstufe Ib (vgl. § 11 VerFO des G-BA).

Das IQWiG weist hinsichtlich der methodischen Qualität und der Berichterstattung in den einbezogenen Studien in seinem Abschlussbericht auf folgende Punkte hin (S. 87):

„Jedoch sind nicht nur mit Blick auf die systematische Erfassung und Berichterstattung von unerwünschten Ereignissen dringliche Verbesserungen notwendig: Generell scheinen insbesondere psychologische und sozialwissenschaftliche Publikationen die Empfehlungen zur Berichterstattung (bspw. CONSORT-Statement [77]) nur anteilig zu erfüllen: Informationen zur Verblindung, Generierung der Randomisierungssequenz oder zu unerwünschten Ereignissen werden nur in wenigen Publikationen in ausreichendem Maße berichtet [...] Dieses generelle Ergebnis spiegelt sich auch in den Studien des vorliegenden Berichts wider: Insgesamt nur 4 der in den Bericht eingeschlossenen 42 Studien waren derart hochwertig konzipiert und umfassend berichtet, dass deren Verzerrungspotenzial auf Studienebene als gering bewertet wurde. Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass im vorliegenden Bericht keine Aussagen zur Beleglage mit der höchsten Aussagesicherheit (Beleg) sowie nur in wenigen Fällen Aussagen mit einer mittleren Aussagesicherheit (Hinweis) möglich waren, sondern überwiegend Aussagen mit der schwächsten Aussagesicherheit (Anhaltspunkt) getroffen wurden. Dies heißt, an diesen Stellen fehlt den Nutzaussagen eine Absicherung bspw. durch eine hochwertige, prospektiv registrierte Studie. Insofern ist es bei den ermittelten Anhaltspunkten für einen Nutzen nicht unwahrscheinlich, dass eine hochwertig konzipierte Wiederholung den dort ermittelten Anhaltspunkt nicht replizieren könnte.“

Aus den Angaben im IQWiG-Abschlussbericht geht hervor, dass bei den Studien zu „körperlichen Erkrankungen“ die Krankheitswertigkeit einer möglichen psychischen Störung fraglich ist, vgl. S. 515: „...So erfolgte kein Ausschluss von Studien, deren Population nicht eindeutig Anwendungsbereichen der PT-RL zuzuordnen war. [...] Für diese Studien konnte nicht sicher bestimmt werden, ob und inwieweit deren Studienpopulationen den Kriterien der in § 22 der PT-RL genannten Anwendungsbereichen genügten [...] „Eine Zuordnung der Studien zu bestimmten psychischen Störungen war aufgrund unzureichender Angaben in den Publikationen nicht möglich: Es blieb unklar, ob die eingeschlossenen Patienten neben den jeweiligen körperlichen Erkrankungen an einer (und ggf. wenn ja, an welcher) psychischen Störung litten“.

Daher wurden die in diesem Störungsbereich eingeschlossenen neun Studien¹⁷ zu körperlichen Erkrankungen mit verwertbaren Daten aktuell durch den G-BA dahingehend überprüft, ob bei den Studienteilnehmern neben der körperlichen Erkrankung auch eine krankheitswertige psychische Symptomatik vorgelegen hatte - entweder in Form einer

¹⁷ Arvand 2012, Cockburn 1999, Priebe 2011, Rakowska 2015, Saarijärvi 1991, Shadick 2013, Szapocznik 2004, Vogelaar 2014, Wirsching 1989)

diagnostizierten psychischen Störung oder zumindest in Form klinisch relevanter psychischer Symptomatik.

Diese Prüfung ergab, dass bei acht der neun Studien zu körperlichen Erkrankungen eine psychische Störung nach einem anerkannten Diagnosesystem (ICD-10, DSM-III bis DSM-5) nicht erkennbar bzw. nicht angegeben war. Bei der Studie von Rakowska 2015 waren zwar DSM-IV Diagnosen erhoben worden, bei den statistischen Analysen wurden aber vorwiegend gesundheitsbezogene Aspekte im Zusammenhang mit einer Myokarderkrankung untersucht¹⁸.

Alternativ wäre eine klinisch relevante psychische Symptomatik auf einem validierten Selbst- oder Fremdbeurteilungsinstrument (z.B. BDI-II oder HAMD) für die Hinzunahme dieser Studien zur Nutzenbewertung ausreichend gewesen. Zu diesem Aspekt ergab die Prüfung der Studien durch den G-BA, dass entweder keine psychische Symptomatik mit einem entsprechendem Instrument erhoben worden war (Cockburn 1999, Saarijärvi 1991, Wirsching 1989) oder die Ausprägung der erhobenen psychischen Symptomatik keine klinische Relevanz erreichte (Arvand 2012, Priebe 2011, Shadick 2013, Szapocznik 2004, Vogelaar 2014).¹⁹

Die Ergebnisse der Studien zu körperlichen Erkrankungen können daher nicht in die Nutzenbewertung der systemischen Therapie durch den G-BA miteinbezogen werden, da bei den Studienteilnehmern überwiegend keine krankheitswertige psychische Symptomatik vorgelegen hatte.

Aufgrund der oben beschriebenen Ergebnisse einer fehlenden bzw. fraglichen Krankheitswertigkeit der in den Studien zu körperlichen Erkrankungen untersuchten psychischen Symptomatik wurden alle anderen, vom IQWiG in die Bewertung einbezogenen Einzelstudien vom G-BA dahingehend geprüft, ob bei den Studienteilnehmern eine psychische Störung von Krankheitswert vorgelegen hatte. Fehlende Diagnose, fehlender Krankheitswert oder diesbezügliche Unklarheiten werden in den nachfolgenden Bewertungen jeweils angegeben.

Im IQWiG-Bericht wurden die Einzelstudien bereits vor der Ergebnisauswertung in Störungsbereichen zusammengefasst. Das IQWiG führte hierzu aus:

Bei der Zusammenfassung von Studien zu Störungsbereichen wurde es als sinnvoll angesehen, die Anwendungsbereiche gemäß § 22 der PT-RL zu berücksichtigen, um dem G-BA in seinen folgenden Beratungen eine spezifische Bewertung der Anwendungsbereiche der PT-RL zu ermöglichen. Als Anwendungsbereiche werden Krankheitsbilder bzw. Diagnosegruppen verstanden, bei denen gemäß PT-RL die Anwendung von Psychotherapie indiziert ist. Störungen wurden zu Störungsbereichen bis zum Aggregationsgrad der Anwendungsbereiche der PT-RL zusammengefasst, sodass der Aggregationsgrad im vorliegenden Bericht nicht über den der Anwendungsbereiche der PT-RL hinausgeht. Bei einer kleinteiligeren Betrachtung von Störungen wäre gegebenenfalls eine andere Bewertung erfolgt als bei einer gemeinsamen Betrachtung von Störungen, die in der PT-RL einem Anwendungsbereich zugeordnet sind (vor allem die Möglichkeit einer

¹⁸ Hier wurde der SF-36 eingesetzt, ein allgemeiner, krankheitsunspezifischer Gesundheitsfragebogen zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Ware JE, Jr. SF-36 health survey update. Spine (Phila Pa 1976) 2000; 25:3130-9). 5 Items bzgl. „Mental Health“: „nervous, down in dumps, peaceful, blue/sad, happy“.

¹⁹ vgl. auch [Anhang ??](#), Krankheitswertigkeit der psychischen Symptome bei den Studien zu körperlichen Erkrankungen.

metaanalytischen Zusammenfassung von Studien kann zu anderen Bewertungsergebnissen führen als die Bewertung einzelner Studien)...“.

Im Rahmen des Austausches zur Auftragskonkretisierung war angesichts der hohen Zahl von Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen zwischen G-BA und IQWiG festgelegt worden, dass die Hauptdiagnose entscheidend ist:

„Eine Studie wird demnach, wie im Methodenpapier des IQWiG (Version 4.0, S. 115) vorgesehen, immer dann einer Indikation zugerechnet, wenn mindestens 80 % der Population die entsprechende Hauptdiagnose erhielten. Die Nebendiagnosen spielen für diese Zuordnung keine Rolle, sie werden vom IQWiG aber angegeben. Ggf. erfolgt eine Subgruppen-Analyse. Studien, bei denen weniger als 80 % der Population einer Hauptdiagnose zugeordnet wurden, werden vom IQWiG einer Rubrik „Sonstige“ zugeordnet. Die Zuordnung zu dem Anwendungsbereich „Gemischte Störungen“ erfolgt ggf. durch den G-BA.“ (vgl. Auftragskonkretisierung vom 21.08.2014).

B-3.2 Darstellung der Ergebnisse aus dem IQWiG-Abschlussbericht

Vorbemerkungen:

Die im IQWiG-Bericht eingeschlossenen Studien untersuchten einzelne psychische Störungen. Die zu diesen spezifischen Störungen zugehörigen Ergebnisse sind im IQWiG-Bericht teilweise zu Störungsbereichen zusammengefasst worden und hierzu sind Aussagen zum Nutzen der systemischen Therapie im IQWiG-Bericht getroffen worden.

Der Indikationsbezug ist aber der gemäß § 135 Abs.1 SGB V vorzunehmenden Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entsprechend den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin immanent; der Indikationsbezug gilt somit auch für die Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren.²⁰

Daher wird im Folgenden jeweils für jede einzelne psychische Störung, für die Ergebnisse zur Wirksamkeit der systemischen Therapie vorliegen, eine indikationsspezifische Nutzenbewertung vorgenommen.

Zunächst werden die statistischen Ergebnisse aus dem IQWiG-Abschlussbericht hinsichtlich der in den Studien untersuchten psychischen Störungen und die Bewertungen und Nutzensaussagen aus dem IQWiG-Bericht zusammenfassend dargestellt. Daran schließt sich die indikationsspezifische Nutzenbewertung durch den G-BA für die jeweiligen psychischen Störungen an.

Von Relevanz für die Nutzenbewertung der systemischen Therapie als Krankenbehandlung bei psychischen Störungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind patientenbezogene Endpunkte wie z.B. Mortalität, Morbidität und Lebensqualität (vgl. VerFO des G-BA).

Störungsunspezifische Endpunkte wie Arbeitsfähigkeit, Erwerbsstatus, psychosoziales Funktionsniveau sind für eine allgemeine Beurteilung einer Intervention wichtig (z.B. wenn es um die Bewertung von Rehabilitationszielen wie die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

²⁰ Das Nähere zu den methodischen Anforderungen an die wissenschaftliche Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit ist in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. Ihr Anwendungs- und Geltungsbereich erstreckt sich gemäß § 91 Abs.3 Satz 1 Nr.1 SGB V iVm §§ 3 u. 8 Abs.1 Satz 2 Nr.1 Verfahrensordnung auch auf die Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren.

geht). Da es sich bei der vorliegenden Nutzenbewertung um die Einschätzung der Wirksamkeit einer Krankenbehandlung bei psychischen Störungen handelt, können diese Endpunkte als sekundäre Parameter herangezogen werden, sie liefern aber keine spezifische Aussagen zur Wirksamkeit der untersuchten Intervention hinsichtlich der Symptome einer psychischen Störung.

Definition von Nutznachweis:

Unter der Voraussetzung, dass sich aus den Studienergebnissen keine Hinweise auf einen Schaden ergeben, gilt der Nutzen des hier untersuchten Verfahrens als dann nachgewiesen, wenn für die jeweilige Indikation ausschließlich statistisch signifikante Effekte mit ausreichender externer Validität bei den relevanten Endpunkten Mortalität, Morbidität und Lebensqualität auf Basis von qualitativ hochwertigen Unterlagen mit Evidenzlevel 1b zugunsten der untersuchten Methode vorliegen.

Wenn keine signifikanten Effekte zugunsten des untersuchten Verfahrens vorliegen, kann hieraus kein Nutznachweis für das hier untersuchte Verfahren abgeleitet werden.

Wenn sowohl nicht signifikante Unterschiede als auch signifikante Effekte zugunsten des untersuchten Verfahrens vorliegen, sollten die statistisch signifikanten Effekte aus den Studien mit Evidenzlevel 1b überwiegen, um von einem Nutznachweis ausgehen zu können. Auch hier sollten die Ergebnisse generalisierbar (ausreichende externe Validität) und eine adäquate methodische Studienqualität vorhanden sein. Wenn die Generalisierbarkeit der Ergebnisse und/oder die Studienqualität eingeschränkt sind, wird abgewogen, ob diese Ergebnisse einem Nutznachweis gleichkommen oder auf einen Nutzen hinweisen.

Wenn die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen, kann hieraus kein Nutznachweis abgeleitet werden.

Wenn die Anzahl der nicht signifikanten Unterschiede und der statistisch signifikanten Effekte gleich groß, ist keine eindeutige Aussage zum Nutzen des untersuchten Verfahrens möglich.

Wenn beim Vergleich mit einem PT-RL-Verfahren keine signifikanten Unterschiede vorliegen, ist von einer Gleichwertigkeit der beiden Verfahren und somit von einem Nutzen des untersuchten Verfahrens auszugehen. Wenn die Generalisierbarkeit der Ergebnisse und/oder die Studienqualität eingeschränkt sind, wird abgewogen, ob diese Ergebnisse einem Nutznachweis gleichkommen oder nur auf einen Nutzen hinweisen.

Abkürzungen

IST = Individuelle supportive Therapie

KZT= Kurzzeittherapie

LZT= Langzeittherapie

KVT = Kognitive Verhaltenstherapie

PDKZT = psychodynamische Kurzzeittherapie

PDLZT = psychodynamische Langzeittherapie

PDPT = Psychodynamische Psychotherapie

ST = Systemische Therapie

VT = Verhaltenstherapie

B-3.2.1 Angst- und Zwangsstörungen

Grundlage sind lt. Abschlussbericht vier Studien mit verwertbaren Daten zu den Vergleichen Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie, Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung und Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung.

Das Verzerrungspotential auf Studienebene wurde vom IQWiG bei drei der vier Studien als hoch bewertet, nicht nur wegen u.a. unklarer Verdeckung der Gruppenzuteilung, sondern auch wegen unklarer Erzeugung der Randomisierungssequenz. Nur die Studie von Knekt 2004 wurde mit einem niedrigen Verzerrungspotential auf Studienebene bewertet.

Es lagen Daten zu folgenden Endpunkten vor:

- Vollremission der Angststörung,
- Symptomverbesserung Angst,
- Angstsymptomatik,
- Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit,
- Symptomverbesserung Zwang.

Zu den folgenden Endpunkten lagen keine Daten vor:

- Mortalität,
- gesundheitsbezogene Lebensqualität
- soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- sowie unerwünschte Ereignisse.

B-3.2.1.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Im Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie liegen Daten zu Vollremission der Angststörung vor.

Grundlage sind Teilergebnisse der Studie von Knekt (2004, 2008, 2011) zu Patienten mit Angststörungen (43,1 % inkl. Teilnehmer mit depressiver Störung)²¹; lösungsfokussierte Therapie vs. psychodynamische KZT vs. psychodynamischen LZT. Im ST-Studienarm: 53 % nur depressive Störung; 13,4 % Angststörungen; 33 % Komorbidität (Depression & Angst).

In der nachfolgenden Tabelle 11 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Vollremission Angst (Teilergebnisse von Knekt 2004)
7 Monate	Kein stat. sign. Unterschied
1 Jahr	Kein stat. sign. Unterschied zu PDKZT und PDLZT
3 Jahre	Kein stat. sign. Unterschied zur PDKZT Stat. sign. Unterschied zugunsten PDLZT
5 Jahre	Kein stat. sign. Unterschied zu PDLZT

²¹Angaben aus Knekt 2004: Angststörungen: 43,1 %; davon soziale Phobie: 17,2 %, Generalisierte Angststörung 10,4 %, Panikstörung 9,3 %, spezifische Phobie 3,3%, Zwangsstörung 3,5 %, Angststörung nicht näher bezeichnet 8,2 %.

Tabelle 11: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts zu „Angststörungen“

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu dem oben genannten Endpunkt Vollremission Angststörung bewertet das IQWiG wie folgt:

- Auswertungszeitpunkt ein Jahr: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- Auswertungszeitpunkt drei Jahre: Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer psychodynamischen Langzeitpsychotherapie

Zu den Auswertungszeitpunkten sieben Monate und fünf Jahre (nicht signifikanter Unterschied) ist im IQWiG-Bericht nicht angegeben, ob diese mit „kein Anhaltspunkt für einen Nutzen“ bewertet wurden.

B-3.2.1.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Richtlinientherapie

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt zum Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinienpsychotherapie“. Dieses Ergebnis beruht auf:

- Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie zum Auswertungszeitpunkt ein Jahr
- einem Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie beim Endpunkt Vollremission Angststörung zum Zeitpunkt drei Jahre.

Bei dem vorliegenden Endpunkt ergaben sich lt. IQWiG – Bericht keine Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Zusammenfassend liegen inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen Auswertungszeitpunkte bei dem einzigen vorhandenen Endpunkt Vollremission Angststörung vor. So ergab sich kein Unterschied zur psychodynamischen Kurzzeittherapie über alle Auswertungszeitpunkte (sieben Monate, ein und drei Jahre). Zugunsten der psychodynamischen Langzeittherapie liegt ein signifikanter Effekt zum Auswertungszeitpunkt drei Jahre vor. Zum Auswertungszeitpunkt fünf Jahre liegt aber kein signifikanter Unterschied im Vergleich zu psychodynamischer LZT mehr vor.

Auf dieser Basis lässt sich keine eindeutige Aussage zu einem geringeren Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Psychodynamischen Langzeittherapie ableiten. Die Ergebnisse sprechen insgesamt für eine Gleichwertigkeit mit einem PT-RL-Verfahren, da die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen.

Bei der zusammenfassenden Bewertung ist allerdings zu berücksichtigen, dass es anhand der Berichtslage in der Studie von Knekt 2004 nicht möglich ist, die Subgruppe der von Angststörungen betroffenen Studienteilnehmer von der Population mit depressiven und Angstsymptomen abzugrenzen. In der Publikation von Knekt aus 2004 ist angegeben, dass 14,4 % der Gesamtstichprobe eine Angststörung aufgewiesen habe. Zum anderen habe bei

28,6 % eine Mischung aus depressiver und Angststörung vorgelegen (vgl. S. 33 der Publikation)²².

Bei der Ergebnisdarstellung auf S. 55/57 der Publikation von Knekt 2004 ist nicht nachvollziehbar, auf welche Subgruppe sich das Ergebnis zu Angststörungen bezieht. Bei den Auswertungen zum Endpunkt „Remission Angststörung“ sind beide Störungsgruppen in der Stichprobe gemischt, d.h. man kann anhand der Publikation nicht nachvollziehen, welcher Anteil der 56 % remittierten Angstpatienten ausschließlich die Diagnose einer Angststörung oder beide Störungen aufgewiesen hatte. Somit ist es nicht möglich, Ergebnisse getrennt nach depressiver Störung oder Angststörung zu extrahieren.

Darüber hinaus bleibt offen, auf welche Form von Angststörungen sich das signifikante Ergebnis zu Angstsymptomen bezieht, da „Angststörung“ keine eigenständige Diagnose einer psychischen Störung darstellt, sondern als Obergriff von Störungen verwendet wird, deren Kernsymptomatik sich auf Angst bezieht.

Aufgrund dieser Unklarheiten können diese Ergebnisse für eine Nutzenbewertung bei Angststörungen nicht herangezogen werden.

Aus den vorgenannten Gründen war die Studie von Knekt 2004 vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie im Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie vom 14.12.2008 nur bei depressiven Störungen nicht bei Angststörungen berücksichtigt worden.

²² Bei der Studie von Knekt 2004 handelte es sich u.a. um eine vergleichende Untersuchung der Wirksamkeit von Kurzzeit- und Langzeitpsychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen.

B-3.2.1.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie

Grundlage ist die Studie von Rakowska 2011²³: n = 120 mit sozialer Phobie nach DSM-IV, davon n = 60 mit zusätzlicher selbstunsicher vermeidender Persönlichkeitsstörung; strategische Kurzzeittherapie vs. minimal supportive Therapie.

Daten liegen vor für die Endpunkte:

- Vollremission Angststörung
- Symptomverbesserung Angst
- Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit.

In der nachfolgenden Tabelle 12 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Vollremission Angst (Fremdbeurteilung)	Klinisch relevante Verbesserung: Skala „Phobische Angst“ der SCL-90 – R ²⁴ (Selbstbeurteilung)	Klinisch relevante Verbesserung: Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“, SCL-90 – R (Selbstbeurteilung)
2 Monate	--	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	Kein stat. sign. Unterschied
5 Monate	--	Kein stat. sign. Unterschied	Kein stat. sign. Unterschied
8 Monate	Kein stat. sign. Unterschied	--	--

Tabelle 12: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG –Vergleich Systemische Therapie vs. minimal supportive Therapie bei sozialer Phobie.

²³ Die Studie von Rakowska 2011 untersuchte die Wirksamkeit von „brief strategic therapy“ (BST) im Vergleich zu minimaler supportiver Therapie bei sozialer Phobie mit und ohne zusätzliche selbstunsichere-vermeidende Persönlichkeitsstörung. Hauptergebnis war eine größere Reduktion auf den Skalen phobische Angst und Unsicherheit im Sozialkontakt der SCL-90 in der Gruppe mit BST bei Behandlungsende und im follow-up. Insgesamt ergab sich eine höhere Reduktion der Symptomatik in der Gruppe ohne zusätzliche PS-Störung.

²⁴ Die SCL-90-R ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Sie bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit der Messwiederholung. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, paranoides Denken, phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit.

B-3.2.1.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- Endpunkt **Vollremission der Angststörung:**
Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

- Endpunktkategorie **Angstsymptomatik:**
Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie, basierend auf
 - Endpunkt **Symptomverbesserung Angst:**
Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie²⁵
 - Endpunkt **Symptomatik Angst:** keine Daten

- Endpunkt **Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit:**
Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

Das IQWiG kommt auf der Basis von zweimal kein Anhaltspunkt und einem Anhaltspunkt für einen Nutzen zum Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie“ verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie.

Bei den vorliegenden Endpunkten ergaben sich lt. IQWiG – Bericht keine Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Es liegen inkonsistente Ergebnisse über die drei Endpunkte und die unterschiedlichen Auswertungszeitpunkte zu der in der Studie von Rakowska untersuchten Störung „soziale Phobie“ vor. Insgesamt überwiegen die nicht signifikanten Unterschiede zwischen systemischer Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung.

Beim Endpunkt „Vollremission Angst“ (Fremdbeurteilung) wurde kein statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie gefunden. Bei den weiteren symptombezogenen Endpunkten (phobische Angst, soziale Unsicherheit) liegen ein signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie sowie drei nicht signifikante Unterschiede vor.

Im IQWiG-Abschlussbericht wird darauf hingewiesen, dass die Werte der Unterskala „soziale Unsicherheit“ der SCL-90-R für eine weiterführende Analyse der Wirksamkeit der systemischen Therapie bei sozialer Phobie zu unspezifisch seien. Hiermit werde lt. IQWiG nur eine „Begleitsymptomatik“ der sozialen Phobie erfasst (vgl. S. 14 im Abschlussbericht).

Im Manual der SCL-90-R wird im Gegensatz dazu ausgeführt, dass die Skala „soziale Unsicherheit“ eine Kernproblematik von Betroffenen mit Sozialer Phobie erfasst, nämlich

²⁵ Im IQWiG-Bericht, S. 143 finden sich keine spezifischen Nutzensaussagen zu verschiedenen Auswertungszeitpunkten, sondern nur eine Gesamtaussage zu beiden Auswertungszeitpunkten.

soziale Unsicherheit, Gefühl der persönlichen Unzulänglichkeit, Unbehagen bei interpersoneller Kommunikation etc.²⁶

Hingegen bezieht sich die Skala „phobische Angst“ entsprechend der Beschreibung im Manual der SCL-90-R vorrangig auf agoraphobische Symptome, und zwar „auf die Definition von Agoraphobie von Marks (1969), die auch phobisch-ängstliches Depersonalisationssyndrom (Roth, 1959) genannt wird“.²⁷ Dementsprechend erfasst diese Skala gerade *nicht* die Symptomatik der sozialen Phobie²⁸, so dass die zu dieser Skala vorliegenden Ergebnisse nur wenig Aussagekraft im Hinblick auf die Wirksamkeit der systemischen Therapie bei sozialer Phobie haben.

Bei den morbiditätsbezogenen, störungsspezifischen Endpunkten der sozialen Phobie, nämlich Vollremission und „soziale Unsicherheit“, liegen keine statistisch signifikanten Unterschiede vor. Einzig zum Zeitpunkt zwei Monate liegt auf einer Skala, welche die Symptomatik der sozialen Phobie nicht im Kern trifft, ein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie vor, nicht aber zum Auswertungszeitpunkt fünf Monate.

Zusammenfassend überwiegen die nicht signifikanten Unterschiede (fünfmal) gegenüber dem einen signifikanten Effekt zugunsten der systemischen Therapie.

Aus diesen Ergebnissen kann daher kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie abgeleitet werden.

²⁶ „Neun Items beschreiben leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit. Die dritte Skala bezieht sich vor allem auf Gefühle der persönlichen Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit im Vergleich mit anderen. Selbstabwertung und Gefühle des Unwohlseins sowie deutliches Unbehagen bei interpersoneller Kommunikation sind charakteristische Manifestationen des Syndroms. Patienten mit hohem Wert auf dieser Skala berichten akute Selbstunsicherheit und negative Erwartungen in Bezug auf die Kommunikation und das zwischenmenschliche Verhalten mit anderen“.

²⁷ S. 22 Handbuch der SCL-90-R, 2. Auflage: „Sieben Items beschreiben ein leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst. Die siebente Skala umfasst andauernde und unangemessene Furcht als Reaktion auf eine bestimmte Personen, einen Platz, ein Objekt oder eine charakteristische Situation, die zu Vermeidungs- oder Fluchtverhalten führt. Die Items fokussieren auf die mehr pathogene und spaltende Manifestation des phobischen Verhaltens. Derogatis bezieht sich hier auf die Definition von Agoraphobie von Marks (1969), die auch phobisch-ängstliches Depersonalisationssyndrom (Roth, 1959) genannt wird.“

²⁸ Bei sozialer Phobie besteht insbesondere Angst vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen (nicht dagegen in Menschenmengen), weswegen soziale Situationen gemieden werden. Die Betroffenen haben z.B. Angst vor Sprechen in der Öffentlichkeit, niedriges Selbstwertgefühl und Angst vor Kritik (vgl. ICD-10, F40.1).

B-3.2.1.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Zwangsstörung

Grundlage hier sind zwei Studien, die Zwangsstörungen untersuchten:

Li 2010: n = 32, Zwangsstörung nach ICD-10, systemische Familientherapie + medikamentöse Therapie mit Paroxetin vs. medikamentöse Therapie mit Paroxetin allein;

Yang 2005: n = 60; Zwangsstörung nach der „Chinese Classification of Mental Disorders“²⁹, lösungsfokussierte Kurzzeittherapie + Paroxetin vs. Paroxetin allein.

Es liegen Daten für die Endpunkte: Symptomverbesserung Angst (bei Zwangsstörung) und Symptomverbesserung Zwang vor.

In Tabelle 13 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Symptomverbesserung Angst (HAMA) ³⁰ , Li 2010 (Fremdbeurteilung)	Symptomverbesserung Zwang 50 % Reduktion auf der YBOC-S ³¹ ; Yang 2005, Li 2010 (Selbstbeurteilung)
1 Monat	Kein stat. sign. Unterschied	--
2 Monate	Kein stat. sign. Unterschied	stat. sign. Unterschied zugunsten ST (Metaanalyse)
3 Monate	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	

Tabelle 13: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Zwangsstörung

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Symptomatik Angst:**
 - Auswertungszeitpunkt drei Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen
- **Endpunkt Symptomverbesserung Zwang:**
 - Auswertungszeitpunkt drei Monate: Hinweis auf einen Nutzen

²⁹ Wikipedia: Das CCMD „is intentionally similar in structure and categorisation to the ICD-10 and DSM, the two most well-known diagnostic manuals, though includes some variations on their main diagnoses and around 40 culturally related diagnoses“ (Zugriff am 08.12.2017).

³⁰ Hamilton Angstskala („Hamilton Anxiety Rating Scale“): „The HAM-A was one of the first rating scales developed to measure the severity of anxiety symptoms, and is still widely used today in both clinical and research settings. The scale consists of 14 items, each defined by a series of symptoms, and measures both psychic anxiety (mental agitation and psychological distress) and somatic anxiety (physical complaints related to anxiety). Although the HAM-A remains widely used as an outcome measure in clinical trials, it has been criticized for its sometimes poor ability to discriminate between anxiolytic and antidepressant effects, and somatic anxiety versus somatic side effects. Br J Med Psychol 1959; 32:50–55.“

³¹ Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere der Zwangsgedanken und Zwangsverhalten.

B-3.2.1.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Zwangsstörungen

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt auf der Basis von einem Anhaltspunkt und einem Hinweis für einen Nutzen zum Gesamtfazit *„Hinweis für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit keiner Zusatzbehandlung“* bei Angststörungen und Zwangsstörungen.

Bei den vorliegenden Endpunkten ergaben sich lt. IQWiG-Bericht keine Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Im IQWiG-Bericht wird darauf hingewiesen, dass zur Einordnung dieser Ergebnisse zu beachten sei, dass *„der Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Zwang auf zwei Studien basiert, deren Patienten in allen Studienarmen eine medikamentöse Sockeltherapie mit Paroxetin erhielten. Diese Studienergebnisse lassen sich daher nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung übertragen“*.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Hinsichtlich der im IQWiG-Bericht verwendeten Bezeichnung „keine Zusatzbehandlung“ ist darauf hinzuweisen, dass es sich in der Kontrollbedingung in den beiden Studien zu Zwangsstörung um eine medikamentöse Behandlung handelte. Somit ging es hier streng genommen nicht um den Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung, sondern um den Vergleich Systemische Therapie + Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie alleine.

Bei dem morbiditätsbezogenen Endpunkt Symptomverbesserung Zwang liegt ein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung vor. Dieser basiert auf einer Metaanalyse von zwei Studien.

Bei dem Endpunkt, „Symptomverbesserung Angst“ liegt zum Auswertungszeitpunkt drei Monate ebenfalls ein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie vor. Bei den Auswertungszeitpunkten ein und zwei Monate liegt jeweils kein signifikanter Unterschied vor. Grundlage ist die Studie von Li 2010, in der zusätzlich zur untersuchten Zwangssymptomatik auch Angstsymptome der von Zwangsstörung betroffenen Probanden mittels der HAMA-Skala untersucht wurden.

Aus der Studie von Li 2010 geht hervor, dass bei Behandlungsende die Werte der HAMA in beiden Gruppen bereits im Bereich „mild bis mäßig ausgeprägte Symptomatik“ lagen (24,5 vs. 22,7). Zum Auswertungszeitpunkt zwei Monate nach Interventionsende lagen beide Werte bereits unter 17 – einem Wertebereich, der lt. Hamilton 1959 eine mild ausgeprägte Angstsymptomatik hindeutet.³² Vor diesem Hintergrund erschließt sich nicht, welche klinische Relevanz die Berechnung eines Unterschiedes von zwei Werten haben soll, die beide bereits im unteren, klinisch - nicht mehr relevanten - Wertebereich liegen.

In Bezug auf das Ergebnis zur störungsspezifischen Symptomatik einer Zwangsstörung ist von einem Nutzen der systemischen Therapie + Pharmakotherapie im Vergleich zu

³² Each item is scored on a scale of 0 (not present) to 4 (severe), with a total score range of 0–56, **where <17 indicates mild severity**, 18–24 mild to moderate severity and 25–30 moderate to severe. Aus: Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959; 32:50–55.

Pharmakotherapie allein auszugehen. Allerdings lassen sich diese Studienergebnisse nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung mit Paroxetin übertragen.

B-3.2.2 Demenz

Hier lag für den Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung eine Studie vor (Ingersoll-Dayton, 1999), deren Verzerrungspotential vom IQWiG nicht nur wegen u.a. unklarer Verdeckung der Gruppenzugehörigkeit, sondern auch wegen unklarer Erzeugung der Randomisierungssequenz als hoch bewertet wurde.

Für den Endpunkt Morbidität lagen Daten vor.

Für alle anderen Endpunkte lagen keine Daten vor:

- Mortalität,
- gesundheitsbezogene Lebensqualität,
- allgemeines und soziales Funktionsniveau sowie
- unerwünschte Ereignisse.

Für die beiden anderen Vergleiche Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie und Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung lagen lt. Abschlussbericht des IQWiG keine Studien mit verwertbaren Daten vor.

B-3.2.2.1 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung

Grundlage ist eine Studie: Ingersoll-Dayton 1999: irreversible Demenz; n = 21; lösungsfokussierte Therapie vs. Kontrollgruppe.

Es ergaben sich für die Endpunkte Aggressivität (Häufigkeit, Schweregrad) und zielloses Herumirren (Häufigkeit, Schweregrad) keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen lösungsfokussierte Therapie und Kontrollgruppe zum Auswertungszeitpunkt sieben Wochen nach Interventionsende. Es wird noch darauf hingewiesen, dass es sich bei den untersuchten Endpunkten nicht um diagnoserelevante Kriterien einer Demenz handelt.

B-3.2.2.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt zum Gesamtfazit „*Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung*“.

Für die anderen Endpunkte wurde keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten vorlagen.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Da sich kein statistisch signifikanter Effekt bei den untersuchten Endpunkten ergab, ist der Nutzen für die Systemische Therapie bei Demenz nicht nachgewiesen. Es ist abschließend darauf hinzuweisen, dass Demenz keine Indikation für eine Psychotherapie i. S. der PT-Richtlinie darstellt.

B-3.2.3 Depressive Störungen

Grundlage sind laut IQWiG-Bericht Ergebnisse von sechs Studien mit verwertbaren Daten zu den Vergleichen Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie, Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung sowie Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung.

Das Verzerrungspotential auf Studienebene wurde vom IQWiG bei vier Studien (Fabri 2007, Lemmens 2009, Seikkula 2013, Wang 2011) als „hoch“ bewertet, u.a. wegen unklarer Verdeckung der Gruppenzuteilung und unklarer Erzeugung der Randomisierungssequenz, was sich laut Abschlussbericht auch auf das Verzerrungspotential auf Endpunktebene überträgt. Bei zwei Studien stellte das IQWiG ein niedriges Verzerrungspotential auf Studienebene fest (Knekt 2004, Rodriguez-Vega 2011). Aufgrund der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung wurde das Verzerrungspotential auch bei diesen beiden Studien auf Ebene der Endpunkte (Ergebnisse) als hoch bewertet.

Für folgende Endpunkte lagen Daten vor:

- Gesamtmortalität
- Morbidität
- Allgemeines und Soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

Für folgenden Endpunkt lagen keine Daten vor:

- unerwünschte Ereignisse.

B-3.2.3.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Grundlage sind zwei Studien:

Knekt 2004³³: n = 326, lösungsfokussierte Therapie (n = 97) vs. psychodynamische KZT (n = 101) vs. psychodynamischen LZT (n = 128); hier relevant: depressive Störung nach DSM-IV (85,6 %³⁴).³⁵

Seikkula 2013: n = 66, systemische Paartherapie vs. TAU (Einzelbehandlung mit z.B. psychiatrischen Konsultationen), depressive Störung nach DSM-IV (depressive Episode oder rezidivierende depressive Störung)

Endpunktkategorien „Vollremission Depression“ und „Depressivität“

In der nachfolgenden Tabelle 2 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zu den o.g. Endpunkten zusammengefasst:

³³ Die verschiedenen Ergebnisse der Studie von Knekt et al. wurden, insbesondere nach Beendigung der PDLZT mehrfach publiziert (u.a. 2004, 2008, 2011, 2016 vgl. hierzu Literaturliste im Abschlussbericht)

³⁴ Etwas mehr als 80 % der Probanden wiesen eine depressive Störung auf. Bei 56,9 % der Studienteilnehmer lag ausschließlich eine „mood disorder“ vor, bei 14,4 % ausschließlich eine Angststörung und bei 28,6 % lag eine Mischung aus „mood disorder“ und „anxiety disorder“ vor.

³⁵ Im Zusammenhang mit den umfangreichen statistischen Auswertungen der Ergebnisse der Studie Knekt 2004 ist auf das Problem des multiplen Testens hinzuweisen. Das Problem entsteht, wenn an derselben Stichprobe mehrere Signifikanztests zum Niveau α durchgeführt werden. Die Wahrscheinlichkeit eines Fehlers 1. Art, d.h. einer falsch positiven Aussage, erhöht sich durch multiples Testen. Statistischen Korrekturen sind nicht vorgenommen worden.

Auswertungszeitpunkt	Vollremission depressive Störung (Knekt 2004, 2008)	Symptomverbesserung Depressivität, BDI < 10 (Knekt 2004, 2008; Seikkula 2013)	Symptomverbesserung Depressivität Ansprechen/ Schwellenwert BDI ³⁶ (Knekt 2004, 2008)	Symptomverbesserung Depressivität Schwellenwert SCL-90 ³⁷ (Knekt 2004)	Symptomverbesserung Depressivität; BDI klin. rel. Symptomreduktion Jacobson/ Truax (Seikkula 2013)
6/7 Monate	--	Stat. sign. Unterschied zugunsten ST im Vergleich zu PDKZT/PDLZT (Metaanalyse, nur Knekt)	--	--	Kein stat. sign. Unterschied (Ergebnis aus Studie genommen, keine eigene Berechnung)
1 Jahr	Kein stat. sign. Unterschied zu PDKZT und PDLZT	--	Kein stat. sign. Unterschied	--	--
2 Jahre	--	Kein stat. sign. Unterschied	--	--	Kein stat. sign. Unterschied (Ergebnis aus Studie, s.o.)
3 Jahre	Kein stat. sign. Unterschied zu PDKZT und PDLZT	--	Kein stat. sign. Unterschied	--	--
5 Jahre	Kein stat. sign. Unterschied zu PDKZT und PDLZT (nur deskriptiv)	Kein stat. sign. Unterschied (Metaanalyse)	kein stat. sign. Unterschied	--	--
10 Jahre	--	--	--	Stat. sign. Unterschied zugunsten ST im Vergleich zu PDKZT; kein stat. sign. Unterschied im Vergleich zu PDLZT	--

Tabelle 2: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei depressiven Störungen zu den Endpunkten „Vollremission Depression“ und „Depressivität“.

³⁶ Operationalisiert war dieser Endpunkt lt. IQWiG-Bericht folgendermaßen: Anzahl von Patienten ohne Zusatztherapie (Psychopharmaka oder Psychotherapie mit mind. 20 Sitzungen oder psychiatrische Hospitalisierung) und zusätzlich mindestens 50%ige Reduktion des BDI-Gesamtscore oder BDI-Gesamt-Score < 10.

³⁷ Operationalisiert: mind. 50%ige Reduktion der Depressionsskala der SCL-90 oder Wert auf der Depressionsskala < 0,9. Die SCL-90-R ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Vollremission Depression:**

- Auswertungszeitpunkt eins, drei und fünf Jahre: jeweils kein Anhaltspunkt³⁸ für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer psychodynamischen Psychotherapie.

- **Endpunktkategorie Depressivität:**

Diese Endpunktkategorie setzt sich aus folgenden Endpunkten zusammen:

- **Endpunkt „Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert, BDI < 10; Knekt 2004, Seikulla 2013)“:**
 - Auswertungszeitpunkt 6/7 Monaten: Hinweis auf einen Nutzen der ST verglichen mit einer anderen PT
 - Auswertungszeitpunkte zwei und fünf Jahre: jeweils kein Anhaltspunkt auf einen Nutzen der ST verglichen mit einer anderen PT
- **Endpunkt „Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen/Schwellenwert; BDI = 50 %ige Reduktion des BDI – Gesamtscore oder BDI < 10, keine Zusatztherapie)“:**
 - Auswertungszeitpunkt eins, drei und fünf Jahre: jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der ST verglichen mit psychodynamischer Psychotherapie
- **Endpunkt „Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen/Schwellenwert SCL-90)“:**
 - Auswertungszeitpunkt zehn Jahre: Anhaltspunkt für einen Nutzen der ST verglichen mit Psychodynamischer LZT; kein Unterschied zur PDKZT³⁹
- **Endpunkt „Symptomverbesserung Depressivität (BDI-Wert, klinisch relevante Verbesserung nach Jacobson/Truax)“:**
 - Auswertungszeitpunkte sechs Monate und zwei Jahre: jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der ST im Vergleich zu anderer Psychotherapie

Für die Endpunktkategorie „Depressivität“ kommt das IQWiG auf der Basis von einem Hinweis für einen Nutzen, einem Anhaltspunkt und zehn mal keinen Anhaltspunkt für einen

³⁸ Das IQWiG unterscheidet bei der Nutzenbewertung zwischen Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg auf einen Nutzen, vgl. S. 5 im Abschlussbericht in Verbindung mit dem Methodenpapier des IQWiG.

³⁹ Zur Studie von Knekt 2004 ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei dieser Studie um eine vergleichende Untersuchung der Wirksamkeit von Kurzzeit- und Langzeitpsychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen handelt. Im IQWiG – Abschlussbericht wurden die Daten der beiden psychodynamischen Therapieformen (Kurzzeit- und Langzeittherapie) als inhaltlich gleichwertig aufgefasst und – wenn statistisch möglich - die Ergebnisse metaanalytisch zusammengefasst. Z.B. S. 274, Abschlussbericht des IQWiG : „Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Kontrollstudienarme mit einer psychotherapeutischen Behandlung testet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden. ...“. Wenn die verschiedenen Effekte im Vergleich zur Kurzzeit- oder Langzeittherapie meta-analytisch zusammengenommen werden, heben sich die in den Originalpublikationen von Knekt 2004 herausgestellten Unterschiede oder tendenziellen Unterschiede zwischen KZT und LZT teilweise auf.

Nutzen zu dem Gesamtfazit „Anhaltspunkt“⁴⁰ für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen psychotherapeutischen Behandlung“.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Über die morbiditätsbezogenen Endpunkte (Vollremission Depression, Symptomverbesserung Depression) und die verschiedenen Auswertungszeitpunkte hinweg liegen überwiegend keine statistisch signifikanten Interventionseffekte zugunsten der systemischen Therapie vor.

Endpunkt „Vollremission Depression“: zu den drei Erhebungszeitpunkten ein, drei und fünf Jahre wurde jeweils kein statistisch signifikanter Effekt gefunden.

Endpunktkategorie Symptomverbesserung Depressivität:

- Bei dem Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (BDI-Wert kleiner 10) liegen Daten zu drei Auswertungszeitpunkten vor. Beim Erhebungszeitpunkt sechs/sieben Monate ergibt sich auf der Basis einer Meta-Analyse⁴¹ ein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu psychodynamischer Psychotherapie. Zu den Erhebungszeitpunkten zwei und fünf Jahren ergab sich jeweils kein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie.
- Beim Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität, Ansprechen/Schwellenwert (BDI<10 oder 50%ige Reduktion des BDI-Wertes), wurden zu den drei Erhebungszeitpunkten zwei, drei und fünf Jahren keine statistisch signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie gefunden.
- Beim Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert SCL-90) wurde zum einzigen Auswertungszeitpunkt zehn Jahre ein statistisch signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie gefunden.
- Beim Endpunkt Depressivität (BDI-Wert, klinisch signifikante Verbesserung nach Jacobson & Truax) ergaben sich keine statistisch signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie zu den beiden Auswertungszeitpunkten eins und drei Jahren.

In der Gesamtschau dieser Ergebnisse zu den morbiditätsbezogenen Endpunkten stehen zwei statistisch signifikante Effekte zugunsten der Systemischen Therapie zehn nicht signifikanten Unterschieden gegenüber. Zudem liegt ein widersprüchliches Ergebnis zwischen den zwei Studien vor: beim Endpunkt Depressivität ergab sich bei der Studie von Knekt 2004 ein signifikanter Effekt (BDI < 10), aber bei der Studie von Seikkula 2011 kein signifikanter Effekt (klinisch signifikante Verbesserung nach Jacobson & Truax).

Da zu den morbiditätsbezogenen Endpunkten überwiegend keine statistisch signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie vorliegen und zudem noch ein widersprüchliches Ergebnis zwischen den zwei Studien vorliegt, kann auf dieser Basis kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie abgeleitet werden.

⁴⁰ Im Abschlussbericht findet sich auf S. 34 und auf S. 39 die Angabe „Hinweis auf Nutzen“, auf S. 209 steht „Anhaltspunkt“ - hier scheint es sich um ein Erratum im Dokument zu handeln.

⁴¹ Daten aus den 2 Studienarmen der Knekt-Studie (PDKZT und PDLZT) meta-analytisch zusammengefasst.

Bei der Vergleichsbedingung in der Studie von Knekt 2004 handelt es sich um psychodynamische Psychotherapie (KZT/LZT), die einem PT-RL-Verfahren entspricht. Daher ist bei nicht signifikanten Unterschieden von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren auszugehen.

Die Ergebnisse (nicht signifikante Unterschiede) zu den morbiditätsbezogenen Endpunkten aus der Studie von Knekt 2004 weisen überwiegend auf eine Gleichwertigkeit bzw. beim Endpunkt Depressivität zum Auswertungszeitpunkt sechs Monate auf eine Überlegenheit der Systemischen Therapie im Vergleich mit einem PT-RL-Verfahren (psychodynamische Psychotherapie) hin.

Endpunktkategorie Angstsymptomatik bei Depression

In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zu der Endpunktkategorie „Angstsymptomatik“ bei Depression zusammengefasst.

Eingeschlossen wurden Daten zu vier Zeitpunkten der Studie Knekt 2004 (vgl. Tabelle 3):

Auswertungszeitpunkt	Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert, HARS ⁴² < 8) Knekt 2004	Symptomverbesserung Angst (Ansprechen/Schwellenwert; Anxiety Scale der SCL-90) Knekt 2004
1 Jahr	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied
3 Jahre	kein stat. sign. Unterschied	stat. sign. Unterschied zugunsten PDLZT
5 Jahre	stat. sign. Unterschied zugunsten psychodynamischer Psychotherapie	kein stat. sign. Unterschied
10 Jahre	--	stat. sign. Unterschied zugunsten ST vs. PDKZT

Tabelle 3: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt „Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert)“:**
 - Auswertungszeitpunkt ein Jahr: keine Angaben im Bericht, ob „kein Anhaltspunkt“ (kein stat. sign. Unterschied)
 - Auswertungszeitpunkt drei Jahre: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen
 - Auswertungszeitpunkt fünf Jahre: Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der ST verglichen mit psychodynamische Psychotherapie
- **Endpunkt „Symptomverbesserung Angst, Ansprechen/Schwellenwert“:**
 - Auswertungszeitpunkt ein Jahr: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - Auswertungszeitpunkt drei Jahre: Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu PDLZT
 - Auswertungszeitpunkt fünf Jahre: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - Auswertungszeitpunkt zehn Jahre: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer psychodynamischen Kurzzeittherapie

⁴² Hamilton Anxiety Rating Scale

Auf der Basis von vier Mal kein Anhaltspunkt, zwei Anhaltspunkte für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie und einen Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie kommt das IQWiG zu dem Gesamtfazit „*Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen Psychotherapie*“ für die Endpunktkategorie „Angstsymptomatik bei Depression“.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Da zu der Endpunktkategorie Angstsymptomatik bei Depression nur die Studie von Knekt 2004 vorliegt, und es sich bei der Vergleichsbedingung in dieser Studie um psychodynamische Psychotherapie (KZT/LZT) handelt, die einem PT-RL-Verfahren entspricht, ist bei den nicht signifikanten Unterschieden von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren auszugehen.

Beim Endpunkt Symptomverbesserung Angst (Fremdbeurteilung HARS) ergeben sich zu den Auswertungszeitpunkten eins und drei Jahre keine statistisch signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie. Zum Auswertungszeitpunkt fünf Jahre ergibt sich ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie.

Beim Endpunkt Symptomverbesserung Angst (Angstskala der SCL-90, Schwellenwert) ergeben sich keine statistisch signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie zu den Auswertungszeitpunkten eins und fünf Jahren. Zum Auswertungszeitpunkt drei Jahre ergibt sich ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der psychodynamischen Langzeittherapie, während sich zum Auswertungszeitpunkt zehn Jahre ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu psychodynamischer Kurzzeittherapie ergibt.

Zusammenfassend ergeben sich demnach viermal kein statistisch signifikanter Unterschied, zweimal ein Effekt zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie und ein Effekt zugunsten der systemischen Therapie.

Auf dieser Basis kann daher bei dem Endpunkt Angstsymptomatik bei Depression von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren ausgegangen werden.

Endpunktkategorie generelle psychiatrische Symptomatik bei Depression

In der nachfolgenden Tabelle 4 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zu der Endpunktkategorie „Generelle psychiatrische Symptomatik“ bei Depression zusammengefasst. Eingeschlossen wurden Daten aus den Studien Knekt 2004 und Seikkula 2013 zu drei verschiedenen Endpunkten und sechs verschiedenen Zeitpunkten.

Auswertungszeitpunkt	Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik Knekt 2004 (50%ige Reduktion des GSI (SCL-90) oder GSI < 0,9;)	Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik Seikkula 2013 (klin. rel. Verbesserung nach Jacobson & Truax, GSI der SCL-90)	Generelle psychiatr. Symptomatik (SCL-90 GSI) Knekt 2004, Seikkula 2013
6 Monate		kein stat. sign. Unterschied	
1 Jahr	kein stat. sign. Unterschied		kein stat. sign. Unterschied
2 Jahre		kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied (Metaanalyse)
3 Jahre	kein stat. sign. Unterschied		
5 Jahre	kein stat. sign. Unterschied		kein stat. sign. Unterschied
10 Jahre	kein stat. sign. Unterschied		kein stat. sign. Unterschied

Tabelle 4: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie, generelle psychiatrische Symptomatik bei Depression; in Klammern sind die Tendenzen für die Vergleiche ST vs. psychodynamische KZT oder LZT angegeben.

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt „Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (GSI der SCL-90):**
 - Auswertungszeitpunkt eins, drei, fünf und zehn Jahre: jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen
- **Endpunkt „Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (klinisch signifikante Verbesserung nach Jacobson & Truax)“:**
 - Auswertungszeitpunkt sechs Monate und zwei Jahre: jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt „generelle psychiatrische Symptomatik (klinisch signifikante Verbesserung nach Jacobson & Truax)“:**
 - Auswertungszeitpunkt eins, zwei, fünf und zehn Jahre: jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

Auf der Basis von zehnmal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie kommt das IQWiG zu dem Gesamtfazit: „kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie“ bei der Endpunktkategorie „generelle psychiatrische Symptomatik“.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA:

Aus den in Tabelle 3 dargestellten Ergebnissen wurde bei keinem der Endpunkte ein statistisch signifikanter Unterschied (zehnmal) zwischen den Vergleichsbedingungen ermittelt, so dass hieraus zusammenfassend über alle Endpunkte zur Endpunktkategorie generelle psychiatrische Symptomatik kein Nutznachweis zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie abgeleitet werden kann.

Bezogen auf die Studie von Knekt 2004 weisen die zehn nicht signifikanten Unterschiede zu der Endpunktkategorie generelle psychiatrische Symptomatik auf eine Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren hin, da sich keine statistisch signifikanten Unterschiede bei diesem störungsunspezifischen Endpunkt im Vergleich zur psychodynamischen Psychotherapie ergeben.

Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Hier ergab sich zu keinem der Auswertungszeitpunkte (eins, drei und fünf Jahre) ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen systemischer Therapie und psychodynamischer KZT und LZT (Knekt 2004), so dass das IQWiG zum Gesamtfazit: „*kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie*“ kommt.

Bewertung durch den G-BA:

Da es sich bei der Studie um Knekt 2004 um Vergleiche mit einem anderen PT-RL-Verfahren (psychodynamische PT) handelt, ist aufgrund der nicht signifikanten Unterschiede zu drei Auswertungszeitpunkten beim Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren bei diesem störungsunspezifischen Endpunkt auszugehen⁴³.

⁴³ Je nach Vergleich mit psychodynamischer KZT oder psychodynamischer LZT sind die Ergebnisse bezogen auf die unterschiedlichen Auswertungszeitpunkte teilweise inkonsistent. Auch hier heben sich die in den Publikationen von Knekt herausgestellten Unterschiede zwischen KZT und LZT teilweise auf, wenn die Effekte metaanalytisch zusammengefasst werden.

Endpunkt Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zu der Endpunktkategorie „Allgemeines und soziales Funktionsniveau“ bei Depression zusammengefasst. Zum Endpunkt Arbeitsfähigkeit wurden Daten der Studie Knekt 2004 zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten einbezogen (vgl. Tabelle 5).

Auswertungszeitpunkt	Arbeitsfähigkeit ⁴⁴ Knekt 2004	Erwerbsstatus ⁴⁵ Knekt 2004	Soziales Funktionsniveau Gesamtwert SAS-SR Knekt 2004	Soziales und berufliches Funktionsniveau (GAF) Knekt 2004, Seikkula 2013
1 Jahr	kein stat. sign. Unterschied	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied (Metaanalyse)
2 Jahre	--	--	--	kein stat. sign. Unterschied
3 Jahre	stat. sign. Unterschied zugunsten PDLZT; kein stat. sign. Unterschied im Vergleich zu PDKZT	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied	--
5 Jahre	stat. sign. Unterschied zugunsten PDLZT; kein stat. sign. Unterschied im Vergleich zu PDKZT	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied	--
10 Jahre	--	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	kein stat. sign. Unterschied	--

Tabelle 5: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie, Allgemeines und soziales Funktionsniveau bei Depression

⁴⁴ Anzahl Patienten ohne Zusatztherapie (Psychopharmaka oder Psychotherapie oder psychiatrische Hospitalisierung oder work-ability-index ≥ 36)

⁴⁵ Anzahl von Patienten, die einer Erwerbstätigkeit/Studium nachgingen

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt „Arbeitsfähigkeit“:**
 - Auswertungszeitpunkt ein Jahr:
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - Auswertungszeitpunkte drei und fünf Jahre:
jeweils Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu PDLZT

- **Endpunkt *Erwerbsstatus*:** Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie, beruhend auf:
 - Auswertungszeitpunkte ein Jahr und zehn Jahre:
jeweils Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie gegenüber PDLPT
 - Auswertungszeitpunkte drei und fünf Jahre:
jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu PDLPT

- **Endpunkt *soziales Funktionsniveau*:**
 - Auswertungszeitpunkte eins, drei, fünf und zehn Jahre:
jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

- **Endpunkt *soziales und berufliches Funktionsniveau/ psychische Symptome*:**
 - Auswertungszeitpunkte ein und zwei Jahre:
jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

- **Endpunkt „Hospitalisierung“:**
 - Auswertungszeitpunkte ein, drei, fünf Jahre:
jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Bei der Vergleichsbedingung in der Studie von Knekt 2004 handelt es sich um psychodynamische Psychotherapie (KZT/LZT), die einem PT-RL-Verfahren entspricht. Daher ist bei nicht signifikanten Unterschieden von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren auszugehen.

Beim Endpunkt Arbeitsfähigkeit ergeben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede im Vergleich zu psychodynamischen KZT bei ein und drei Jahren und kein statistisch signifikanter Unterschied im Vergleich zur psychodynamischen LZT bei einem Jahr. Zu den Auswertungszeitpunkten drei und fünf Jahre liegt ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der PDLZT vor.

Beim Endpunkt Erwerbsstatus ergibt sich zu den Auswertungszeitpunkten ein und zehn Jahre ein Effekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu PDPT. Zu den Auswertungszeitpunkten drei und fünf Jahren ergibt sich kein statistisch signifikanter Unterschied.

Bei den drei übrigen Endpunkten soziales Funktionsniveau, soziales und berufliches Funktionsniveau/psychische Symptome sowie Hospitalisierung ergaben sich jeweils keine statistisch signifikanten Unterschiede zu den verschiedenen Auswertungszeitpunkten.

Zusammenfassend liegen in Bezug auf den Endpunkt Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit überwiegend keine statistisch signifikanten Unterschiede vor (elf Mal). Darüber hinaus ergab sich in zwei Fällen ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der psychodynamischen Langzeitpsychotherapie, in zwei Fällen ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie.

Insgesamt ist auf dieser Ergebnisgrundlage überwiegend von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL Verfahren auszugehen. Allerdings handelt es sich bei diesen Endpunkten nicht um störungsspezifische, sondern um krankheitsunspezifische Parameter, so dass den dazugehörigen Ergebnissen bei der Bewertung der Wirksamkeit der systemischen Therapie bei psychischen Störungen weniger Gewicht beigemessen werden kann als den morbiditätsbezogenen Endpunkten.

B-3.2.3.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei depressiver Störung

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt beim Vergleich Systemische Therapie mit einer anderen Psychotherapie zum Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie“. Dieses Ergebnis beruht auf:

- zweimal Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei: Endpunktkategorie Depressivität⁴⁶ und Endpunkt Erwerbsstatus
- zweimal Anhaltspunkt geringerer Nutzen der systemischen Therapie bei: Endpunktkategorie Angstsymptomatik bei Depression und Endpunkt Arbeitsfähigkeit
- achtmal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei: Vollremission depressive Störung, gesundheitsbezogene Lebensqualität, soziales Funktionsniveau, soziales und berufliches Funktionsniveau, psychische Symptome, Hospitalisierung, Endpunktkategorie psychiatrische Symptomatik

In keinem Fall ergaben sich lt. IQWiG – Bericht Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Für die Nutzenbewertung sind insbesondere Endpunkte wie Mortalität, Morbidität und Lebensqualität relevant (vgl. Verfahrensordnung G-BA). Ergebnisse zu Mortalität wurden nicht berichtet.

Beim Endpunkt Vollremission der depressiven Störung liegen über alle Auswertungszeitpunkte hinweg drei statistisch nicht signifikante Unterschiede vor. Bei der Endpunktkategorie Depressivität liegen zwei signifikante Interventionseffekte zugunsten der systemischen Therapie und sieben statistisch nicht signifikante Unterschiede vor. Beim Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität liegen über alle Auswertungszeitpunkte hinweg drei statistisch nicht signifikante Unterschiede vor. In der Endpunktkategorie Angstsymptomatik bei Depression liegen vier nicht signifikante Unterschiede, zwei signifikante Effekte zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie und ein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie vor.

Zusammengenommen liegen somit bei den Endpunkten Morbidität und Lebensqualität liegen folgende Ergebnisse vor:

- 17 mal keine statistisch signifikanter Unterschied
- drei signifikante Effekte zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie.
- zwei signifikante Effekte zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie.

⁴⁶ Im Abschlussbericht findet sich auf S. 34 und auf S. 39 die Angabe „Hinweis auf Nutzen“ für die Endpunktkategorie Depressivität, auf S. 209 steht „Anhaltspunkt“ - hier scheint es sich um ein Erratum im Dokument zu handeln. Richtig ist, dass für einen Endpunkt (Symptomverbesserung Depressivität) ein Hinweis für einen Nutzen gefunden wurde.

Zusammenfassend überwiegen demnach bei den für die Nutzenbewertung relevanten Endpunkten zu Morbidität und Lebensqualität die nicht signifikanten Unterschiede zwischen systemischer Therapie und Vergleichsbedingung. Aus diesen Ergebnissen kann daher kein Nutznachweis der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie abgeleitet werden.

Werden die Ergebnisse zu störungsunspezifischen Endpunkten, generelle psychiatrische Symptomatik und allgemeines soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, noch hinzugenommen, so ergeben sich über sämtliche Endpunkte und Auswertungszeitpunkte bei depressiver Störung hinweg insgesamt:

- 38-mal kein statistisch signifikanter Unterschied
- fünf signifikante Effekte zugunsten der systemischen Therapie und
- vier signifikante Effekte zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie.

Insgesamt überwiegen demnach die nicht signifikanten Unterschiede zwischen systemischer Therapie und Vergleichsbedingung (38-mal).

Auf der Basis dieser widersprüchlichen Ergebnisse bzw. der überwiegend vorliegenden nicht signifikanten Unterschiede über die verschiedenen Endpunkte und Auswertungszeitpunkte hinweg kann daher kein Nutznachweis der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie abgeleitet werden.

Vergleich Systemische Therapie vs. PT-RL-Verfahren

Bezogen auf den Vergleich zur psychodynamischen Psychotherapie ist überwiegend von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit psychodynamischer Psychotherapie bei den morbiditätsbezogenen Endpunkten und gesundheitsbezogener Lebensqualität auszugehen.

Da teilweise inkonsistente Ergebnisse im Vergleich zu psychodynamischer Kurzzeit- und Langzeittherapie vorliegen⁴⁷ und zu berücksichtigen ist, dass sich in zwei Fällen ein Effekt zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie ergeben hat, ist aus diesen Ergebnissen ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie ableitbar.

⁴⁷ Bei der Studie von Knekt 2004 handelte es sich u.a. um eine vergleichende Untersuchung der Wirksamkeit von Kurzzeit- und Langzeitpsychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen. Dementsprechend fanden die Studienautoren, dass die Kurzzeittherapien (Psychodynamische KZT und lösungsorientierte Therapie) in den ersten beiden Jahren nach Behandlungsende in verschiedenen Endpunkten signifikant effektiver als die psychodynamische Langzeittherapie abschnitten. Ab dem Zeitpunkt 3 Jahre nach Behandlungsende ergaben sich für die psychodynamische LZT im Vergleich zu den beiden Kurzzeittherapien signifikant höhere Effekte.

Vgl. hierzu auch Knekt 2008: „*The present trial compared the effectiveness of two short-term therapies and long-term psychodynamic psychotherapy among patients with depressive and anxiety disorders. During the first year of follow-up, patients treated with short-term psychodynamic psychotherapy recovered faster from both depressive and anxiety symptoms, and patients treated with solution-focused therapy recovered faster from depressive symptoms than patients receiving long-term psychodynamic psychotherapy. After 3 years of follow-up, however, the situation was reversed with a stronger treatment effect in the long-term psychodynamic treatment group both for patients with depressive and anxiety symptoms. Thus in the long run, long-term psychodynamic psychotherapy was more effective than the brief therapies. The differences in effects observed were moderate but they were consistent over all five outcome measures considered.*”

B-3.2.3.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung

Grundlage sind folgende Studien:

Fabbri 2007: n = 20; Rezidiv einer „Major Depression“ während einer antidepressiven LZT; Familientherapie + trizyklisches Antidepressivum vs. klinisches Management + trizyklisches Antidepressivum; hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene.

Rodriguez Vega 2011: n = 72; depressive Episode („Major Depression“) bei onkologischen Patienten; narrative Therapie + Escitalopram vs. Standardbehandlung (Escitalopram); niedriges Verzerrungspotential auf Studienebene, hohes Verzerrungspotential auf Endpunktebene.

Bei der Studie (Rodriguez Vega 2011) wurden neben dem Endpunkt Morbidität (Depressivität) auch störungsunspezifische Endpunkte wie Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Fatigue und kognitive Funktionen betrachtet. Die Daten zu diesen Endpunkten stammen aus dem EORTC QLQ-C30⁴⁸, bei dem es sich um einen Fragebogen zur Lebensqualität von Krebspatienten handelt. Darauf bezogene Ergebnisse sind hinsichtlich der Frage der Wirksamkeit der untersuchten Intervention bei spezifischen psychischen Störungen von untergeordneter Priorität.

Endpunktkategorie „Morbidität“:

In der nachfolgenden Tabelle 6 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Rückfall/ Symptomverbesserung Fabbri 2007	Depressivität Fabbri 2007 (Fremdbeurteilung: Paykel's Clinical Interview for Depr.); Rodriguez Vega 2011 (Selbstbeurteilung HADS ⁴⁹ -Subskala Depression).
3 Monate	--	kein stat. sign. Unterschied (Meta-Analyse)
6 Monate	--	kein stat. sign. Unterschied
15 Monate	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	--

Tabelle 6: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei Depression

⁴⁸ Die „European Organization for Research and Treatment of Cancer“ ist eine gemeinnützige Organisation, um die Forschung im Gebiet der Onkologie voranzutreiben. 1986 begann die Organisation die Entwicklung eines integrativen, modularen Quality of Life Fragebogens als Patient Reported Outcome (PRO)-Instrument. Sie publizierten diesen 1993 unter dem Namen EORTC QLQ-C30 als EORTC Core Quality of Life Questionnaire. Der EORTC QLQ-C30 Fragebogen beinhaltet 30 Fragen und beurteilt die Lebensqualität onkologischer Patienten multidimensional über 10 Subskalen. Da die Onkologie ein breites Spektrum an Tumorerkrankungen und damit Krankheitsbildern hat, wird er zu den eher nicht-krankheitsspezifischen Fragebögen gezählt.

⁴⁹ Hospital Anxiety and Depression Scale

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Rückfall/Symptomverbesserung:**
 - Auswertungszeitpunkt 15 Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung/Informationsvermittlung.
- **Endpunkt Depressivität:**
 - Auswertungszeitpunkt drei und sechs Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung/Informationsvermittlung

Auf der Grundlage der Studie von Rodriguez Vega 2011 hinsichtlich der nachfolgenden störungsunspezifischen Endpunkte aus den Unterskalen des EORTC QLQ-C30 kommt das IQWiG zu folgenden Bewertungen (vgl. Tabelle 7):

Auswertungszeitpunkt	Skala Appetitlosigkeit	Skala Schlafstörungen	Skala Fatigue	Skala Kognitive Funktion	Skala Lebensqualität
3 Monate	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied	stat. sign. und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST	kein stat. sign. Unterschied
6 Monate	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied	stat. sign. und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST	stat. sign. und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST

Tabelle 7: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung, (Endpunkte aus Rodriguez Vega 2011)

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Appetitlosigkeit:**
 - Auswertungszeitpunkte drei und sechs Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt Schlafstörungen:**
 - Auswertungszeitpunkte drei und sechs Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt Fatigue:**
 - Auswertungszeitpunkte drei und sechs Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt kognitive Funktion:**

- Auswertungszeitpunkte drei und sechs Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“:**
 - Auswertungszeitpunkt drei Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - Auswertungszeitpunkt sechs Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

Endpunktkategorie „allgemeines und soziales Funktionsniveau“

In der nachfolgenden Tabelle 8 sind die Ergebnisse zum Endpunkt „allgemeines und soziales Funktionsniveau“ aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst (Grundlage Studie von Rodriguez Vega 2011, Unterskalen des EORTC-QLQ-C-30):

Auswertungszeitpunkt	Skala allgemeiner Gesundheitszustand	Skala Rollenfunktion (Arbeitsfähigkeit)	Skala körperliche Funktion	Skala soziale Funktion
3 Monate	kein stat. sign. Unterschied	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	stat. sign., aber klinisch nicht relevanter Unterschied	stat. sign. und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST
6 Monate	stat. sign. aber klinisch nicht relevanter Unterschied	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	stat. sign. Unterschied und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST	stat. sign. und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST

Tabelle 8: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung, allgemeines und soziales Funktionsniveau bei Depression (Endpunkte aus Rodriguez Vega 2011)

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zur Endpunktkategorie „*allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit*“ bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Allgemeine Gesundheit:**
 - Auswertungszeitpunkte drei und sechs Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie
- **Endpunkt Arbeitsfähigkeit:**
 - Auswertungszeitpunkte drei und sechs Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie
- **Endpunkt Körperliches Funktionsniveau:**
 - Auswertungszeitpunkt drei Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - Auswertungszeitpunkt sechs Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt Soziales Funktionsniveau:**
 - Auswertungszeitpunkt drei und sechs Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

B-3.2.3.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei depressiver Störung

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt beim Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung zum Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie“. Dieses Ergebnis beruht auf:

- sechsmal Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei: Endpunkte Rückfall/Symptomverbesserung, Symptomatik kognitive Funktion, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit, körperliches Funktionsniveau, soziales Funktionsniveau
- fünfmal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei: Endpunktkategorie Depressivität; Endpunkte Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Fatigue, allgemeiner Gesundheitszustand

In keinem Fall ergaben sich zu den vorliegenden Endpunkten lt. IQWiG – Bericht Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Im IQWiG – Bericht wird darauf hingewiesen, dass dieses Ergebnis auf Studien basiert, in denen die Patienten eine medikamentöse Begleitbehandlung erhielten, weswegen die Studienergebnisse sich daher nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung übertragen lassen.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Zu den für die Nutzenbewertung relevanten morbiditätsbezogenen Endpunkten (Rückfall; Depressivität) ergeben sich bei dem Vergleich Systemische Therapie mit Beratung und Informationsvermittlung über die Endpunkte und die verschiedenen Auswertungszeitpunkte hinweg inkonsistente Ergebnisse.

Für den Endpunkt „Rückfall“ ergab sich ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie. Die diesem Ergebnis zugrundeliegende Studie von Fabbri 2007 wies neben einem hohen Verzerrungspotential auch eine sehr kleine Stichprobe von $n = 20$ auf. In jeder Untersuchungsbedingung befanden sich also nur zehn Probandinnen/Probanden, von denen im systemischen Studienarm vier Patienten das Kriterium „Rückfall einer depressiven Episode“ zum Auswertungszeitpunkt 15 Monate aufwiesen. Im Kontrollstudienarm waren dies neun Patientinnen/Patienten. Aufgrund der kleinen Fallzahl sind somit - abgesehen von den Limitationen für statistische Berechnungen - Aussagekraft und Generalisierbarkeit dieses Ergebnisses erheblich eingeschränkt.

Für den Endpunkt „Depressivität“ ergaben sich auf der Basis von zwei Studien (Fabbri 2007, Rodriguez-Vega 2011) hingegen zu beiden Untersuchungszeitpunkten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsbedingungen.

Über alle störungsspezifischen und störungsunspezifischen Endpunkte und alle Auswertungszeitpunkte hinweg liegen inkonsistente Ergebnisse vor:

- neun signifikante Unterschied zugunsten der systemischen Therapie

- zwölf statistisch nicht signifikante Unterschiede (bzw. der signifikante Unterschied war klinisch nicht relevant).

Zusammenfassend überwiegen zum einen über alle End- und Auswertungszeitpunkte hinweg die nicht signifikanten Unterschiede im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung. Zum anderen ist die Generalisierbarkeit des beim morbiditätsrelevanten Endpunkt Rückfall gefundenen signifikanten Interventionseffektes aufgrund der sehr kleinen Fallzahl in den Studienarmen erheblich limitiert. Darüber hinaus ergibt sich zu dem anderen morbiditätsrelevanten Endpunkt „Depressivität“ auf der Basis einer Meta-Analyse kein signifikanter Effekt zu zwei Auswertungszeitpunkten.

Insgesamt kann daher aus diesen Ergebnissen kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung bei depressiven Störungen abgeleitet werden.

B-3.2.3.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung

Grundlage sind folgende Studien:

Lemmens 2009: n = 83; Major Depression“ nach DSM-IV; „single“ systemische Familientherapie (n = 25) vs. Multifamilientherapie (n = 35) vs. Treatment as usual⁵⁰ (n = 23):

Wang 2011: n = 76; Depression nach CCMD-3, HDRS-17 > 18; systemische Familientherapie + Sertralin vs. Sertralin allein.

Bei beiden Studien liegt lt. IQWiG-Bewertung ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene vor.

Endpunktkategorien Mortalität und Morbidität

In der nachfolgenden Tabelle 9 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Anzahl Suizide Lemmens 2009	Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen), BDI Lemmens 2009	Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert, BDI) Lemmens 2009	Symptomatik Depressivität Lemmens 2009 BDI Wang 2011 HDRS
3 Monate	--	kein stat. sign. Unterschied	kein stat. sign. Unterschied	stat. sign., aber klin. nicht relevanter Unterschied (Metaanalyse)
15 Monate	Kein stat. sign. Unterschied	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	kein stat. sign. Unterschied	stat. sign., aber klin. nicht relevanter Unterschied

Tabelle 9: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Depression, Mortalität und Depressivität.

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunktkategorie Mortalität**
 - **Endpunkt Anzahl Suizide:** Auswertungszeitpunkt 15 Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunktkategorie Morbidität**
 - **Symptomverbesserung Depressivität** (Ansprechen, mind. 50 %ige Reduktion des BDI-Gesamtscores):
Auswertungszeitpunkt drei Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
Auswertungszeitpunkt 15 Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - **Symptomverbesserung Depressivität** (Schwellenwert BDI < 9):
Auswertungszeitpunkt drei und 15 Monate: jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

⁵⁰ Lt. Studienangaben: 2-3 monatige multiprofessionelle stationäre oder tagesklinische Behandlung; nach Entlassung Überweisung an Psychiater

- **Symptomatik Depressivität (BDI, HDRS):**
Auswertungszeitpunkt drei und 15 Monate: jeweils kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

Auf der Basis von fünfmal kein Anhaltspunkt und einen Anhaltspunkt für einen Nutzen kommt das IQWiG zum Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung“⁵¹ bezogen auf die Endpunktkategorie „Depressivität“.

Endpunktkategorie „allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit“

In der nachfolgenden Tabelle 10 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst:

Auswertungszeitpunkt	Soziales und berufliches Funktionsniveau (Global Assessment Scale, GAS, Fremdbeurteilung) Wang 2011	Hospitalisierung
0,5 Monate	kein stat. sign. Unterschied	--
1 Monat	kein stat. sign. Unterschied	--
2 Monate	stat. sign. und klin. relevanter Unterschied zugunsten ST	--
3 Monate	stat. sign. und klin. relevanter Unterschied zugunsten ST	--
15 Monate	--	kein stat. sign. Unterschied

Tabelle 10: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Depression, soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau:**
 - Auswertungszeitpunkt zwei und drei Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung
- **Endpunkt Hospitalisierung:**
 - Auswertungszeitpunkt 15 Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

⁵¹ Auf S. 284 im IQWiG-Bericht steht hier „Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie verglichen mit einer **anderen psychotherapeutischen Behandlung**“ – dies muss ein Druckfehler sein. Möglicherweise ist auch der gesamte Satz inkorrekt?

B-3.2.3.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei depressiver Störung

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt beim Vergleich Systemische Therapie mit keiner Zusatzbehandlung zum Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie“. Dieses Ergebnis beruht auf:

- zweimal Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei: Endpunktkategorie Depressivität, Endpunkte soziales und berufliches Funktionsniveau/psychische Symptome,
- zweimal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei: Endpunkte Suizid, Hospitalisierung

In keinem Fall ergaben sich zu den vorliegenden Endpunkten lt. IQWiG-Bericht Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Im IQWiG-Bericht wird darauf hingewiesen, dass die Anhaltspunkte für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung auf Studien basieren, in denen die Patienten entweder eine medikamentöse (Wang 2011) oder eine umfassende psycho- und pharmakotherapeutische Begleitbehandlung (Lemmens 2009) erhielten. Dabei sei zu beachten, dass sich der Begriff „keine Zusatzbehandlung“ auf die Abwesenheit einer zur Begleitbehandlung zusätzlichen Behandlung im Kontrollstudienarm bezieht. Die Studienergebnisse lassen sich daher lt. IQWiG-Bericht nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung übertragen.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Bei den Ergebnissen zu dem Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei depressiver Störung sind über die verschiedenen Endpunkte und Auswertungszeitpunkte hinweg inkonsistente Ergebnisse festzustellen.

Bei der Endpunktkategorie Depressivität liegen sowohl über die drei betrachteten Endpunkte als auch über die verschiedenen Auswertungszeitpunkte hinweg inkonsistente Ergebnisse vor.

So wurde beim Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (mind. 50 %ige Reduktion des BDI-Gesamtscore) – beruhend auf einer Meta-Analyse von zwei Studien - zum Auswertungszeitpunkt drei Monate kein statistisch signifikanter Unterschied gefunden. Zum Auswertungszeitpunkt 15 Monate ergab sich ein Interventionseffekt zugunsten systemischer Therapie (auf der Basis der Studie von Lemmens 2009 mit n = 83 Probanden, die sich auf drei Studienarme verteilten: „single“ systemische Familientherapie: n = 25; Multifamilientherapie: n = 35; TAU: n = 23).

Beim Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (BDI-Wert < 9) ergab sich zu beiden Auswertungszeitpunkten drei und 15 Monate kein statistisch signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie.

Beim Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (erfasst durch Selbst- und Fremdbeurteilung) ergab sich zwar ein statistisch signifikanter Unterschied, dieser war aber lt. IQWiG-Bericht klinisch nicht relevant.

Bei den Endpunkten Suizid und Hospitalisierung ergab sich jeweils kein signifikanter Unterschied.

Auch bei dem störungs*unspezifischen* Endpunkt „soziales und berufliches Funktionsniveau“ liegen über die Auswertungszeitpunkte hinweg inkonsistente Ergebnisse vor. Zu den Auswertungszeitpunkten 0,5 und ein Monat ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, aber zu den Auswertungszeitpunkten zwei und drei Monate wurde ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie gefunden.

Zusammenfassend liegen über alle Endpunkte hinweg

- neun nicht signifikante Unterschiede und
- drei signifikante Effekte zugunsten der systemischen Therapie vor.

Bei den für die Nutzenbewertung relevanten Endpunkten Mortalität und Morbidität überwiegen die nicht signifikanten Unterschiede. Nur bei einem von sechs berechneten Werten ergab sich ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie.

Insgesamt kann aus diesen Ergebnissen kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung bei depressiver Störung abgeleitet werden.

B-3.2.4 Essstörungen

Grundlagen sind lt. Abschlussbericht drei Studien mit verwertbaren Daten zu den Vergleichen Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie und Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung.

Das Verzerrungspotential auf Studienebene wurde vom IQWiG bei allen drei Studien als „hoch“ bewertet, u.a. wegen unklarer Verdeckung der Gruppenzuteilung (drei Studien) und unklarer Erzeugung der Randomisierungssequenz (eine Studie), was sich lt. Abschlussbericht auch auf das Verzerrungspotential auf Endpunktebene überträgt.

Für folgende Endpunkte lagen lt. Bericht Daten vor:

- Gesamtmortalität
- Morbidität (Teilremission Essstörung, Symptomverbesserung Essanfälle),
- Soziales Funktionsniveau (essstörungsspezifische Symptome, psychische Symptome),
- Hospitalisierung.

Für folgende Endpunkte lagen keine Daten vor:

- gesundheitsbezogene Lebensqualität,
- unerwünschte Ereignisse.

B-3.2.4.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei „Binge eating disorder“ und Anorexia nervosa

Grundlage sind folgende drei Studien:

Castelnuovo 2011: „Binge eating disorder“ (BED) nach DSM IV-TR; n = 60; strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy, SKT, 16 Sitzungen, stationär und ambulant-telefonisch) vs. kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioral Therapy CBT, 16 Sitzungen, stationär und ambulant-telefonisch).

Dare 2001: Anorexia nervosa (A.N.) nach DSM IV-TR; n = 84; Familientherapie (FT, Sitzungsanzahl unklar, n = 22) vs. „focal“ psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie (PDKZT, 25 Sitzungen, n = 21) vs. kognitiv-Analytische Therapie (KAT, n = 22) vs. Standardbehandlung (Routine treatment, n = 19).

Russel 1987: Gesamtstichprobe 80, davon 15 Patientinnen > 18 Jahre mit Anorexia nervosa nach DSM III; n = 15; Familientherapie (FT, 11 Sitzungen) vs. individuelle supportive Therapie (IST, 16 Sitzungen).

In der nachfolgenden Tabelle 14 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie zusammengefasst.

Auswertungzeitpunkt	Gesamtmortalität (Anzahl während Studienphase verstorbener Patientinnen) (Dare 2001)	Teilremission Essstörung Anorexia nervosa (Dare 2001, Russel 1987) Wegfall eines niedrigen Körpergewichts	Symptomverbesserung Essanfälle, „Binge eating disorder“ (Castelnuovo, 2011) < 2 Binge eating-Attacken/ Woche	Soziales Funktionsniveau Russel 1987: MRSA-Gesamtwert ⁵² Castelnuovo 2011: OQ 45.2 ⁵³	Hospitalisierung (Dare 2001)
1 Monat	--	--	--	Kein stat. sign. Unterschied (Castelnuovo 2011)	--
7 Monate	--	--	stat. sign. Unterschied zugunsten ST (vs. KVT)	stat. sign. und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST (vs. KVT) (Castelnuovo 2011)	--
12 Monate	Kein stat. sign. Unterschied (Vergleich zu „focal PDKZT“)	Kein stat. sign. Unterschied (sowohl Vergleich zu „focal PDKZT als auch andere PT) Metaanalyse	--	--	Kein stat. sign. Unterschied (Vergleich zu „focal“ PDKZT)
72 Monate	--	Kein stat. sign. Unterschied (nur Russel 1987, IST)	--	stat. sign., aber nicht klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST (Russel 1987)	--

Tabelle 14: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Abschlussberichts: Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei „Binge eating disorder“/Anorexia nervosa, (wenn es sich um einen Vergleich mit einer RL-Therapie gehandelt hat, ist dies jeweils in Klammern hinter das Ergebnis gesetzt).

⁵² Morgan und Russel Skala: Messinstrument zur Erfassung des langfristigen Verlaufs von Anorexia nervosa mit 5 Dimensionen: A. Ernährung; B Regelstatus; C. Psychischer Status; D. Psycho-sexueller Status; E. Sozialer Status.

⁵³ Outcome Questionnaire, OQ 45.2: Selbstbeurteilungssfragebogen zur kontinuierlichen Erfassung des Verlaufs der Behandlungen von psychischen Störungen (Messung der aktuellen Beeinträchtigungsschwere, Überprüfung vorher/nachher, Verlauf der Psychotherapie; Entscheidungshilfe zur Behandlungsplanung); die Hälfte der 45 Items betreffen Kernaspekte depressiver Symptome und Angstsymptome.

Die Ergebnisse der statistischen Analysen des Vergleichs Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei „Binge eating disorder“ und Anorexia nervosa auf der Grundlage von drei Studien bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Gesamtmortalität**
Auswertungszeitpunkt zwölf Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie (es wurden zu diesem Endpunkt keine Ereignisse berichtet, so dass kein Effektschätzer berechnet werden konnte, S. 305)
- **Endpunkt Teilremission Essstörung:** kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie.
Dieses Ergebnis setzt sich folgendermaßen zusammen:
 - Auswertungszeitpunkt zwölf Monate:
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie (Dare 2001, Russel 1987);
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie vs. „focal PDKZT“ (Dare 2001)
 - Auswertungszeitpunkt 72 Monate:
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie (Russel 1987)
- **Endpunkt Symptomverbesserung Essanfälle:**
 - Auswertungszeitpunkt sieben Monate:
Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu KVT (Castelnuovo 2011, BED)
- **Endpunktkategorie soziales Funktionsniveau:**
 - **Endpunkt essstörungsspezifische Symptome:**
Auswertungszeitpunkt 72 Monate:
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie (Russel 1987)
 - **Endpunkt Psychische Symptome:**
Auswertungszeitpunkt sieben Monate:
Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu KVT (Castelnuovo 2011, BED)
 - **Endpunkt Hospitalisierung:**
Auswertungszeitpunkt zwölf Monate:
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu PDKZT/andere PT (Dare 2001, A.N.)

B-3.2.4.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei „Binge eating disorder“ und Anorexia nervosa

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt auf der Basis von zweimal Anhaltspunkt und viermal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen zum Gesamtfazit „Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen Psychotherapie bzw. einer Richtlinientherapie“. Dieses Ergebnis beruht auf:

- zweimal Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei folgenden Endpunkten: Symptomverbesserung Essanfälle, soziales Funktionsniveau/psychische Symptome
- viermal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei folgenden Endpunkten: Gesamtmortalität, Teilremission Essstörung, soziales Funktionsniveau/essstörungsspezifische Symptome und Hospitalisierung.

Bei den vorliegenden Endpunkten ergaben sich lt. IQWiG-Bericht keine Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Im IQWiG-Bericht wird darauf hingewiesen, dass zur Einordnung dieser Ergebnisse zu beachten sei, dass *„die Anhaltspunkte für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung hinsichtlich der beiden Endpunkte Symptomverbesserung Essanfälle und soziales Funktionsniveau/psychische Symptome (...) gänzlich auf den Ergebnissen einer Studie, die Patientinnen mit einer Binge-Eating-Störung untersuchte“*, basieren. *„Aus den Studien, die Patientinnen mit Anorexia nervosa untersuchten, wird für keinen der betrachteten Endpunkte ein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie festgestellt.“*

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Über alle Endpunkte und Auswertungszeitpunkte hinweg liegen zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie inkonsistente Ergebnisse vor:

- zwei signifikante Effekte zugunsten der systemischen Therapie
- sechs Mal nicht signifikante Unterschiede (bzw. einer der statistisch signifikanten Unterschiede war klinisch nicht relevant).

Die zwei signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie beziehen sich auf eine Studie, die Patientinnen mit „Binge-eating-disorder“ untersuchte.

Über alle Endpunkte und Auswertungszeitpunkte hinweg überwiegen demnach die nicht signifikanten Unterschiede, daher kann aus diesen Ergebnissen kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie bei Anorexia nervosa und „Binge eating disorder“ abgeleitet werden.

Vergleich Systemische Therapie vs. PT-RL-Verfahren

Da es sich zum Teil um Vergleiche mit Psychotherapie-RL-Verfahren handelt, ist bei den Ergebnissen, bei welchen kein statistisch signifikanter Unterschied gefunden wurde, von

einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit der jeweiligen RL-Psychotherapie auszugehen.

In der Studie von Russel 1987 handelte es sich bei der Vergleichsbedingung um unspezifische individuelle supportive Therapie⁵⁴, diese ist nicht mit RL-Therapie vergleichbar.

Bei der Studie von Dare 2001 bestand der zweite Studienarm aus einer „*focal psychodynamic psychotherapy*“ (psychodynamische KZT, 25 Sitzungen). Diese kann mit einer tiefenpsychologischen fundierten Psychotherapie gleichgesetzt werden, so dass bei diesem Ergebnis eine Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einer Richtlinientherapie gegeben ist. Bei dem dritten Studienarm bei Dare 2001 handelte es sich um kognitiv-analytische Therapie, die nicht mit RL-Therapie gleichzusetzen ist.

Somit ist auf der Grundlage einer Studie (Dare 2001) beim Endpunkt Teilremission Essstörung (Anorexia nervosa) von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie zu psychodynamischer KZT auszugehen. Allerdings weist diese Studie ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene auf. Zudem ist die Generalisierbarkeit dieses Ergebnisses aufgrund der kleinen Fallzahl in den Studienarmen (22 vs. 21) eingeschränkt. Somit weist dieses Ergebnis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren hin.

In der Studie von Castelnuovo 2011 zur „Binge eating disorder“ ergab sich in Bezug auf den Endpunkt Symptomverbesserung Essanfälle ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu kognitiver Verhaltenstherapie zum Auswertungszeitpunkt sieben Monate. Allerdings weist auch diese Studie ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene auf. Somit liegt ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren vor.

⁵⁴ Zitat aus Studie von Russel 1987; „*non-specific form of individual therapy, not a formal psychoanalytic psychotherapy but was supportive, educational, and problem-centered, with elements of cognitive, interpretative, and strategic therapies*“.

B-3.2.4.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei Anorexia nervosa

Grundlage ist eine Studie:

Dare 2001: Anorexia nervosa nach DSM IV-TR; n = 84; Familientherapie (FT, n = 22) vs. psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie (PDKZT, n = 21) vs. kognitiv-Analytische Therapie (KAT, n = 22) vs. Standardbehandlung („Routine treatment“, n = 19)

In der nachfolgenden Tabelle 15 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Gesamtmortalität (Anzahl während Studienphase verstorbener Patientinnen)	Teilremission Essstörung (Wegfall eines signifikant niedrigen Körpergewichts)	Hospitalisierung
12 Monate	Kein stat. sign. Unterschied	Stat. sign. Unterschied zugunsten ST	Kein stat. sign. Unterschied

Tab. 15: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Abschlussberichts: Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei Anorexia nervosa.

Die Ergebnisse der statistischen Analysen des Vergleichs Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung (Standardbehandlung) auf der Grundlage einer Studie zu Anorexia nervosa bewertet das IQWiG wie folgt:

- Endpunkt Gesamtmortalität:**
 Auswertungszeitpunkt zwölf Monate: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- Endpunkt Teilremission Essstörung (Anorexia nervosa):**
 Auswertungszeitpunkt zwölf Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie:
- Endpunkt Hospitalisierung:**
 Auswertungszeitpunkt zwölf Monate: Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

B-3.2.4.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei Anorexia nervosa

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt somit auf der Basis von zweimal kein Anhaltspunkt und einen Anhaltspunkt zum Gesamtfazit „*Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung bei Patientinnen*“ in Bezug auf den Störungsbereich Essstörungen.

Bei den vorliegenden Endpunkten ergaben sich lt. IQWiG-Bericht keine Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Bei den Endpunkten Gesamtmortalität (Anzahl verstorbener Patientinnen) und Hospitalisierung liegt jeweils kein signifikanter Unterschied zwischen systemischer Therapie und „routine treatment“ vor. Beim störungsspezifischen Endpunkt Teilremission Essstörung liegt ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich „routine treatment“ bei Patientinnen mit Anorexia nervosa vor.

In Gesamtwürdigung dieser Ergebnisse kommt dem Endpunkt Teilremission Essstörung (Dare 2001) mehr Gewicht zu als den nicht signifikanten Unterschieden bei den Endpunkten Mortalität und Hospitalisierung. Allerdings weist die Studie von Dare 2001 ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene auf. Zudem ist die Generalisierbarkeit dieses Ergebnisses aufgrund der kleinen Fallzahl in den Studienarmen (22 vs. 19) eingeschränkt. Somit weist dieses Ergebnis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu „routine treatment“ bei Patientinnen mit Anorexia nervosa hin.

B-3.2.4.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung

Für diesen Vergleich liegen lt. Abschlussbericht des IQWiG keine Studien mit verwertbaren Daten vor.

B-3.2.5 Gemischte Störungen

Die Studie von Lau 2007 für den Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie wurde vom IQWiG diesem Bereich zugeordnet. Das Verzerrungspotential dieser Studie wurde vom IQWiG als hoch bewertet.

Für die beiden anderen Vergleiche Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung sowie Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung lagen lt. Abschlussbericht des IQWiG keine Studien mit verwertbaren Daten vor.

Es lagen für folgende Endpunkte Daten vor: Morbidität und berufliches/soziales Funktionsniveau. Für die Endpunkte Mortalität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines Funktionsniveau sowie unerwünschte Ereignisse lagen keine Daten vor.

B-3.2.5.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Grundlage ist eine Studie:

Lau 2007: 86 Frauen, die an den Langzeitfolgen von intrafamiliären sexuellem Missbrauch in der Kindheit leiden; systemische Gruppentherapie vs. psychoanalytische Gruppentherapie, PAGT. Nach durch den G-BA erfolgter Prüfung sind in der Studie verschiedene ICD-10 Diagnosen angegeben: Anzahl Patientinnen ST vs. PAGT:

F30-39 (affektive Störungen): drei vs. sechs;

F40-41 (Angststörungen): drei vs. sechs;

F43 (posttraumatische Belastungsstörung): sechs vs. 13;

F42, F44-49 (Zwangsstörungen und andere neurotische Störungen): vier vs. null;

F50-59 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen): eins vs. eins

F60-62 (Persönlichkeitsstörungen und anhaltende Persönlichkeitsänderungen): 20 vs. 19

In der nachfolgenden Tabelle 21 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik; Anzahl Patienten mit signifikanter Verbesserung des GSI der SCL-90-R⁵⁵	Berufliches/ soziales Funktionsniveau, psychische Symptome GAF⁵⁶
5 (ST) bzw. 12 (PAGT) Monate	Stat. sign. Unterschied zugunsten ST	Stat. sign., aber klinisch nicht relevanter Unterschied
17 (ST) bzw. 24 (PAGT) Monate	Kein stat. sign. Unterschied	Kein stat. sign. Unterschied

Tab. 21: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Abschlussberichts: gemischte Störungen; Vergleich Systemische Therapie vs. psychoanalytische Gruppentherapie

⁵⁵ Die SCL-90-R von L.R. Derogatis ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der symptomatischen Belastung durch körperliche und psychische Symptome auf neun Skalen und umfasst Bereiche wie Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit (Manual SCL-90-R, Deutsche Version, 2. Auflage, 2000). Der GSI-Wert ist die subjektive grundsätzliche Belastung.

⁵⁶ Mit GAF, Global Assessment of Functioning Scale ist die V. Achse des DSM gemeint. Die GAF-Skala erfasst das allgemeine Funktionsniveau. Es werden die psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereich beurteilt.

B-3.2.5.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. RL-Therapie (psychoanalytische Gruppentherapie) bei verschiedenen psychischen Störungen

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Die Ergebnisse der statistischen Analysen bei gemischten Störungen zum Vergleich Systemische Therapie vs. psychoanalytischer Gruppentherapie bei Frauen auf der Grundlage einer Studie bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Symptomverbesserung** (generelle psychiatrische Symptomatik): Auswertungszeitpunkt fünf bzw. zwölf Monate: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie psychoanalytischer Gruppentherapie
- **Endpunkt berufliches und soziales Funktionsniveau, psychische Symptome:** kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie

Für die weiteren Endpunkte wurde keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

Auf dieser Basis kommt das IQWiG zum Gesamtfazit *„Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie bei Patientinnen“*.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Lau et al. (2007) untersuchten Frauen, die an den Langzeitfolgen eines intrafamiliären Missbrauchs litten. Laut den Angaben aus der Studie liegen bei den Studienteilnehmerinnen unterschiedliche psychische Störungen vor. Eine Zuordnung zu einer spezifischen Indikation einer psychischen Störung ist nicht möglich, da der Anteil keiner der in der Studie genannten Diagnosen 80 % beträgt. Die Studie von Lau et al. wurde im IQWiG-Bericht dem Störungsbereich „gemischte Störungen“ zugeordnet.

Gemischte Störungen sind nicht als eigenständiger Anwendungsbereich in § 26 PT-RL aufgeführt. Anstelle eines Nutznachweises in einem der Anwendungsbereiche der PT-RL kann je nach Studienlage im Einzelfall ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten psychischen Störungen anerkannt werden, vgl. § 19, Absatz 1, Nummer 2 PT-RL:

„Gemischte Störungen im Sinne des Satzes 2 werden von Studien erfasst, in denen überwiegend Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen und/oder diagnostisch gemischte Patientengruppen behandelt wurden; den psychischen Störungen der in den Studien behandelten Patientinnen und Patienten muss Krankheitswert zukommen. Ein Nutznachweis nach Satz 2 kann nur anerkannt werden, wenn eine Zuordnung der jeweiligen Studie zu einem der Anwendungsbereiche nach § 26 Absatz 1 Nummer 1 bis 9 und Absatz 1 bis 4 nicht möglich ist und wenn der durch die Studie geführte Nutznachweis nicht überwiegend auf Behandlungseffekte bei Störungen aus solchen Anwendungsbereichen zurückzuführen ist, für die bereits ein indikationsspezifischer Nutznachweis erbracht worden ist. Eine Berücksichtigung nach Satz 2 bedarf einer umfassenden Abwägung im Einzelfall, inwieweit ein Nutznachweis durch Studien zu gemischten Störungen in seiner Bedeutung einem Nutznachweis in einem der Anwendungsbereiche nach Satz 1 Buchstabe b gleichkommt.“

Ob die Studie von Lau et al. den gemischten Störungen gem. § 19 Absatz 1 Nummer 2 PT-RL zugeordnet werden kann bleibt unklar.

Zu den zwei vorliegenden Endpunkten und den verschiedenen Auswertungszeitpunkten liegen inkonsistente Ergebnisse vor. Es finden sich drei nicht signifikante Unterschiede

zwischen systemischer Therapie und psychoanalytischer Gruppentherapie und ein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie.

Da es sich bei dieser Studie um einen Vergleich mit einer psychoanalytischen Gruppentherapie handelt, ist aufgrund der Ergebnisse (drei nicht signifikante Unterschiede, ein signifikanter Unterschied) von einer Gleichwertigkeit mit einem PT-RL-Verfahren auszugehen.

Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass in der vorliegenden Studie störungsunspezifische Skalen, die allgemeine Belastung bzw. Beeinträchtigung durch psychische Symptome erfassen, verwendet wurden⁵⁷. Aus diesen Ergebnissen ist ein Nutznachweis der systemischen Therapie bezogen auf unspezifische psychische Symptome ableitbar. Da es sich aber um eine diagnostisch gemischte Patientengruppe handelt, kann hierzu keine indikationsspezifische Aussage getroffen werden.

⁵⁷ Der Gesamtwert der SCL-90 (GSI) erfasst die subjektiv empfundene Belastung durch psychische Symptome. Hier ergab sich zum Auswertungszeitpunkt 5 bzw. 12 Monate ein signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie. Zum Auswertungszeitpunkt 17 bzw. 24 Monate fand sich kein signifikanter Unterschied mehr zwischen den Vergleichsbedingungen.

Mit der GAF-Skala werden Beeinträchtigungen durch psychische Symptome erfasst (Fremdbeurteilung). Hier fand sich zu beiden Auswertungszeitpunkten kein statistisch signifikanter bzw. klinisch relevanter Unterschied zwischen den Vergleichsbedingungen.

B-3.2.6 Persönlichkeitsstörungen

Für den Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie lag eine Studie vor (Knekt 2004), deren Verzerrungspotential vom IQWiG auf Studienebene als niedrig und auf Endpunktebene als hoch bewertet wird.

Für den Endpunkt Morbidität (Vollremission Persönlichkeitsstörung) lagen Daten vor, für die anderen Endpunkte wie Mortalität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau sowie unerwünschte Ereignisse lagen keine Daten vor.

B-3.2.6.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Grundlage ist eine Studie:

Knekt 2004: hier nur relevant Teilstichprobe von 18 % mit Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV, n = 43; lösungsfokussierte Therapie (n = 18) vs. psychodynamische KZT (n = 25); Diagnoseverteilung: 12 % Persönlichkeitsstörung nicht näher bezeichnet, 2,5 % Cluster B Persönlichkeitsstörung, 3,8 % Cluster C Persönlichkeitsstörung⁵⁸. Cluster A Persönlichkeitsstörungen wurden nicht in die Studie eingeschlossen.

Ergebnis:

Zu dem einzigen Endpunkt, Vollremission Persönlichkeitsstörung, lag zu den beiden Auswertungszeitpunkten sieben und zwölf Monaten kein signifikanter Unterschied zwischen systemischer Therapie und psychodynamischer Psychotherapie vor. In absoluten Zahlen waren zum Auswertungszeitpunkt sieben Monate im systemischen Studienarm vier von 18 Patienten, im psychodynamischen Studienarm fünf von 25 Patienten ohne Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Zum Auswertungszeitpunkt zwölf Monate waren im systemischen Studienarm unverändert vier von 18 Patienten, im psychodynamischen Studienarm zwölf von 25 Patienten ohne Diagnose einer Persönlichkeitsstörung.

B-3.2.6.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt zum Gesamtfazit: „*Kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie*“ bei Persönlichkeitsstörungen.

Zur Einordnung der Ergebnisse weist das IQWiG darauf hin, dass zu beachten sei, dass die Studienpopulation nur aus Patienten mit Persönlichkeitsstörungen des Clusters B (dramatisches, emotionales oder launenhaftes Verhalten), Clusters C (zwanghaftes, ängstliches oder furchtsames Verhalten) sowie mit nicht näher bezeichneter Persönlichkeitsstörung bestanden hatte. Persönlichkeitsstörungen des Clusters A, wie bspw. paranoide oder schizoide Persönlichkeitsstörungen, galten als Ausschlusskriterium. Daher

⁵⁸ Im diagnostischen und statistischen Manual der American Psychiatric Association (DSM-5) sind die Persönlichkeitsstörungen auf Achse II getrennt von den anderen psychischen Störungen aufgeführt und werden nach deskriptiven Ähnlichkeiten in drei „Cluster“ eingeteilt: Cluster A: paranoide, schizoide und schizotype Persönlichkeitsstörung. Cluster B: emotional instabile, histrionische, narzisstische, antisoziale und Borderline-Störung; Cluster C: selbstunsichere, abhängige, zwanghafte und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung.

lassen sich die Studienergebnisse lt. IQWiG-Bericht nur auf Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung der Cluster B und C sowie mit einer nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsstörung übertragen.

Aus den Ergebnissen der Studie von Knekt 2004 ergaben sich keine Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Da es sich in der Studie von Knekt 2004 in der Vergleichsbedingung um psychodynamische Psychotherapie (KZT, LZT) handelt, ist bei den nicht signifikanten Unterschieden von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einem PT-RL-Verfahren auszugehen.

Allerdings ist hier darauf hinzuweisen, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen um *chronische, überdauernde Änderungen* in Persönlichkeit und Verhalten (vgl. z.B. ICD-10, Kapitel F60) handelt. Vor diesem Hintergrund ist das Ergebnis „Vollremission“ dieser Störung bei Behandlungsende in Frage zu stellen. Zudem handelt es sich um eine sehr kleine Fallzahl in den jeweiligen Studienarmen, so dass die Generalisierbarkeit dieses Ergebnisses eingeschränkt ist.

Da aufgrund der Berichtslage in der Studie nicht erkennbar ist, auf welche Persönlichkeitsstörungen sich diese Ergebnisse beziehen, wäre darüber hinaus auch keine Aussage bezogen auf spezifische Persönlichkeitsstörungen möglich.

Daher können diese Ergebnisse für eine Nutzenbewertung bei Persönlichkeitsstörungen nicht herangezogen werden.

Im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 14.12.2008 zur wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie wurde die Studie von Knekt 2004 nur bei depressiven Störungen ausgewertet, nicht bei Persönlichkeitsstörungen.

B-3.2.6.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung

Hier lagen lt. Abschlussbericht des IQWiG keine Studien mit verwertbaren Daten vor.

B-3.2.6.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung

Hier lagen lt. Abschlussbericht des IQWiG keine Studien mit verwertbaren Daten vor.

B-3.2.7 Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

Grundlagen sind lt. Abschlussbericht fünf Studien mit verwertbaren Daten.

Das Verzerrungspotential auf Studienebene wurde vom IQWiG bei vier der fünf Studien als „hoch“ bewertet, nicht nur wegen u.a. unklarer Verdeckung der Gruppenzuteilung, sondern auch, weil die Erzeugung der Randomisierungssequenz unklar blieb, was sich lt. Abschlussbericht auch auf das Verzerrungspotential auf Endpunktebene überträgt. Nur die Studie von Priebe 2015 wurde mit einem niedrigen Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene bewertet.

Für folgende Endpunkte lagen Daten vor:

- Morbidität (affektive psychotische Symptomatik/schizophrene Symptomatik)
- gesundheitsbezogene Lebensqualität und soziales Funktionsniveau.

Zu folgenden Endpunkten lagen keine Daten vor:

- Mortalität
- unerwünschte Ereignisse.

B-3.2.7.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie

Zu diesem Vergleich liegen keine Studien vor.

B-3.2.7.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei bipolarer Störung

Grundlage ist die Studie von Miller 2004: bipolare Störung nach DSM-III-R; n = 92; 3 Studienarme: systemische Familientherapie + Begleittherapie⁵⁹ vs. psychoedukative Multifamilientherapie + Begleittherapie vs. Begleittherapie allein.

In der nachfolgenden Tabelle 19 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Symptomverbesserung manische/ depressive Symptomatik	Zeit bis Symptomverbesserung manische/depressive Symptomatik
28 Monate	Kein stat. sign. Unterschied	Keine verwertbaren Daten

Tab. 19: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Abschlussberichts: Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei bipolarer Störung.

⁵⁹ stimmungsstabilisierende Medikation/Medikamentenmanagement

B-3.2.7.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei bipolarer Störung

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Die Ergebnisse der statistischen Analysen bei bipolarer Störung auf der Grundlage einer Studie bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunktkategorie Symptomverbesserung:** kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung

Auf dieser Basis kommt das IQWiG zum Gesamtfazit: „*kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung*“.

Für die weiteren Endpunkte wird lt. IQWiG-Bericht keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie getroffen, da hierzu keine Daten oder verwertbaren Ergebnisse vorliegen

Zusammenfassung der Bewertung durch den G-BA

Da keine signifikanten Unterschiede zwischen systemischer Therapie + Begleittherapie und psychoedukativer Multifamilientherapie + Begleittherapie bei dem untersuchten Endpunkt Symptomverbesserung manische/depressive Symptomatik gefunden wurden, liegt kein Nutznachweis der systemischen Therapie bei bipolarer Störung vor.

B-3.2.7.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Schizophrenie und bipolarer Störung

Bei allen Studien handelte es sich in der Kontrollbedingung um eine medikamentöse Behandlung. Somit ging es hier streng genommen nicht um den Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung, sondern um den Vergleich Systemische Therapie + Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie alleine.

Grundlage sind fünf Studien:

Cao 2007: n = 100; Schizophrenie-Diagnose nach der „Chinese classification of mental disorders“. Systemische Familientherapie + antipsychotische Medikation⁶⁰ vs. antipsychotische Medikation;

Miller 2004: n = 92; bipolare Störung nach DSM-III-R; 3 Studienarme: systemische Familientherapie + Begleittherapie⁶¹ vs. psychoedukative Multifamilientherapie + Begleittherapie vs. Begleittherapie allein;

Priebe 2014: n = 100; Schizophrenie oder verwandte Störung (ICD-10: F 20 – 29); lösungsfokussierte Therapie vs. „control condition“ (Begleitmedikation, keine näheren Angaben); keine primären Zielkriterien; sekundär: Schizophreniesymptomatik, soziales Funktionsniveau

Zhang 2006: n = 150; Schizophrenie nach CCMD-3, PANSS ≥ 70 , Zusammenleben mit einer Pflegeperson; systemische Familientherapie + antipsychotische Medikation vs. antipsychotische Medikation allein; (keine primären Zielkriterien; sekundär: Schizophrenie Symptomatik, allgemeines Funktionsniveau)

Zhou 2003: n = 60; Schizophrenie nach CCMD-II-R, BPRS ≥ 30 (generelle psychiatrische Symptomatik); systemische Familientherapie + antipsychotische Medikation vs. antipsychotische Medikation allein;

In der nachfolgenden Tabelle 20 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

⁶⁰ Bei den Studien sei jeweils unklar geblieben, um welches Präparat es sich gehandelt hat.

⁶¹ stimmungsstabilisierende Medikation/Medikamentenmanagement

Auswertungszeitpunkt	Symptomverbesserung manische/depressive Symptomatik (Miller 2004)	Schizophrenie-symptomatik, Positiv-Skala der PANSS ⁶² (Priebe 2015)	Schizophrenie-symptomatik, Negativ-Skala der PANSS (Priebe 2015)	Schizophrenie-symptomatik, global, Gesamtwert PANSS-Skala, (Cao 2007, Zhang 2006)	Generelle Psychiatrische Symptomatik (Priebe 2015 – PANSS, allgem. Psychopath.; Zhou 2003, BPRS)	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Cao 2007, Priebe 2015)	Allgemeines und soziales Funktionsniveau WHODAS ⁶³ , Zhang 2006; SIX ⁶⁴ , Priebe 2015,
drei bzw. sechs Monate	--	--	Kein stat. sign. Unterschied	--	Stat. sign. aber nicht klinisch relevanter Unterschied (Metaanalyse)	Kein stat. sign. Unterschied	--
sechs Monate	--	Kein stat. sign. Unterschied	Kein stat. sign. Unterschied	--	--	Stat. sign., aber nicht klinisch relevanter Unterschied	Kein stat. sign. Unterschied (soziales Funktionsniveau)
ein Jahr	--	--	--	--	--	Stat. sign., aber nicht klinisch relevanter Unterschied	Stat. sign., aber nicht klinisch relevanter Unterschied (soz. Funktionsniveau)
zwei bzw. zweieinhalb Jahre	--	--	--	Stat. sign. und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST (Metaanalyse)	--	Stat. sign. aber nicht klinisch relevanter Unterschied	Stat. sign., und klinisch relevanter Unterschied zugunsten ST (allgemeines Funktionsniveau)
28 Monate	Kein stat. sign. Unterschied	--	--	--	--	--	--
Bis 28 Monate	Keine verwertbaren Daten	--	--	--	--	--	--

Tab. 20: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Abschlussberichts: Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Schizophrenie und bipolarer Störung.

⁶² Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) von Kay et al., 1989: Erfassung schizophrener Symptome über 30 Items, eingeteilt in drei Dimensionen: Positiv-Symptome, z.B. Wahn, Halluzinationen; Negativ-Symptome: z.B. flacher Affekt, emotionaler Rückzug; sowie allgemeine Psychopathologie – Skala: z.B. Angst, somatische Beschwerden, Desorientierung.

⁶³ = World Health Organisation Disability Assessment Schedule

⁶⁴ = Objective Social Outcomes Index

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik:**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunktkategorie Schizophreniesymptomatik:**
Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie, bezogen auf folgende Endpunkte:
 - **Endpunkt Schizophreniesymptomatik (PANSS: Positiv-Syndrom-Skala):**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - **Endpunkt Schizophreniesymptomatik (PANSS: Negativ-Syndrom-Skala):**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
 - **Endpunkt Schizophreniesymptomatik (PANSS-Gesamtwert):**
Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik (PANSS: allgemeine Psychopathologie-Skala):**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität:**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt allgemeines Funktionsniveau (WHODAS):**
Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt soziales Funktionsniveau (SIX):**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

B-3.2.7.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei bipolarer Störung/Schizophrenie

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt zusammenfassend zum Gesamtfazit „Hinweis für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung“ für den gesamten Störungsbereich „Schizophrenie und affektive psychotische Störungen“. Dieses Ergebnis beruht auf:

- einen Hinweis für einen Nutzen der systemischen Therapie bei der Endpunktkategorie Schizophreniesymptomatik, beruhend auf Ergebnissen zu folgenden Endpunkten:
 - einen Hinweis für einen Nutzen (PANSS-Skala, Gesamtwert)
 - zweimal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie (PANSS: Positiv-Syndrom-Skala, Negativ-Syndromskala)
- viermal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei folgenden Endpunkten: Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik,

generelle psychiatrische Symptomatik, gesundheitsbezogene Lebensqualität, soziales Funktionsniveau.

Weiter ist dem IQWiG-Bericht zu entnehmen, dass für die Endpunkte Mortalität und unerwünschte Ereignisse keine Daten vorlagen.

Im IQWiG-Bericht wird darauf hingewiesen, dass der Hinweis auf bzw. Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit keiner Zusatzbehandlung auf zwei Studien basiert, deren Patienten in allen Studienarmen eine medikamentöse antipsychotische Sockeltherapie erhielten. Die Studienergebnisse lassen sich daher nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung übertragen.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Für den Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung liegen insgesamt inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen Endpunkte vor.

Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass die im IQWiG Bericht gewählte Bezeichnung „keine Zusatzbehandlung“ insofern missverständlich ist, als dass es sich bei den vorliegenden Studien in der Vergleichsbedingung nicht um „keine Zusatzbehandlung“ handelte, sondern um eine Pharmakotherapie. Streng genommen ging es also demnach um den Vergleich Systemische Therapie + Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie allein.

In Bezug auf bipolare Störungen liegt das Ergebnis einer Studie vor (Miller 2004). Hier ergab sich beim Endpunkt Symptomverbesserung manische/depressive Symptomatik kein statistisch signifikanter Unterschied zum Auswertungszeitpunkt 28 Monate.

Somit liegt kein Nutznachweis der systemischen Therapie für bipolare Störungen im Vergleich zu medikamentöser Begleittherapie vor.

In Bezug auf Schizophrenie überwiegen bei den morbiditätsbezogenen Endpunkten

- drei nicht signifikante Unterschiede gegenüber
- einem signifikanten Unterschied zugunsten der systemischen Therapie.

Bei gesundheitsbezogener Lebensqualität und weiteren störungsunspezifischen Endpunkten überwiegen die nicht signifikanten bzw. nicht klinisch relevanten Unterschiede gegenüber einem signifikanten Unterschied:

- fünf signifikante, aber nicht klinisch relevante Unterschiede
- zwei nicht signifikante Unterschiede und
- ein signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie.

Auf der Basis einer Metaanalyse von Ergebnissen aus zwei Studien zu Schizophrenie ergibt sich demnach ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie bezogen auf den morbiditätsbezogenen Endpunkt (Gesamtwert PANSS-Skala). Diese beiden Studien (Cao 2007, Zhang 2006) weisen aber ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene auf. Darüber hinaus zeigt sich bei der einzigen Studie mit niedrigem Verzerrungspotential kein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der

systemischen Therapie bzgl. des morbiditätsbezogenen Endpunktes (Positiv-Skala/Negativskala der PANSS-Skala; Priebe 2015).

Zusammen mit den Ergebnissen zu störungsunspezifischen Endpunkten liegen somit inkonsistente Ergebnisse vor, so dass hieraus für Schizophrenie keine eindeutige Aussage zum Nutzen der systemischen Therapie plus Pharmakotherapie im Vergleich zu Pharmakotherapie alleine abgeleitet werden kann.

B-3.2.8 Substanzkonsumstörungen

Grundlage sind laut Abschlussbericht sechs Studien mit verwertbaren Daten.

Das Verzerrungspotential auf Studienebene wurde bei allen sechs Studien als „hoch“ bewertet, nicht nur wegen unklarer Verdeckung der Gruppenzuteilung, sondern auch deshalb, weil die Erzeugung der Randomisierungssequenz unklar blieb (bei fünf Studien).

Für folgende Endpunkte lagen Daten vor:

- Mortalität und
- Morbidität (Symptomatik Substanzkonsum).

Zu folgenden Endpunkten lagen keine Daten vor:

- gesundheitsbezogene Lebensqualität soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- unerwünschte Ereignisse.

B-3.2.8.1 Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei einer Störung durch Alkoholkonsum

Grundlage ist die Studie von Bennun 1988: systemische Familientherapie vs. „problem solving therapy“, n = 12; lt. IQWiG-Bericht: „Alkoholkonsumstörung“. In dieser Studie ist nach Prüfung durch den G-BA keine ICD-10-Diagnose angegeben. Es ist von „alcoholic member“ und Alkoholmissbrauch die Rede. Die Studie begann auf einer psychiatrischen Station, und lief dann weiter in einem „community psychiatric service“. In der Studie ist angegeben, dass die Zuteilung zu den Gruppen konsekutiv erfolgte⁶⁵. Die Randomisierung ist demnach nicht unklar, wie im IQWiG-Bericht angegeben, sondern nicht erfolgt. Eine konsekutive Zuordnung stellt keine Randomisierung dar.

In der nachfolgenden Tabelle 16 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad), SADQ-Gesamtscore ⁶⁶
6 Monate	Kein statistisch signifikanter Unterschied
1 Jahr	Kein statistisch signifikanter Unterschied

Tabelle 16: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Vergleich systemische Familientherapie vs. „problem solving therapy“ bei Alkoholkonsum.

⁶⁵ S. 167/168 der Publikation: „... No attempt was made to match the families so they were consecutively allocated to treatment groups. ...“

⁶⁶ = „Severity of Alcohol Dependence Questionnaire“, Selbstbeurteilungsverfahren

B-3.2.8.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie bei einer Störung durch Alkoholkonsum

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Das IQWiG kommt auf der Basis der o.g. statistischen Analysen zum Gesamtfazit „kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinienpsychotherapie“. Dieses Fazit beruht auf:

- kein Anhaltspunkt für einen Nutzen bezogen auf die Endpunktkategorie Symptomatik Alkoholkonsum

Für die weiteren Endpunkte wird lt. IQWiG-Bericht keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie getroffen, da hierzu keine Daten oder verwertbaren Ergebnisse vorliegen.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Zu den beiden Auswertungszeitpunkten sechs Monate und ein Jahr liegen bezogen auf den Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad, Selbstbeurteilung) keine signifikanten Unterschiede zwischen systemischer Therapie und „problem solving therapy“ vor. Diese Vergleichsbedingung „Problem-solving-therapy“ beruht lt. Angaben in der Publikation von Bennun auf dem Ansatz von D’Zurilla und Goldfried, 1971, und ist demnach der Verhaltenstherapie zuzuordnen. Daher ist von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einer Richtlinientherapie auszugehen.

Allerdings weist diese nicht-randomisierte Studie von Bennun 1988 neben dem hohem Verzerrungspotential auf Studien- und auf Endpunktebene eine sehr kleine Fallzahl auf (n = 12). In jedem Studienarm befanden sich also nur sechs Probanden. Somit sind Aussagekraft und Generalisierbarkeit dieses Ergebnisses erheblich begrenzt, abgesehen von den Limitationen für statistische Berechnungen aufgrund der kleinen Fallzahl. Darüber hinaus ist in der Studie auch keine eindeutige Diagnosebezeichnung angegeben. Art und Ausmaß der „Alkoholkonsumstörung“ sind daher nicht bekannt.

Aus diesem Ergebnis kann daher kein Nutznachweis für die Wirksamkeit der systemischen Therapie bei einer psychischen Störung durch Alkohol abgeleitet werden.

B-3.2.8.2 Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei verschiedenen Substanzkonsumstörungen und Opioidabhängigkeit

Grundlage sind zwei Studien:

Slesnick 2016: ökologische Familientherapie vs. Gesundheitstraining (für Frauen); n = 183; lt. IQWiG – Bericht: Alkoholkonsumstörung/Substanzkonsumstörung; diagnostische Kriterien nach DSM-IV für Alkohol oder andere Substanzkonsumstörungen sollten lt. Studie erfüllt sein, es ist aber nicht angegeben, bei wie vielen Studienteilnehmenden die Kriterien erfüllt waren. Untersucht wurde der Konsum von Alkohol, Opioiden, Cannabis und Kokain.

Yandoli 2002: systemische Familientherapie vs. „standard Clinic treatment“ vs. „low contact treatment“; n = 119; lt. IQWiG Bericht Opioidkonsumstörung; es sind keine ICD-10 oder DSM-Diagnosen angegeben. In der Studie von Yandoli ist angegeben, dass sich die Teilnehmer in Substitutionsbehandlung befanden, so dass diagnostisch von einer Opioidabhängigkeit ausgegangen werden kann.

In der nachfolgenden Tabelle 17 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst.

Auswertungszeitpunkt	Gesamt-mortalität (Anzahl gestorbener Patienten) Yandoli 2002	Teilremission Opioidkonsumstörung: Anzahl Heroin-abstinenter Patienten, Yandoli 2002	Symptomatik Substanzkonsum (Abstinenz) Substanzkonsum in letzten 90 Tagen, Slesnick 2016	Symptomatik Substanzkonsum (Schweregrad) Slesnick 2016
6 Monate	--	stat. sign. Unterschied zugunsten ST	--	Keine Daten (Alkoholkonsum)
1 Jahr	Kein stat. sign. Unterschied	Kein stat. sign. Unterschied	--	--
18 Monate	--	--	viermal kein stat. sign. Unterschied für Konsum von Kokain, Opioiden, Marihuana, Alkohol	dreimal stat. sign. Unterschied bei Kokain/Marihuana/Alkohol, aber hinsichtlich der klinischen Relevanz nicht beurteilbar; Bei Opioidkonsum kein stat. sign. Unterschied
5 Jahre	Kein stat. sign. Unterschied	--	--	--

Tab. 17: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei verschiedenen Störungen durch Substanzkonsum

B-3.2.8.2.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei verschiedenen Substanzkonsumstörungen und Opioidabhängigkeit

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- Endpunkt **Gesamtmortalität:**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie zu den Auswertungszeitpunkten ein und fünf Jahren

- Endpunkt **Teilremission Opioidkonsumstörung:**
Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

- Endpunktkategorie **Symptomatik Substanzkonsum:**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie. Dieses Fazit beruht auf
 - Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum, Abstinenz:
viermal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen bei Kokain-, Opioid-, Alkohol- und Marihuanakonsum
 - Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum, Schweregrad: viermal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen jeweils bei Kokain-, Opioid-, Alkohol- und Marihuanakonsum

Das IQWiG kommt somit auf der Basis von einem Anhaltspunkt und zweimal kein Anhaltspunkt für einen Nutzen zum Gesamtfazit „*Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zur Beratung und Informationsvermittlung*“ bei Substanzkonsumstörungen.

Für die weiteren Endpunkte wird lt. IQWiG-Bericht keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie getroffen, da hierzu keine Daten oder verwertbaren Ergebnisse vorliegen.

Zusammenfassende Bewertung durch den G-BA

Für diesen Vergleich liegen inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen Endpunkte und Auswertungszeitpunkte sowie bzgl. der verschiedenen Substanzkonsumstörungen vor.

Die Studie von Yandoli 2002 untersuchte ausschließlich Opioidabhängige, die sich in Substitutionsbehandlung befanden. Beim Endpunkt „*Gesamtmortalität*“ ergab sich zu den Auswertungszeitpunkten 1 Jahr und 5 Jahre jeweils kein statistisch signifikanter Unterschied. Bei dem Endpunkt „*Teilremission Opioidkonsumstörung*“ liegt zum Auswertungszeitpunkt sechs Monate ein signifikanter Interventionseffekt vor, zum Auswertungszeitpunkt 1 Jahr ergibt sich kein signifikanter Unterschied mehr.

Die Aussagekraft dieser Studie, aus welcher der einzige statistisch signifikante und klinisch relevante Effekt zugunsten der systemischen Therapie stammt, ist zudem aufgrund des vom IQWiG festgestellten hohen Verzerrungspotentials sowohl auf Studien- als auch auf Endpunktebene, eingeschränkt. Daher kann in Bezug auf Opioidabhängigkeit in

Substitutionsbehandlung keine eindeutige Aussage zum Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu „standard clinic treatment“/ „low contact group“ getroffen werden.

Aus der Studie von Slesnick 2016 ergaben sich bezogen auf Opioidkonsum und andere Substanzkonsumstörungen durch Alkohol, Cannabinoide und Kokain fünfmal keine signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung. Zusätzlich ergaben sich drei statisch signifikante Unterschiede, die aber hinsichtlich klinischer Relevanz nicht beurteilbar sind.

Hieraus lässt sich kein Nutznachweis für die Systemische Therapie bei verschiedenen Substanzkonsumstörungen ableiten.

B-3.2.8.3 Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Substanzkonsumstörungen durch Kokain und Opioide

Grundlage hier sind drei Studien:

Feaster 2010: ökostrukturelle Familientherapie vs. „health group“, n = 126; lt. IQWiG Bericht Kokainkonsumstörung. Studienteilnehmende waren HIV-Positiv-Patienten („any AIDS – defining disease“), zusätzliche Einschlusskriterien waren: DSM-IV-Kriterien für eine Substanzkonsumstörung erfüllt, vor allem Kokain- und Alkoholabhängigkeit. Das vorrangige Behandlungsziel war lt. Angaben in der Publikation ein verbesserter Umgang mit der HIV-Erkrankung.

Stanton 1982: systemische Familientherapie mit Bezahlung vs. systemische Familientherapie ohne Bezahlung vs. Filmvorführung mit Bezahlung; n = 65, Opioidkonsumstörung; keine Diagnose angegeben, Teilnehmer befanden sich in Substitutionsbehandlung, daher ist von einer Opioidabhängigkeit auszugehen.

Ziegler-Driscoll 1977: systemische Familientherapie vs. systemische Familientherapie ohne Inpatient vs. Kontrollgruppe; n = 49; hierbei handelt es sich um eine Projektstudie, die in einer Drogenrehabilitation durchgeführt wurde. ICD-10 oder DSM-Diagnosen waren in der Studie nicht angegeben.

In der nachfolgenden Tabelle 18 sind die Ergebnisse aus den statistischen Analysen des IQWiG zusammengefasst:

Auswertungszeitpunkt	Gesamtmortalität (Anzahl während der Studienphase verstorbener Patienten) Stanton 1982	Teilremission Substanz-/Opioidkonsumstörung (Anzahl abstinenten Patienten) Ziegler-Driscoll	Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch) Anzahl Tage, an denen in den letzten 30 Tagen konsumiert wurde) Feaster 2010
4-6 Monate	--	Kein stat. sign. Unterschied	Kein stat. sign. Unterschied
8 Monate			Kein stat. sign. Unterschied
1 Jahr	--	--	Kein stat. sign. Unterschied
3 Jahre	Kein stat. sign. Unterschied	--	--

Tab. 18: Ergebnisse der statistischen Analysen des IQWiG – Berichts: Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei verschiedenen Störungen durch Substanzkonsum.

B-3.2.8.3.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Substanzkonsumstörung durch Kokain, Alkohol und Opiode

Zusammenfassung der Bewertung durch das IQWiG

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zu o.g. Endpunkten bewertet das IQWiG wie folgt:

- **Endpunkt Gesamtmortalität:**
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt Morbidität** (Teilremission Substanzkonsumstörung):
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
- **Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum** (unspezifisch):
kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie.

Auf der Basis dreimal kein Anhaltspunkt kommt das IQWiG zum Gesamtfazit: *„kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung“*.

Für die weiteren Endpunkte wird lt. IQWiG-Bericht keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung getroffen, da hierzu keine Daten oder verwertbaren Ergebnisse vorliegen.

Zusammenfassende Bewertung Bewertung durch den G-BA

Zu den untersuchten Endpunkten und Auswertungszeitpunkten ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Hieraus lässt sich somit kein Nutznachweis der systemischen Therapie im Vergleich zu „health group“, „Filmvorführung mit Bezahlung“ und „Kontrollgruppe (keine weiteren Angaben)“ ableiten.

Zusammenfassend ist darauf hinzuweisen, dass es bei der Studie von Feaster 2010 um die Behandlung von Patienten und Patientinnen mit HIV-Erkrankung ging und das vorrangige Behandlungsziel lt. Angaben in der Publikation ein verbesserter Umgang mit der HIV-Erkrankung gewesen war. Bei den Studien von Stanton 1982 und Ziegler-Driscoll 1977 waren jeweils keine ICD-10 oder DSM-Diagnosen angegeben.

B-3.3 Methodische Anmerkungen zur Nutzenbewertung

B-3.3.1 Allgemeine methodische Anmerkungen zur Studienlage

Zusammenfassend werden an dieser Stelle wesentliche Punkte zur methodischen Qualität der in die Nutzenbewertung einbezogenen Studien dargestellt.

- Von den 42 einbezogenen RCTs lieferten lt. IQWiG-Abschlussbericht 36 Studien verwertbare Daten. Unter Berücksichtigung, dass die Daten aus der Studie von Knekt 2004 in drei Störungsbereichen ausgewertet wurden (depressive Störung, Angststörung, Persönlichkeitsstörung), lieferten somit 34 Studien verwertbare Daten für die Nutzenbewertung der systemischen Therapie.
- In neun der o.g. 34 Studien mit verwertbaren Daten wurden somatische Erkrankungen untersucht. Nach aktueller Prüfung durch den G-BA lag in keiner der neun Studien eine krankheitswertige psychische Störung vor. Somit wurden 25 Studien mit verwertbaren Daten für die Nutzenbewertung durch den G-BA herangezogen.
- Insgesamt liegt bei den Studien laut IQWiG - Bericht ein hohes Verzerrungspotential vor. Das Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene wurde bei 22 Studien vom IQWiG als hoch bewertet. Bei drei Studien⁶⁷ war das Verzerrungspotential auf Studienebene als niedrig bewertet, das Verzerrungspotential auf Endpunktebene jedoch auch als hoch bewertet worden, weil - wie auch bei allen übrigen Studien - keine Verblindung bei der Endpunkterhebung erfolgt war. Eine Verblindung auf Endpunktebene ist auch bei Psychotherapiestudien realisierbar und erforderlich, um eine Beurteilungsverzerrung auszuschließen.
- Insgesamt überwogen die nicht signifikanten Unterschiede gegenüber den signifikanten Effekten zugunsten der systemischen Therapie. Zum Teil basierten die signifikanten Ergebnisse aus Studien mit nur sehr kleinen Stichproben. Abgesehen von den Limitationen für statistische Berechnungen aufgrund kleiner Fallzahlen in den Studienarmen sind daher Aussagekraft und Generalisierbarkeit von signifikanten Ergebnissen aus diesen Studien erheblich eingeschränkt.
- Bei vielen Vergleichen waren inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen Endpunkte und Auswertungszeitpunkte zu verzeichnen. Dies bezog sich insbesondere auch auf morbiditätsbezogene Endpunkte.
- Aufgrund der methodischen Limitationen der einbezogenen 25 RCTs und der z.T. eingeschränkten externen Validität der Ergebnisse sind nur sehr begrenzte Aussagen zum Nutzen der systemischen Therapie möglich.
- Keine der Studien hat unerwünschte Ereignisse/Schäden untersucht, so dass zu keiner psychischen Störung diesbezüglich eine Aussage getroffen werden kann. In keinem Fall ergaben sich aus den Studienergebnissen lt. IQWiG-Bericht Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.
- Einige Studien sind im stationären Setting durchgeführt bzw. begonnen und dann ambulant weitergeführt worden. Im IQWiG-Bericht wurden aber die unterschiedlichen Settings nicht näher betrachtet.

⁶⁷ Knekt 2004, Priebe 2015, Rodriguez Vega 2011

B-3.3.2 Methodische Anmerkungen zur Studie von Knekt 2004

Da auf der Grundlage des IQWiG-Berichts z.T. inkonsistente Ergebnisse zur Wirksamkeit der systemischen Therapie je nach Vergleich mit psychodynamischer Kurzzeit- oder Langzeittherapie vorliegen, werden Besonderheiten der Studie von Knekt 2004 hinsichtlich Zielsetzung der Studie und der untersuchten Population detaillierter dargestellt.

- Zielsetzung der Studie von Knekt 2004: bei dieser Studie handelt es sich u.a. um eine vergleichende Untersuchung der Wirksamkeit von Kurzzeit- und Langzeitpsychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen⁶⁸.

Dementsprechend wurden Kurz- und Langzeitinterventionen miteinander verglichen, und die Studienautoren fanden, dass die Kurzzeittherapien - also psychodynamische KZT und lösungsorientierte Therapie - in den ersten beiden Jahren nach Behandlungsende in verschiedenen Endpunkten signifikant effektiver als die psychodynamische Langzeittherapie abschnitten. Ab dem Zeitpunkt drei Jahre nach Behandlungsende ergaben sich für die psychodynamische LZT im Vergleich zu den beiden Kurzzeittherapien signifikant höhere Effekte.

Je nach Vergleich mit psychodynamischer KZT oder psychodynamischer LZT sind u.a. auch aus diesem Grund die im IQWiG-Bericht ermittelten Ergebnisse bezogen auf unterschiedlichen Auswertungszeitpunkte inkonsistent, denn im IQWiG-Abschlussbericht wurden die Daten der beiden psychodynamischen Therapieformen (Kurzzeit- und Langzeittherapie) als inhaltlich gleichwertig aufgefasst und - wenn möglich - die Ergebnisse metaanalytisch zusammengefasst. Die in den Publikationen von Knekt 2004 herausgestellten Unterschiede zwischen KZT und LZT heben sich somit teilweise auf, wenn die Effekte metaanalytisch zusammengefasst werden. So ergeben sich z.T. nicht signifikante Unterschiede im Vergleich zur systemischen Therapie, aber auch inkonsistente Ergebnisse, je nachdem, ob die psychodynamischen Vergleichsbedingungen metaanalytisch zusammengefasst wurden oder nicht.

- Informationen zur in der Studie von Knekt 2004 untersuchten Population: Knekt et al. untersuchten in ihrer Studie Betroffene mit „mood disorder“ und „anxiety disorder“. In der Publikation ist angegeben, dass bei 86 % der Teilnehmer eine „mood disorder“ vorgelegen hatte. Bei 43 % habe eine Angststörung und bei 18 % eine Persönlichkeitsstörung vorgelegen (Tabelle 2, S. 32, Knekt 2004). Bei 28,6 % der Studienteilnehmer lag eine komorbide Störung, Depression und Angst gemischt, vor. Somit handelte es sich bei der Studienpopulation um eine gemischte Population, bei der überwiegend eine depressive Störung bestanden hatte (Hauptdiagnose). Anhand der Berichtslage in der Studie von Knekt 2004 war es nicht möglich, die Subgruppe der von Angststörungen betroffenen Studienteilnehmer von der Klientel mit depressiven und Angstsymptomen abzugrenzen, so dass diese Studie in diesem Nutzenbericht nicht für eine Nutzensaussage bei Angststörungen verwendet werden kann (vgl. B-3.2.2.1.1 Zusammenfassende Bewertung zum Vergleich Systemische Therapie vs. Richtlinien-therapie bei Angststörungen).

Aus den vorgenannten Gründen war die Studie von Knekt 2004 vom Wissenschaftlichen

⁶⁸ Vgl. hierzu auch Knekt 2008: „*The present trial compared the effectiveness of two short-term therapies and long-term psychodynamic psychotherapy among patients with depressive and anxiety disorders. During the first year of follow-up, patients treated with short-term psychodynamic psychotherapy recovered faster from both depressive and anxiety symptoms, and patients treated with solution-focused therapy recovered faster from depressive symptoms than patients receiving long-term psychodynamic psychotherapy. After 3 years of follow-up, however, the situation was reversed with a stronger treatment effect in the long-term psychodynamic treatment group both for patients with depressive and anxiety symptoms. Thus in the long run, long-term psychodynamic psychotherapy was more effective than the brief therapies. The differences in effects observed were moderate but they were consistent over all five outcome measures considered.*“

Beirat Psychotherapie im Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie vom 14.12.2008 nur bei depressiven Störungen nicht bei Angststörungen berücksichtigt worden.

- Multiples Testen bei der Studie von Knekt 2004: in den über die verschiedenen Publikationen von 2004 bis 2016 sind in etwa 50 störungsspezifische und störungsunspezifische Endpunkte betrachtet worden. Bei diesem „multiplen“ Testen können folgende Effekte auftreten: je mehr Hypothesen an derselben Stichprobe getestet werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein möglicher, aber nicht vorhandener Unterschied „aufgedeckt“ wird (Fehler 1. Art). Statistische Korrekturen für dieses Problem sind aber nach derzeitiger Kenntnislage in den Publikationen von Knekt et al. nicht vorgenommen worden.

B-3.3.3 Anmerkungen zu den Nutzensaussagen aus dem IQWiG-Bericht zu Störungsbereichen

Im IQWiG-Abschlussbericht wurde eine Aggregation der Ergebnisse aus den einbezogenen Studien zu einzelnen „Störungsbereichen“ in Analogie der Anwendungsbereiche der PT-RL vorgenommen. Zu diesen Störungsbereichen wurden dann im IQWiG-Bericht Aussagen zum Nutzen der systemischen Therapie getroffen. In keinem der im IQWiG-Bericht dargestellten Störungsbereiche hat das IQWiG mit seiner gewählten Methodik einen eindeutigen Nutzenbeleg für die Systemische Therapie festgestellt, sondern in definierten Störungsbereichen Anhaltspunkte für einen Nutzen der systemischen Therapie gefunden.

Die vom IQWiG verwendeten Kategorien „Beleg“, „Hinweis“ und „Anhaltspunkt“ sind ein Maß für die absteigende qualitative Aussagesicherheit der gefundenen Evidenz. Somit ergeben sich bei den durch das IQWiG getroffenen Nutzensaussagen für Störungsbereiche in der Gesamtschau überwiegend Aussagen mit der schwächsten Aussagesicherheit. Ein aussagesicherer Nutzenbeleg für die Systemische Therapie liegt damit nicht vor.

Im Zusammenhang mit dem zuvor Gesagten wird im IQWiG-Bericht hinsichtlich der methodischen Qualität und der Berichterstattung der dem Bericht zugrundeliegenden Studien⁶⁹ darauf hingewiesen, dass den Nutzensaussagen die Absicherung beispielsweise *„durch eine hochwertige, prospektiv registrierte Studie“* fehle und es somit nicht unwahrscheinlich sei, dass eine *„hochwertig konzipierte Wiederholung den dort ermittelten Anhaltspunkt“* nicht bestätigen würde (vgl. S. 87 des IQWiG-Berichtes).

⁶⁹ S. 87 des IQWiG-Abschlussberichtes: *„Insgesamt nur 4 der in den Bericht eingeschlossenen 42 Studien waren derart hochwertig konzipiert und umfassend berichtet, dass deren Verzerrungspotenzial auf Studienebene als gering bewertet wurde.“*

B-3.4 Zusammengefasste indikationsbezogene Nutzenbewertung

Zunächst ist zu erwähnen, dass sich aus den Ergebnissen der im IQWiG-Abschlussbericht einbezogenen Studien keine Hinweise auf einen möglichen Schaden der systemischen Therapie ergeben, wobei festzuhalten ist, dass mögliche Schadensendpunkte/unerwünschte Ereignisse in den meisten der einbezogenen Studien nicht untersucht worden waren.

Aus den vorliegenden 25 Studien lagen Ergebnisse zur Wirksamkeit der systemischen Therapie für folgende psychische Störungen vor⁷⁰: depressive Störung, soziale Phobie, Zwangsstörung, Anorexia nervosa, „Binge eating disorder“, verschiedene Substanzkonsumstörungen, bipolare Störung, Schizophrenie und Demenz. Aus der Studie von Knekt 2004 gehen auch Ergebnisse zu Angststörungen (allgemein) und Persönlichkeitsstörungen (allgemein) hervor, die aber aufgrund der mangelnden Berichtslage in der Studie nicht näher spezifiziert werden können.

Für die übrigen psychischen Störungen lagen keine Studien vor.

Bei der nachfolgenden Nutzenbewertung folgt jeweils separat für jede psychische Störung eine Nutzaussage zur systemischen Therapie im Vergleich zu den jeweiligen Kontrollbedingungen: andere Psychotherapie, Psychotherapie-Richtlinien-Verfahren⁷¹, Beratung und Informationsvermittlung und keine Zusatzbehandlung.

Hierbei ist zu beachten, dass es sich bei der im IQWiG-Bericht verwendeten Bezeichnung „keine Zusatzbehandlung“ bei den meisten Studien in der Vergleichsbedingung nicht um „keine Zusatzbehandlung“, sondern um medikamentöse Behandlung handelte – so bei Depression, Zwangsstörung und Schizophrenie. Somit ging es hier streng genommen nicht um den Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung, sondern um den Vergleich Systemische Therapie + Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie alleine.

Unter der Voraussetzung, dass sich aus den Studienergebnissen keine Hinweise auf einen Schaden ergeben, gilt der Nutzen des hier untersuchten Verfahrens als dann nachgewiesen, wenn für die jeweilige Indikation ausschließlich statistisch signifikante Effekte mit ausreichender externer Validität bei den relevanten Endpunkten Mortalität, Morbidität und Lebensqualität auf Basis von qualitativ hochwertigen Unterlagen mit Evidenzlevel 1b zugunsten der untersuchten Methode vorliegen.

Wenn keine signifikanten Effekte zugunsten des untersuchten Verfahrens vorliegen, kann hieraus kein Nutznachweis für das hier untersuchte Verfahren abgeleitet werden.

Wenn sowohl nicht signifikante Unterschiede als auch signifikante Effekte zugunsten des untersuchten Verfahrens vorliegen, sollten die statistisch signifikanten Effekte aus den Studien mit Evidenzlevel 1b überwiegen, um von einem Nutznachweis ausgehen zu können. Auch hier sollten die Ergebnisse generalisierbar (ausreichende externe Validität) und eine adäquate methodische Studienqualität vorhanden sein. Wenn die

⁷⁰ Diagnosestellung in den Studien nach ICD-10, DSM-III III-R,IV,IV-TR, „Chinese Classification of Mental Disorders“, bei 3 Studien keine Angaben zum Klassifikationssystem.

⁷¹ vgl. hierzu BSG B 6 KA 22/09 R: Das Bundessozialgericht (BSG) hat in seinem Urteil vom 23.06.2010 die Rechtsauffassung vertreten, dass die PT-RL-Verfahren in Bezug auf „ihre Qualität und Wirksamkeit nicht (erneut) rechtfertigungsbedürftig“ seien.

B 6 KA 22/09 R (Sonderbedarfszulassung für analytische Psychotherapie), Ziffer 31: „Der Gesetzgeber hat zugrunde gelegt, dass sie theoretisch fundiert und in der Praxis hinreichend bewährt sind; sie sind kraft Gesetzes seit 1999 als Gegenstand der psychotherapeutischen Versorgung anerkannt. Ihre Qualität und Wirksamkeit ist nicht (erneut) rechtfertigungsbedürftig, bei ihnen ist auch kein Raum für eine Überprüfung anhand der Anforderungen der §§ 8 ff der Verfahrensordnung des G-BA (vgl. zu alledem Urteile vom 28.10.2009, BSG SozR 4-2500 § 92 Nr. 8, RdNr. 25 f, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen, und BSG SozR 4-2500 § 95c Nr 3 RdNr. 33 f; - vgl. § 17 PsychThRL zur Bewertung neuer Psychotherapieverfahren und -methoden)“

Generalisierbarkeit der Ergebnisse und/oder die Studienqualität eingeschränkt sind, wird abgewogen, ob diese Ergebnisse einem Nutznachweis gleichkommen oder nur auf einen Nutzen hinweisen.

Wenn die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen, kann hieraus kein Nutznachweis abgeleitet werden.

Wenn die Anzahl der nicht signifikanten Unterschiede und der statistisch signifikanten Effekte gleich groß, ist keine eindeutige Aussage zum Nutzen des untersuchten Verfahrens möglich.

Wenn beim Vergleich mit einem PT-RL-Verfahren keine signifikanten Unterschiede vorliegen, ist von einer Gleichwertigkeit der beiden Verfahren und somit von einem Nutzen des untersuchten Verfahrens auszugehen. Wenn die Generalisierbarkeit der Ergebnisse und/oder die Studienqualität eingeschränkt sind, wird abgewogen, ob diese Ergebnisse einem Nutznachweis gleichkommen oder auf einen Nutzen hinweisen.

B-3.4.1 Nutzenbewertung Angststörungen

- **Vergleich Systemische Therapie vs. psychodynamische Psychotherapie bei Angststörungen:**

Es liegen inkonsistente Ergebnisse über verschiedene Auswertungszeitpunkte bei dem einem untersuchten Endpunkt Vollremission vor; je nachdem, ob Systemische Therapie mit psychodynamischer Kurzzeit- oder Langzeittherapie verglichen wird. Die Ergebnisse sprechen insgesamt für eine Gleichwertigkeit mit einem PT-RL-Verfahren, da die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen.

Da es jedoch nicht möglich war, aus den Angaben in der Studie von Knekt 2004 die Subgruppe der von Angststörungen betroffenen Studienteilnehmer von der Klientel mit depressiven und Angstsymptomen abzugrenzen, können diese Ergebnisse für eine Nutzenbewertung bei Angststörungen nicht herangezogen werden.

B-3.4.2 Nutzenbewertung soziale Phobie

- **Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie:**

Es liegen inkonsistente Ergebnisse vor, wobei insgesamt fünf nicht signifikante Unterschiede gegenüber einem signifikanten Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie überwiegen. Insbesondere liegen bei den morbiditätsbezogenen, störungsspezifischen Endpunkten der sozialen Phobie keine statistisch signifikanten Unterschiede vor.

Daher liegt kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung bei sozialer Phobie vor.

B-3.4.3 Nutzenbewertung Zwangsstörung

- **Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Zwangsstörungen:**

Basierend auf einer Meta-Analyse von zwei Studien liegt bei dem morbiditätsbezogenen Endpunkt Symptomverbesserung Zwang ein signifikanter Effekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung vor.

In Bezug auf dieses Ergebnis zur störungsspezifischen Symptomatik einer Zwangsstörung ist von einem Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung bei Zwangsstörungen auszugehen. Dieser Nutznachweis ist aber eingeschränkt auf Patienten/Patientinnen mit medikamentöser Begleitbehandlung mit Paroxetin.

B-3.4.4 Nutzenbewertung Demenz

- **Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Demenz**

Da sich kein statistisch signifikanter Effekt bei den untersuchten Endpunkten ergab, ist der Nutzen für die Systemische Therapie bei Demenz nicht nachgewiesen. Es ist darauf

hinzuweisen, dass Demenz keine Indikation für eine Psychotherapie i. S. der PT-Richtlinie darstellt

B-3.4.5 Nutzenbewertung depressive Störung

- **Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie:**
Zu diesem Vergleich liegen inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen End- und Auswertungszeitpunkte vor, wobei die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen.

Zusammenfassendes Ergebnis über sämtliche Endpunkte und Auswertungszeitpunkte hinweg:

- 38 nicht signifikante Unterschiede
- fünf signifikante Effekte zugunsten der systemischen Therapie und
- vier signifikante Effekte zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie.

Die nicht signifikanten Unterschiede zwischen systemischer Therapie und Vergleichsbedingung überwiegen insbesondere auch über die verschiedenen morbiditätsbezogenen Endpunkte im Vergleich zu signifikanten Effekten zugunsten der systemischen Therapie.

Auf Basis dieser überwiegend nicht signifikanten Unterschiede und der z.T. widersprüchlichen Ergebnisse zwischen systemischer Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie kann daher kein Nutznachweis der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie für depressive Störungen abgeleitet werden.

- **Vergleich Systemische Therapie vs. psychodynamische Psychotherapie:**
Bezogen auf den alleinigen Vergleich zur psychodynamischen Psychotherapie (Kurzzeit- und Langzeittherapie) liegen überwiegen keine statistisch signifikanten Unterschiede vor (elfmal kein statistisch signifikanter Unterschied, zweimal statistisch signifikante Unterschiede zuungunsten der systemischen Therapie). Somit ist überwiegend von einer Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit psychodynamischer Psychotherapie bei den morbiditätsbezogenen Endpunkten und gesundheitsbezogener Lebensqualität auszugehen

Zu berücksichtigen ist, dass teilweise inkonsistente Ergebnisse in den Vergleichen zu Kurz- und Langzeittherapie vorliegen, die dann in der Metaanalyse „kein Unterschied“ ergeben. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass sich in zwei Fällen ein Effekt zugunsten der psychodynamischen Psychotherapie ergab.

Unter Berücksichtigung aller Aspekte ergibt sich ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu psychodynamischer Psychotherapie.

- **Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung:**
Zu diesem Vergleich liegen inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen End- und Auswertungszeitpunkte, wobei die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen.

Zusammenfassendes Ergebnis über sämtliche Endpunkte und Auswertungszeitpunkte hinweg:

- zwölf nicht signifikante Unterschiede (bzw. der signifikante Unterschied war klinisch nicht relevant)
- neun signifikante Unterschiede zugunsten der systemischen Therapie vor.

Die Generalisierbarkeit des beim morbiditätsrelevanten Endpunkt Rückfall gefundenen signifikanten Interventionseffektes ist aufgrund der sehr kleinen Fallzahl (jeweils 10 pro Studienarm) in einer Studie eingeschränkt und die Patientinnen /Patienten erhielten in den beiden zugrundeliegenden Studien eine medikamentöse Begleitbehandlung, weswegen sich die Studienergebnisse daher lt. IQWiG-Bericht nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung übertragen lassen.

Insgesamt kann daher aus diesen Ergebnissen kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung bei depressiven Störungen abgeleitet werden.

- **Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung:**

Bei diesem Vergleich sind über die verschiedenen störungsspezifischen und störungsunspezifischen Endpunkte und Auswertungszeitpunkte hinweg inkonsistente Ergebnisse festzustellen. Insbesondere liegen bei der morbiditätsbezogenen Endpunktkategorie Depressivität widersprüchliche Ergebnisse über die drei betrachteten Endpunkte und die verschiedenen Auswertungszeitpunkte vor.

Zusammenfassend ergeben sich über alle Endpunkte hinweg

- neun nicht signifikante Unterschiede und
- drei signifikante Effekte zugunsten der systemischen Therapie.

Insbesondere überwiegen bei den für die Nutzenbewertung relevanten Endpunkten Mortalität und Morbidität sechs nicht signifikante Unterschiede gegenüber einem signifikanten Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie.

Darüber hinaus basieren die Ergebnisse zu diesem Vergleich auf zwei Studien, in denen die Patienten entweder eine medikamentöse (Wang 2011) oder eine umfassende psycho- und pharmakotherapeutische Begleitbehandlung (Lemmens 2009) erhielten, weshalb sich daher die Studienergebnisse lt. IQWiG-Bericht nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung übertragen lassen.

Da bei diesem Vergleich die Ergebnisse teilweise inkonsistent sind, die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen und die Ergebnisse nur eingeschränkt generalisierbar sind, kann hieraus kein Nutznachweis für die Systemische Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung bei depressiver Störung abgeleitet werden.

B-3.4.6 Nutzenbewertung Anorexia nervosa

- **Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie:**

Zu diesem Vergleich liegen drei nicht signifikante Unterschiede vor (bzw. ein statistisch signifikanter, aber klinisch nicht relevanter Unterschied und zwei statistisch nicht signifikante Unterschiede), so dass der Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie bei Anorexia nervosa nicht nachgewiesen ist (Russel 1987, Dare 1987).

- **Vergleich Systemische Therapie vs. PT-RL-Verfahren:**

Im Vergleich zu einer „*focal psychodynamic psychotherapy*“ ergab sich beim Endpunkt Teilremission Essstörung kein signifikanter Unterschied auf der Grundlage einer Studie zu Anorexia nervosa (Dare 2001), so dass bei diesem Ergebnis eine Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit einer Richtlinientherapie gegeben ist.

Das Ergebnis beruht auf einer Studie mit hohem Verzerrungspotential (Dare 2001). Aufgrund der kleinen Fallzahl in der Studie ist zusätzlich die Generalisierbarkeit des Ergebnisses in den Vergleichsbedingungen (22 vs. 21) eingeschränkt. Insgesamt ergibt sich daraus ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren.

- **Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung:**

Beim störungsspezifischen Endpunkt Teilremission Essstörung liegt ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie im Vergleich „routine treatment“ bei Patientinnen mit Anorexia nervosa auf der Basis einer Studie mit niedriger Fallzahl in den Studienarmen (Dare 2001) vor.

Aufgrund der kleinen Fallzahl in der Studie ist aber die Generalisierbarkeit des Ergebnisses in den Vergleichsbedingungen (22 vs. 19) eingeschränkt. Insgesamt weist dieses Ergebnis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu „routine treatment“ bei Anorexia nervosa hin.

B-3.4.7 Nutzenbewertung „Binge eating disorder“

- **Vergleich Systemische Therapie vs. PT-RL-Verfahren:**

In Bezug auf den Endpunkt Symptomverbesserung Essanfälle bei „Binge eating disorder“ liegt ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der Systemischen Therapie im Vergleich zu kognitiver Verhaltenstherapie (Castelnuovo 2011) vor. Allerdings weist diese Studie auch ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene auf.

Somit weist dieses Ergebnis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einem PT-Richtlinienverfahren bei „Binge eating disorder“ hin.

B-3.4.8 Nutzenbewertung gemischte Störungen

- **Vergleich Systemische Therapie vs. RL-Therapie (psychoanalytische Gruppentherapie)**

Hier liegt eine Studie vor (Lau 2007), die im IQWiG Bericht dem Störungsbereich gemischte Störungen zugeordnet wurde.

Es handelt sich um eine Untersuchung an Frauen, die an den Langzeitfolgen eines intrafamiliären Missbrauchs litten und bei denen verschiedene psychische Störungen vorgelegen hatten (Population mit gemischten Diagnosen). Eine Zuordnung zu einer spezifischen Indikation ist daher nicht möglich.

Nach den vorliegenden Ergebnissen aus dieser Studie ist von einer Gleichwertigkeit (3 nicht signifikante Unterschiede, 1 signifikanter Unterschied) der systemischen Gruppentherapie mit einem PT-RL-Verfahren auszugehen.

Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass in der vorliegenden Studie störungsunspezifische Skalen, die allgemeine Belastung bzw. Beeinträchtigung durch psychische Symptome erfassen, verwendet wurden, so dass die Aussagekraft dieser Ergebnisse zur Frage des Nutzens der systemischen Therapie bei psychischen Störungen eingeschränkt ist.

Aus diesen Ergebnissen ist ein Nutznachweis der systemischen Therapie bezogen auf unspezifische psychische Symptome ableitbar. Eine indikationsspezifische Aussage zum Nutzen der systemischen Therapie ist aufgrund der vorliegenden gemischten Diagnosen nicht möglich.

Ob die Studie von Lau et al. den gemischten Störungen gem. § 19 Absatz 1 Nummer 2 PT-RL zugeordnet werden kann bleibt unklar.

B-3.4.9 Nutzenbewertung Persönlichkeitsstörungen

- **Vergleich Systemische Therapie vs. andere Psychotherapie**

Auf der Basis der Ergebnisse der Studie von Knekt 2004 ergibt sich zu dem Endpunkt Vollremission eine Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit psychodynamischer Psychotherapie. In der Vergleichsbedingung PDPT befanden sich jedoch tendenziell mehr Patienten ohne Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (zwölf) als in der Gruppe, die mit lösungsfokussierter Therapie behandelt wurde (vier).

Zudem handelt es sich um eine sehr kleine Fallzahl in den jeweiligen Studienarmen (18 vs. 25), so dass die Generalisierbarkeit dieses Ergebnisses eingeschränkt ist. Ferner ist dieser Endpunkt „Vollremission“ in Frage zu stellen, da es sich bei Persönlichkeitsstörungen um *chronische, überdauernde Änderungen* in Persönlichkeit und Verhalten handelt (vgl. z.B. ICD-10, Kapitel F60).

Darüber hinaus ist aufgrund der Berichtslage in der Studie nicht erkennbar, auf welche Persönlichkeitsstörungen sich diese Ergebnisse beziehen, somit ist keine Aussage bezogen auf spezifische Persönlichkeitsstörungen möglich.

Da dieses Ergebnis mit sehr großer Unsicherheit behaftet ist (kleine Fallzahl, Ungeeignetheit des Endpunktes, keine eindeutige Aussage zu spezifischen Persönlichkeitsstörungen möglich) kann das Ergebnis nicht für eine Nutzenbewertung bei Persönlichkeitsstörungen herangezogen werden⁷².

B-3.4.10 Nutzenbewertung bipolare Störung

- **Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung bei bipolarer Störung**

Da keine signifikanten Unterschiede bei dem untersuchten Endpunkt Symptomverbesserung manische/depressive Symptomatik gefunden wurden, liegt kein Nutznachweis für die Wirksamkeit der systemischen Therapie im Vergleich zu psychoedukativer Multifamilientherapie bei bipolarer Störung vor.

⁷² Im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 14.12.2008 zur wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie wurde die Studie von Knekt 2004 nur bei depressiven Störungen ausgewertet, nicht bei Persönlichkeitsstörungen.

- **Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei bipolarer Störung**

Bei bipolaren Störungen ergab sich beim Endpunkt Symptomverbesserung manische/depressive Symptomatik kein statistisch signifikanter Unterschied zum Auswertungszeitpunkt 28 Monate (Miller 2004). Somit liegt kein Nutznachweis der systemischen Therapie für bipolare Störungen im Vergleich zu medikamentöser Begleittherapie vor.

B-3.4.11 Nutzenbewertung Schizophrenie

- **Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung**

Es ist hier darauf hinzuweisen, dass die im IQWiG Bericht gewählte Bezeichnung „keine Zusatzbehandlung“ insofern missverständlich ist, als dass es sich in der Vergleichsbedingung nicht um „keine Zusatzbehandlung“ handelte, sondern um eine Pharmakotherapie. Im Grunde genommen ging es in den Studien um die Frage, ob der systemischen Therapie ein Zusatznutzen zusätzlich zur Pharmakotherapie zugeschrieben werden kann.

Zusammenfassend liegen inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen Endpunkte vor, wobei insgesamt die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen.

Zwar ergibt sich auf der Basis einer Metaanalyse von Ergebnissen aus zwei Studien ein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie bezogen auf den morbiditätsbezogenen Endpunkt (Gesamtwert PANSS-Skala). Diese beiden Studien (Cao 2007, Zhang 2006) weisen aber ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene auf. Die Generalisierbarkeit dieser signifikanten Ergebnisse ist eingeschränkt, da sie sich lt. IQWiG-Bericht nur auf Patienten und Patientinnen mit einer entsprechenden medikamentösen Begleitbehandlung übertragen lassen.

Darüber hinaus zeigt sich bei der einzigen Studie mit niedrigem Verzerrungspotential kein signifikanter Interventionseffekt zugunsten der systemischen Therapie bzgl. des morbiditätsbezogenen Endpunktes (Positiv-Skala/Negativskala der PANSS-Skala; Priebe 2015).

Zusammenfassend liegen somit inkonsistente Ergebnisse vor, so dass hieraus für Schizophrenie keine eindeutige Aussage bezüglich des Nutzens der systemischen Therapie plus Pharmakotherapie im Vergleich zu Pharmakotherapie alleine abgeleitet werden kann.

B-3.4.12 Nutzenbewertung psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

- **Vergleich Systemische Therapie vs. kognitive Verhaltenstherapie („problem solving therapy“) bei Störung durch Alkoholkonsum:**

Aus dem Ergebnis einer Studie ergibt sich eine Gleichwertigkeit der systemischen Therapie mit kognitiver Verhaltenstherapie.

Die Aussagekraft und Generalisierbarkeit des Ergebnisses der vorliegenden nicht-randomisierten Studie ist aber aufgrund sehr kleiner Fallzahl in den Studienarmen (n = sechs) erheblich begrenzt. Darüber hinaus ist in der Studie keine eindeutige Diagnosebezeichnung angegeben. Daher ist für diesen Vergleich der Nutzen der systemischen Therapie bei Störung durch Alkoholkonsum nicht nachgewiesen.

- **Vergleich Systemische Therapie vs. Beratung und Informationsvermittlung („routine treatment, „Standard care treatment“, „low contact treatment“) bei verschiedenen Substanzkonsumstörungen und bei Opioidabhängigkeit:**

Für diesen Vergleich liegen inkonsistente Ergebnisse über die verschiedenen Endpunkte und Auswertungszeitpunkte sowie bzgl. der verschiedenen Substanzkonsumstörungen vor.

Bei Opioidabhängigkeit in Substitutionsbehandlung liegen zwei sich widersprechende Ergebnisse zu zwei Auswertungszeitpunkten (statistisch signifikanter Unterschied bei sechs Monaten, kein stat. signifikanten Unterschied nach einem Jahr) bei einem Endpunkt vor (Yandoli 2002, Studie mit hohem Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene).

Daraus ist keine eindeutige Aussage zum Nutzen der systemischen Therapie bei Opioidabhängigkeit in Substitutionsbehandlung im Vergleich zu „standard clinic treatment“/ „low contact group“ ableitbar.

Die Daten aus der Studie zu Substanzkonsumstörungen durch Opiode, Alkohol, Cannabinoide und Kokain ergaben überwiegend keine signifikanten Effekte zugunsten der systemischen Therapie (Slesnick 2016).

Daraus lässt sich kein Nutznachweis für verschiedene Substanzkonsumstörungen ableiten.

- **Vergleich Systemische Therapie vs. keine Zusatzbehandlung bei Substanzkonsumstörung durch Kokain, Alkohol und Opiode:**

Zu den untersuchten Endpunkten und Auswertungszeitpunkten liegen keine signifikanten Unterschiede vor, so dass der Nutzen für die Systemische Therapie bei Störungen durch Kokain, Alkohol und Opiode nicht nachgewiesen ist.

Zusammenfassend ist darauf hinzuweisen, dass es bei der Studie von Feaster 2010 im Vergleich zu „health group“, „Filmvorführung mit Bezahlung“ und „Kontrollgruppe (keine weiteren Angaben)“ vorrangig um einen besseren Umgang mit HIV-Erkrankung ging - die Behandlung der Substanzkonsumstörung stand nicht im Vordergrund. Bei den anderen beiden Studien waren jeweils keine ICD-10 oder DSM-Diagnosen angegeben.

Nachfolgend sind noch einmal als Überblick die Ergebnisse der Nutzenbewertung in tabellarischer Form für jede psychische Störung, für die Daten vorlagen, dargestellt, vgl. Tabelle 22. Die Ergebnisse aus der Studie von Knekt 2004 bezogen auf Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen waren für die Nutzenbewertung nicht verwertbar. Aus der einen Studie zu gemischten psychischen Störungen konnten keine indikationsspezifischen Aussagen abgeleitet werden.

Es wurden die jeweils in den Studien angegebenen Diagnosen bzw. Bezeichnungen verwendet⁷³.

⁷³ Diagnosestellung in den Studien nach ICD-10, DSM-III III-R, IV, IV-TR, „Chinese Classification of Mental Disorders“, bei 3 Studien keine Angaben zum Klassifikationssystem.

Tabelle 22: Ergebnisse der indikationsspezifischen Nutzenbewertung

Psychische Störung	Vergleich zu anderer PT	Vergleich zu PT-RL-Verfahren	Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung	Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung
Soziale Phobie	--	--	Kein Nutzensnachweis	--
Zwangsstörung	--	--	--	Nutzensnachweis, eingeschränkt auf Patientinnen mit Paroxetin
Demenz	--	--	--	Kein Nutzensnachweis
Depressive Störung	Kein Nutzensnachweis	Hinweis auf einen Nutzen (Gleichwertigkeit mit PDPT)	Kein Nutzensnachweis	Kein Nutzensnachweis
Anorexia nervosa	Kein Nutzensnachweis	Hinweis auf Nutzen (Gleichwertigkeit mit PDKZT)	Hinweis auf Nutzen	--
„Binge eating disorder“	--	Hinweis auf Nutzen (Gleichwertigkeit mit KVT)	--	--
Opioidabhängigkeit (Substitutionsbehandl.)	--	--	Keine eindeutige Aussage zum Nutzen möglich	--
Verschiedene Substanzkonsumstörungen	--	Kein Nutzensnachweis (Vergleich mit KVT, Störung durch Alkoholkonsum)	Kein Nutzensnachweis (Alkohol, Cannabis, Kokain, Opioide)	Kein Nutzensnachweis (Kokain, Alkohol, Opioide)
Bipolare Störung	--	--	Kein Nachweis des Nutzens	Kein Nutzensnachweis
Schizophrenie	--	--	--	Keine eindeutige Aussage zum Nutzen möglich

B-4 Zusammenfassung der sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit

Grundlage für die Bewertung des Nutzens der systemischen Therapie sind 25 Studien. Bei 22 Studien liegt ein hohes Verzerrungspotential auf Studien- und Endpunktebene vor. Bei drei Studien ist von einem niedrigen Verzerrungspotential auf Studienebene auszugehen, auf Endpunktebene liegt jedoch auch bei diesen drei Studien ein hohes Verzerrungspotential vor.

Aus keiner der vorliegenden Studien ergeben sich Hinweise auf einen Schaden der systemischen Therapie.

Für folgende psychische Störungen lagen Ergebnisse zur Wirksamkeit der systemischen Therapie vor: depressive Störung, soziale Phobie, Zwangsstörung, Anorexia nervosa, „Binge eating disorder“, verschiedene Substanzkonsumstörungen, bipolare Störung, Schizophrenie und Demenz.

Die Ergebnisse aus der Studie von Knekt zu Angststörungen (allgemein) und Persönlichkeitsstörungen (allgemein) waren für die Nutzenbewertung nicht verwertbar.

Für die übrigen psychischen Störungen lagen keine Studien vor.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass auf der Basis der Auswertungen im IQWiG-Bericht insgesamt die nicht signifikanten Unterschiede im Vergleich zu den signifikanten Effekten zugunsten der systemischen Therapie über sämtliche 25 Studien hinweg überwiegen.

So ist für depressive Störungen der Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie nicht nachgewiesen (Knekt 2004, Seikkula 2013). Im Vergleich der systemischen Therapie mit psychodynamischer Psychotherapie mit einem PT-RL-Verfahren ist von einem Hinweis auf einen Nutzen auszugehen (Knekt 2004).

Im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung ist der Nutzen der systemischen Therapie nicht nachgewiesen (Fabbri 2007, Rodriguez-Vega 2011). Im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung liegt ebenfalls kein Nutznachweis für die Systemische Therapie vor (Lemmens 2009, Wang 2011).

Bei sozialer Phobie ist aufgrund der inkonsistenten Ergebnisse aus der vorliegenden Studie der Nutzen der systemischen Therapie nicht nachgewiesen (Rakowska 2011).

Bei Zwangsstörungen liegt ein Nutznachweis der systemischen Therapie vor, jedoch besteht hier die Einschränkung, dass sich dies nur auf eine spezifische Population bezieht, welche gleichzeitig Paroxetin erhalten hatte (Li 2010, Yang 2005).

Bei Anorexia nervosa liegt ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu psychodynamischer Kurzzeittherapie und im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung vor (Dare 2001). Im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie liegt kein Nutznachweis der systemischen Therapie vor (Dare 2001).

Bei „Binge eating disorder“ liegt ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einem PT-RL-Verfahren (kognitive Verhaltenstherapie) vor (Castelnuovo 2011).

Für eine Störung durch Alkoholkonsum ist der Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie nicht nachgewiesen (Bennun 1988).

Für Opioidabhängigkeit bei gleichzeitiger Substitutionsbehandlung ist keine eindeutige Aussage zum Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung möglich (Yandoli 2002).

Für Störungen durch Konsum anderer psychotroper Substanzen ist der Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung (Slesnick 2016) sowie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung nicht nachgewiesen (Feaster 2010, Stanton 1982, Ziegler-Driscoll 1977).

Für bipolare Störungen liegt kein Nutznachweis der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung (Miller 2004) sowie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung vor (Miller 2004).

Für Schizophrenie ist keine eindeutige Aussage zum Nutzen der systemischen Therapie + Pharmakotherapie im Vergleich zu Pharmakotherapie möglich (Cao 2007, Priebe 2014, Zhang 2006, Zhou 2003).

Für Demenz ist der Nutzen der systemischen Therapie nicht nachgewiesen (Ingersoll-Dayton 1999).

Aus der Studie von Lau 2007 (verschiedenen psychische Störungen) ergibt sich ein Nutznachweis der systemischen Therapie im Vergleich zu psychoanalytischer Gruppentherapie, allerdings nur für unspezifische psychische Symptome. Eine indikationsspezifische Aussage zum Nutzen ist aufgrund der vorliegenden gemischten Diagnosen nicht möglich. Ob diese Studie den gemischten Störungen gem. § 19 Absatz 1 Nummer 2 PT-RL zugeordnet bleibt unklar.

Fazit:

Maßgeblich für die Nutzenbewertung ist die differenzierte Betrachtung der einzelnen Indikationen, wie sie hier vorgenommen wurde, denn der Indikationsbezug ist der gemäß § 135 Abs. 1 SGB V vorzunehmenden Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entsprechend den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin immanent. Antragsgegenstand ist die Anerkennung der Systemischen Therapie als Psychotherapie-Verfahren entsprechend den Anforderungen der PT-RL, was zusätzlich insbesondere die Erfüllung des Schwellenkriteriums voraussetzt. Sowohl bei Betrachtung auf der aggregierten Ebene der Störungsbereiche als auch bei Betrachtung der spezifischen Indikationen liegt kein hinreichender Nutzenbeleg für die Systemische Therapie als Verfahren gemäß PT-RL vor, da derzeit in den geprüften Indikationen nur für die Indikation „Zwangsstörung, eingeschränkt auf Patienten/Patientinnen mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung“, eine Empfehlung zum medizinischen Nutzen ausgesprochen werden kann. Insbesondere können für depressive Störungen und Angststörungen, welche zu den am häufigsten auftretenden psychischen Störungen zählen, mit den derzeitigen Studienergebnissen keine Aussagen zum Nutzen getroffen werden.

B-5 Anhang

B-5.1 Ankündigung des Bewertungsverfahrens

B-5.1.1 Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger

Hier BAnz-Veröffentlichung einstellen.

B-5.1.2 Fragebogen zur strukturierten Einholung erster Einschätzungen

Hier Fragebogen einstellen.

B-5.1.3 Übersicht der eingegangenen Einschätzungen

Hier tabellarische Übersicht einstellen.

B-5.1.4 ggf. Inhalte / Zusammenfassung der Inhalte der Einschätzungen

B-5.2 Beauftragung des IQWiG zur Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes zur Systemischen Therapie bei Erwachsenen

Hier Beschluss einstellen.

B-5.3 Abschlussbericht des IQWiG zur Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes zur Systemischen Therapie bei Erwachsenen

Der Abschlussbericht des IQWiG zur Nutzenbewertung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren (Auftrag N14-02, Version 1.0, Stand: 24.Mai 2017) ist auf der Homepage des IQWiG verfügbar: <https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/nichtmedikamentoese-verfahren/n14-02-systemische-therapie-bei-erwachsenen-als-psychotherapieverfahren.6247.html>, abgerufen am 11. Juli 2017.

B-5.4 Auftragsgemäße Annahme des Abschlussberichtes des IQWiG

Der Abschlussbericht des IQWiG zur Nutzenbewertung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren wurde am TT. Monat 2017 von der vom Unterausschuss Methodenbewertung eingerichteten Arbeitsgruppe Systemische Therapie formal abgenommen und als eine Grundlage für die Bewertung er Systemischen Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren herangezogen.

Anhang X: Krankheitswertigkeit der psychischen Symptome bei den Studien zu körperlichen Erkrankungen

Arvand 2012: Hepatitis-B- Patienten; BDI-Werte bei Studienbeginn unter Cut-off-Wert für klinisch relevante Symptomatik

Cockburn 1999: orthopädische Patienten in einem Arbeitsbelastungsprogramm; keine psychische Symptomatik erfasst

Priebe 2011: Myokardpatienten: HAMD-Werte bei Studienbeginn unter Cut-off-Wert für klinisch relevante Symptomatik

Rakowska 2015: Myokardpatienten, erfasst wurde Stresspegel; kein Hinweis auf Erfassung spezifischer psychischer Symptome

Saarijärvi 1991: chronische lumbale Rückenschmerzen bei verheirateten Patienten: outcomes waren: Kommunikationsverhalten und Selbstbeurteilung Schmerz: wobei sich hier bei Studienende kein Unterschied zwischen den Gruppen fand. Keine Hinweise auf psychische Symptome.

Shadick 2013: rheumatoide Arthritis: BDI lag bei 9,2 und 10,2 bei Studienbeginn, also unter dem Cut-off – Wert von 13 für leichte depressive Symptomatik. State-Trait-Inventory lag bei 38,4, also auch unter cut-off für klinisch relevante Symptomatik

Szapocznik 2004: HIV-positiv afroamerikanische Frauen; Intervention zielte auf Verbesserung sozialer Interaktionen in ihrem sozialen Umfeld, um Stress und alltägliche Konflikte zu reduzieren

Vogelaar 2014: chronisch entzündliche Darmerkrankung; hier ging es um die Behandlung von Müdigkeit bei dieser körperlichen Erkrankung. HADS-Werte bei Studienbeginn unter dem cut-off-Wert für klinisch relevante psychische Symptomatik (sowohl bei Depressivität als auch bei Angst).

Wirsching 1989: Bronchialkrebs: keine Angaben, ob psychische Symptome (von Krankheitswert) vorgelegen hatten (in WBP-Stellungnahme nicht eingeschlossen wegen des Studiendesigns und mit „kein Beleg“ bewertet worden).

C Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

C-5 Einleitung

Entsprechend der zweigliedrigen Bewertung einer Methode ist gemäß 2. Kapitel § 7 Buchstabe b VerfO eine sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext durchzuführen (zur sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit gemäß 2. Kapitel § 7 Buchstabe a VerfO wird auf Kapitel *B Sektorenübergreifende Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit* verwiesen).

C-6 Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

C-7 Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

D Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA

E Gesamtbewertung in der vertragsärztlichen Versorgung

Der Beschlussfassung des G-BA soll gemäß 2. Kapitel § 13 VerfO ein umfassender Abwägungsprozess vorausgehen, der unter Einbeziehung der wissenschaftlichen Erkenntnisse, insbesondere der nach Evidenzkriterien ausgewerteten Unterlagen erfolgt.

F Bürokratiekostenermittlung

Abbildung des Kapitels in der ZD nur dann, wenn Bürokratiekosten anfallen und berechnet werden. Ansonsten nur Kapitel in den TrGr.



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung gemäß 2. Kapitel § 7 Absatz 1 lit. a)
Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses

A. Feststellung, dass der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren hinreichend belegt sind

B. Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL):
Systemische Therapie bei Erwachsenen – Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Hinblick auf Erprobung

Berlin, 07. September 2018

Korrespondenzadresse:
Bundesärztekammer
Dezernat Wissenschaft, Forschung und Ethik
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel.: 030 / 400 456 - 461
E-Mail: dezernat6@baek.de

Fragestellung

Die Bundesärztekammer dankt für die mit Schreiben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 10.08.2018 eröffnete Möglichkeit, eine Stellungnahme zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung gemäß 2. Kapitel § 7 Absatz 1 lit. a) Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA im Verfahren zur Bewertung der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen abzugeben.

Der Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V durch den G-BA wurde von dem damaligen Unparteiischen Mitglied Dr. Deisler am 11.02.2013 gestellt. Eine wesentliche Begründung für die Prüfung der Systemischen Therapie war die mit dem Gutachten vom 14.12.2008 vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) festgestellte wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen. In den Beratungen des Abschlussberichts des vom G-BA mit der Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß §§ 139b Abs. 1 S. 1 i.V.m. § 139a Abs. 3 SGB V beauftragten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat der Unterausschuss Methodenbewertung beschlossen, die Bundesärztekammer um Stellungnahme zu folgenden Beschlussentwürfen zu bitten:

- A. Feststellung, dass der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren hinreichend belegt sind
sowie
- B. Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen – Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Hinblick auf Erprobung.

Hintergrund

Der von Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer gemeinsam gebildete Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG (WBP) hat das Verfahren Systemische Therapie bei Erwachsenen mit seinem Gutachten vom 14.12.2008 wissenschaftlich anerkannt und auch eine tabellarische Übersicht zur Studienbewertung im Rahmen der Begutachtung veröffentlicht (beide Dokumente sind online unter www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.134.135 abrufbar). Dem Gutachten wurde die von der Systemischen Gesellschaft sowie der Deutschen Gesellschaft für *Systemische Therapie*, *Beratung* und *Familientherapie* geäußerte Definition zugrunde gelegt. Diese Definition beschreibt die Systemische Therapie als ein psychotherapeutisches Verfahren, dessen

Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. Dabei werden zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten („Indexpatienten“) weitere Mitglieder des für Patienten bedeutsamen sozialen Systems einbezogen. Die Therapie fokussiert auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie oder des Systems und deren weitere soziale Umwelt. Die Systemische Therapie betrachtet wechselseitige intrapsychische (kognitiv-emotive) und biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen.

Gemäß seinen Beurteilungskriterien hat der WBP festgestellt, dass die Systemische Therapie bei Erwachsenen für Behandlungen in folgenden Anwendungsbereichen als wissenschaftlich anerkannt gelten kann: (1) Affektive Störungen, (5) Essstörungen, (7) Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten, (9) Abhängigkeiten und Missbrauch (Heroinabhängigkeit meist in Kombination mit Methadonbehandlung) sowie (10) Schizophrenie und wahnhafte Störungen.

Systemische Therapie wird seit Langem im Kontext stationärer und ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen sowohl im Erwachsenenbereich, vor allem aber im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie eingesetzt. Über die heilkundliche Anwendung hinaus spielt die Systemische Therapie auch in verschiedenen anderen psychosozialen Bereichen eine bedeutsame Rolle, insbesondere als Ansatz in Familien- und Erziehungsberatungsstellen. Von der Systemischen Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie sowie von den systemischen Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstituten wurden curriculare Konzepte vorgelegt, nach denen sowohl die theoretischen Grundlagen als auch das praktische therapeutische Vorgehen vermittelt werden. Die Systemische Therapie wurde vom WBP als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten gemäß § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrVO) empfohlen. Im aktuellen Entwurf der überarbeiteten und aktualisierten Gebührenordnung für Ärzte finden sich dementsprechend bereits Abrechnungsziffern für die Anwendung von Systemischer Therapie in Einzel- und Gruppenbehandlung. Die Aufnahme der Systemischen Therapie in den aktuellen Entwurf der Gebührenordnung für Ärzte erfolgte in breiter fachlicher Abstimmung mit den betroffenen ärztlichen Berufsverbänden und medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie dem Verband der privaten Krankenkassen.

Auf der Grundlage des WBP-Gutachtens erfolgte 2013 der Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V durch den G-BA. Das vom G-BA mit der Bewertung der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen beauftragte IQWiG hat seinen Abschlussbericht im Mai 2017 vorgelegt. Der Unterausschuss Methodenbewertung hat die Ergebnisse dieses Berichts beraten und u. a. die Bundesärztekammer um Stellungnahme zu den beiden o. g. Beschlussentwürfen gebeten, die sich wesentlich in ihrer Bewertung der Ergebnisse zum Nutzen der Systemischen Therapie unterscheiden. Beschlussentwurf A schlägt angesichts der vorliegenden Belege des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit vor, den Unterausschuss Psychotherapie mit den weiterführenden Beratungen zur Systemischen Therapie bei Erwachsenen zu beauftragen. Beschlussentwurf B betrachtet die vorliegenden Nutznachweise als unzureichend für eine Anerkennung der Systemischen Therapie als Verfahren gemäß der Psychotherapie-Richtlinie und schlägt aufgrund ihres Potenzials als eine erforderliche Behandlungsalternative eine Erprobungsphase gemäß § 137e SGB V vor, um weitere wissenschaftliche Erkenntnisse zu erheben.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zu den Beschlussentwürfen

Im IQWiG-Abschlussbericht wird der aktuelle Stand des medizinischen Wissens zum Psychotherapieverfahren Systemische Therapie bei Erwachsenen dargestellt. Die Ergebnisse des Berichts beruhen auf der Auswertung von 33 randomisiert kontrollierten Studien. Zusammenfassend betrachtet, findet das IQWiG Anhaltspunkte für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu verschiedenen Komparatoren (Beratung und Informationsvermittlung, andere Psychotherapie, ohne Zusatzbehandlung) in den Störungsbereichen Angst- und Zwangsstörungen, depressive Störungen, Essstörungen, körperliche Erkrankungen, Substanzkonsumstörungen und gemischte Störungen. Für den Vergleich mit keiner Zusatzbehandlung wird für die Störungsbereiche Angststörungen und Zwangsstörungen sowie für Schizophrene und affektive psychotische Störungen ein Hinweis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie gefunden.

Die zur Stellungnahme vorgelegten Beschlussentwürfe A und B unterscheiden sich deutlich in ihrer Bewertung der Ergebnisse des IQWiG-Abschlussberichts.

Zur Bewertung des Nutzens in den Störungsbereichen im Einzelnen:

Angst- und Zwangsstörungen

Beschlussentwurf A folgt der Einschätzung des IQWiG-Abschlussberichts, dass für den Störungsbereich Angst- und Zwangsstörungen im Vergleich zu anderer Psychotherapie ein An-

haltspunkt für einen geringeren Nutzen, jedoch im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung ein Anhaltspunkt für einen Nutzen und im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung ein Hinweis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie gefunden wurde.

Die in Beschlussentwurf B bezüglich der zu Angststörungen eingeschlossenen Studien geäußerten Zweifel überzeugen nicht: Die Bedeutung eines bloßen Vergleiches zwischen der Anzahl nicht-signifikanter und signifikanter Unterschiede in der Studie zu sozialer Phobie ist unklar. In Bezug auf die Zwangsstörung steht eine gleichzeitig stattfindende medikamentöse Behandlung in den Vergleichsarmen der Studie der Feststellung eines Nutzens der Systemischen Therapie nicht entgegen.

Demenz

Ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung bei Demenz hat sich im IQWiG-Abschlussbericht nicht ergeben. Die Demenz zählt jedoch nicht zu den Indikationen für Psychotherapie gemäß der Psychotherapie-Richtlinie.

Depressive Störungen

Beschlussentwurf A schließt sich der Einschätzung des IQWiG-Abschlussberichts an, wonach Anhaltspunkte für einen Nutzen der Systemischen Therapie für Endpunkte u. a. bezüglich der depressiven Symptomatik, der Lebensqualität und beruflich relevanter Faktoren im Vergleich zu allen drei Komparatoren des Berichts gefunden wurden. Die in Beschlussentwurf B geäußerten Zweifel an der Studienbewertung des IQWiG aufgrund eines Vergleichs der Anzahl signifikanter und nicht-signifikanter Effekte sind nicht überzeugend. Ebenso stellt eine fehlende Überlegenheit gegenüber Psychodynamischer Psychotherapie, wie in Beschlussentwurf B bemängelt, keine notwendige Voraussetzung für einen Nutznachweis der Systemischen Therapie dar.

Auch der WBP stellte in seinem Gutachten von 2008 aufgrund von drei positiv bewerteten Studien die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie bei Affektiven Störungen fest. Die fünf zusätzlichen vom IQWiG berücksichtigten Studien stellen eine deutliche Erweiterung der Evidenzlage in diesem Störungsbereich dar.

Essstörungen

Im IQWiG-Abschlussbericht wird anhand von drei Studien ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie bei Patientinnen mit Essstörungen im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung sowie im Vergleich zu anderer Psychotherapie vermerkt. Beschlussentwurf B äußert Zweifel an der Evidenzlage für den Störungsbereich Essstörungen im Hin-

blick auf eine mangelnde Studienqualität in einer Studie (Dare 2001), die im IQWiG-Abschlussbericht nicht erkennbar ist. Hingewiesen wird zudem auf das Verzerrungspotenzial, das sich durch die mangelnde Verblindung der eingeschlossenen Patientinnen ergibt.

Im Vergleich zum WBP-Gutachten, das die Systemische Therapie bei Essstörungen wissenschaftlich anerkennt, berücksichtigt das IQWiG weitere Studien, die Anhaltspunkte für einen Nutzen der Systemischen Therapie bei Essstörungen ergeben. Somit erweitert der Abschlussbericht des IQWiG die Bewertungsgrundlage für die Systemische Therapie. Für die Bewertung eines sich durch eine unvollständige Verblindung der Patientinnen ergebenden Verzerrungspotenzials sind die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich durch die Psychotherapieforschung ergeben.

Gemischte Störungen

Im IQWiG-Abschlussbericht hat eine ausgewertete Studie einen Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinien-Psychotherapie für den Endpunkt Symptomverbesserung der generellen psychiatrischen Symptomatik ergeben. Die in Beschlusssentwurf B bemängelte fehlende Zuordnung zu einer der Indikationen der Psychotherapie-Richtlinie läuft ins Leere. Denn für die Berücksichtigung von Studien zu gemischten Störungen bei der Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren und -methoden wird in § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie vorausgesetzt, dass eine Zuordnung zu den Indikationen nach § 26 der Psychotherapie-Richtlinie nicht möglich ist.

Auch im Gutachten des WBP war eine Studie vorgelegt worden, die die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Patienten mit gemischten psychischen Störungen belegt und die nicht eindeutig einem der vom WBP definierten Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen zugeordnet werden kann. Die Ergebnisse des IQWiG-Abschlussberichts unterstützen die positiven Ergebnisse zum Nutzen der Systemischen Therapie in den anderen Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie. Inwiefern die vom IQWiG bewertete Studie zu gemischten Störungen für die Anerkennung der Systemischen Therapie zu berücksichtigen ist, ist weiterführend im Unterausschuss Psychotherapie zu beraten.

Körperliche Erkrankungen

Im Abschlussbericht des IQWiG wurde anhand von neun Studien im Störungsbereich körperliche Erkrankungen jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie und zum Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt. Eine direkte Übertragung dieser Ergebnisse auf die Indikationen gemäß § 26 der Psychotherapie-Richtlinie ist nicht möglich, da das IQWiG in diesem Störungsbereich somatoforme Störungen und dissoziative Störungen sowie seelische Krankheit als Folge schwerer

chronischer Krankheitsverläufe zusammenfasst und sich die Einschlusskriterien insofern unterscheiden.

Das Gutachten des WBP hat die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen für den Anwendungsbereich Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54) anhand von drei Studien festgestellt, die auch vom IQWiG berücksichtigt wurden. Die positive Bewertung des IQWiG sowie das WBP-Gutachten untermauern die Anhaltspunkte und Hinweise zum Nutzen der Systemischen Therapie in den anderen Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie.

Persönlichkeitsstörungen

Die im IQWiG-Abschlussbericht bewerteten Studien zum Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen haben keinen Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu psychodynamischer Kurzzeittherapie ergeben. Im Verfahren zur Überprüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen durch den WBP waren keine Studien im Anwendungsbereich Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen eingereicht worden.

Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

Das IQWiG stellt in seinem Abschlussbericht einen Hinweis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung für die Indikation Schizophrenie und affektive psychotische Störungen fest. Eine medikamentöse antipsychotische Sockeltherapie in den Vergleichsarmen der Studien steht der Nutzenfeststellung nicht entgegen. Der WBP hat in seinem Gutachten von 2008 die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie für den Anwendungsbereich Schizophrenie und wahnhaftige Störungen anhand von vier Studien festgestellt.

Substanzkonsumstörungen

Im IQWiG-Abschlussbericht wird ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie bei psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung gefunden. Im Gutachten des WBP war die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie für den Anwendungsbereich Abhängigkeiten und Missbrauch festgestellt worden.

Zusammenfassung zur Nutzenbewertung nach Störungsbereichen

Für die Aussagen zur Nutzenbewertung wurden im IQWiG-Abschlussbericht einzelne psychische Störungen nach Störungsbereichen zusammengefasst. Dieses Vorgehen entspricht auch den Vorgaben des Methodenpapiers des WBP (im Internet abrufbar unter www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf), wonach die wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren für Anwendungsbereiche der Psychotherapie festgestellt wird. Die zusammenfassende Betrachtung von Nutzaussagen zu Störungsbereichen stellt ein wissenschaftlich etabliertes Vorgehen dar. Sie ist zudem für die Vorbereitung der weiterführenden Beratungen des Unterausschusses Psychotherapie zur Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen angemessen, da die Psychotherapie-Richtlinie einzelne Störungen in „Anwendungsbereichen“ bzw. – synonym verwendet – zu „Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie“ nach § 26 zusammenfasst. Störungsbereiche des IQWiG-Abschlussberichts, bei denen eine fragliche Passung mit den Indikationen nach § 26 der Psychotherapie-Richtlinie vorliegt, sind in den Beschlussentwürfen ausgewiesen.

Um eine umfassende Versorgung der Versicherten sicherstellen zu können, sieht § 19 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie für die Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren und -methoden die Anwendung eines Schwellenkriteriums vor, das angesichts epidemiologischer Daten entwickelt wurde. Das Schwellenkriterium definiert, für welche Indikationen von Psychotherapie der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit des in Frage stehenden Verfahrens mindestens festgestellt worden sein müssen. Auch der WBP wendet ein mit dem G-BA abgestimmtes Schwellenkriterium bezüglich der Empfehlung von Psychotherapieverfahren für die vertiefte Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an, um sicherzustellen, dass Verfahren „durch die Breite ihrer Anwendungsbereiche ihre Relevanz für eine umfassende psychotherapeutische Versorgung nachgewiesen haben“. Eine über die nach § 26 der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehenen Indikationen hinausgehende Differenzierung der Nutznachweise erscheint vor diesem Hintergrund nicht erforderlich. Eine Gesamtbewertung im Versorgungskontext für neue Psychotherapieverfahren ist im nächsten Schritt Beratungsgegenstand im Unterausschuss Psychotherapie.

Zum Verzerrungspotenzial

Die Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene im IQWiG-Abschlussbericht ist für die in Beschlussentwurf B geforderte Aussetzung des Bewertungs-

verfahrens zur Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen im Hinblick auf Erprobung von zentraler Bedeutung. Bei den eingeflossenen Studien zur Systemischen Therapie wurden die Patienten und die behandelnden Personen als unverblindet bewertet. Aus Sicht der Bundesärztekammer stellt dies ein Merkmal der Psychotherapieforschung dar, das mit den Kontrollmöglichkeiten z. B. in klinischen Studien zur Wirksamkeit von Arzneimitteln nicht adressiert werden kann. Selbst die Anwendung eines „treatment as usual“ kann aufgrund der Erwartungen von Patienten zu Frustration und Enttäuschung führen und daher nicht im Sinne einer Placebokontrolle gewertet werden. Eine kritische Auseinandersetzung mit der vorhandenen Evidenz im Hinblick auf die Studienmethodik einschließlich der Vergleichsbedingungen ist daher unausweichlich. Die Bundesärztekammer schließt sich vor diesem Hintergrund der in Beschlusssentwurf A niedergelegten Feststellung an, „dass die im IQWiG-Methodenpapier für Studien mit höchster Aussagesicherheit definierte notwendige Voraussetzung der Verblindung der Therapeuten und Patienten im Bereich der Psychotherapie nicht praktisch umsetzbar ist“ und dass „eine Nutzenfeststellung auf Basis von Studien mit niedriger oder mittlerer Aussagesicherheit für angemessen“ zu halten ist. Der therapeutische Nutzen von Psychotherapieverfahren ist nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse festzustellen. Bezüglich der vom Unterausschuss Psychotherapie vorzunehmenden Gesamtbewertung im Versorgungskontext ist dementsprechend gemäß § 13 der Verfahrensordnung des G-BA vorgesehen, dass der Nutzen einer Methode durch qualitativ angemessene Unterlagen zu belegen ist. Sofern es unmöglich ist, Unterlagen der Evidenzstufe I vorzulegen, sind auch qualitativ angemessene Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen zugrunde zu legen.

Das Verfahren zur Bewertung neuer Psychotherapieverfahren und -methoden, das neben einer wissenschaftlichen Anerkennung durch den WBP eine Prüfung der Evidenzlage durch das IQWiG als Grundlage für die Bewertung des G-BA vorsieht, stellt eine hohe Hürde dar. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass Studien zur Psychotherapie u. a. aufgrund ihrer Dauer mit einem hohen Aufwand verbunden sind, und in der Drittmittelfinanzierung randständig behandelt werden. Trotz der im Beschlusssentwurf B mit Einführung einer Erprobungsphase in Aussicht gestellten Finanzierung der Erbringung Systemischer Therapie in der ambulanten Psychotherapie bleiben auch Fragen zu den für die mit der Studiendurchführung verbundenen weiteren Kosten ungeklärt. Insbesondere angesichts der langen Studiedauer von Psychotherapiestudien und der Schwierigkeit, Forschungsgelder für Psychotherapieforschung aus Drittmitteln zu erhalten, ist nicht nachvollziehbar, wie weitere wissenschaftliche Evidenz finanziert werden soll.

Diese Umstände sind bei der Bewertung neuer Psychotherapieverfahren und -methoden zu berücksichtigen, um Innovationen in der Psychotherapie im Sinne des Patientenwohls überhaupt zu ermöglichen.

Zur Bewertung der medizinischen Notwendigkeit

In vielen Fällen ist von einer hohen Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung und der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung auszugehen. Eine Möglichkeit zur Anwendung der Systemischen Therapie in der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung könnte eine wertvolle Erweiterung des Behandlungsspektrums darstellen im Hinblick z. B. auf therapieresistente Krankheitsverläufe. Patienten würde – auch aus ethischen Gründen – die Wahl eines weiteren und mit der subjektiven Überzeugung stimmigen Therapieansatzes ermöglicht.

Fazit

Die Bundesärztekammer schließt sich vor dem Hintergrund der im IQWiG-Abschlussbericht dargestellten Ergebnisse zur Bewertung der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen in Verbindung mit der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen durch den WBP der Bewertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Patientenvertretung an, wonach der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse für die Anwendungsbereiche Angststörungen und Zwangsstörungen, Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/Opioide, Essstörungen, Schizophrene und affektive psychotische Störungen als belegt anzusehen sind. Die Bundesärztekammer empfiehlt daher, Beschlussentwurf A zu folgen und den Unterausschuss Psychotherapie mit den weiterführenden Beratungen zur sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext sowie zur Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 19 der Psychotherapie-Richtlinie zu beauftragen.

Stellungnahme

Ergebnisse der Nutzenbewertung gemäß 2. Kapitel § 7
Absatz 1 lit. a) Verfahrensordnung
Beschlussentwürfe des Gemeinsamen Bundesausschusses
zur systemischen Therapie bei Erwachsenen

07.09.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	3
Bewertung des medizinischen Nutzens	5
Angst- und Zwangsstörungen	7
Depressive Störungen	7
Essstörungen	8
Schizophrenie und affektive psychotische Störungen	8
Substanzkonsumstörungen	9
Körperliche Erkrankungen.....	9
Gemischte Störungen.....	10
Anerkennung als neues Psychotherapieverfahren – Schwellenkriterium.....	10
Bewertung der medizinischen Notwendigkeit	12
Literatur	14

Vorbemerkung

Der Antrag auf Bewertung der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen nach § 135 Absatz 1 SGB V war mit Schreiben vom 13. Februar 2013 vom damaligen unparteiischen Mitglied und Vorsitzenden des Unterausschusses Methodenbewertung Dr. Harald Deisler gestellt worden. In der Folge hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Sitzung vom 21. August 2014 beschlossen, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung der systemischen Therapie bei Erwachsenen zu beauftragen. Zwei Jahre später wurde am 23. August 2016 zunächst der Vorbericht und nach Durchführung eines umfangreichen Stellungnahmeverfahrens schließlich am 24. Juli 2017 auch der Abschlussbericht des IQWiG veröffentlicht.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt, dass mit der Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung des IQWiG und der Vorlage der beiden Beschlussentwürfe zur systemischen Therapie die nächsten Schritte für eine Entscheidung des G-BA über die Zulassung der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen vollzogen werden.

Aus Sicht der BPtK bildet der Abschlussbericht des IQWiG „Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren – Abschlussbericht Nr. 513“ eine adäquate Entscheidungsgrundlage für die Feststellung des indikationsbezogenen Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren. Im Abschlussbericht hat das IQWiG in transparenter und methodisch nachvollziehbarer Form dargestellt, dass die Nutzenbewertung in insgesamt sieben Störungsbereichen einen Hinweis auf oder einen Anhaltspunkt für den Nutzen der systemischen Therapie ergibt.

Die BPtK befürwortet daher den Beschlussentwurf A, der die Position von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und Patientenvertretung (PatV) widerspiegelt und im Ergebnis der sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit feststellt, dass der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren für insgesamt fünf Anwendungsbereiche der Psychotherapie hinreichend belegt sind. Darüber hinaus wird im Beschlussentwurf von KBV, DKG und PatV zutreffend festgestellt, dass keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit oder zum Schaden der systemischen Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen vorliegen. Folgerichtig sieht der Beschlussentwurf die Einleitung der Beratungen zur sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext, zur Anwendung des

Schwellenkriteriums gemäß § 19 Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) sowie über eine Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie und die Beauftragung des Unterausschusses Psychotherapie mit der Durchführung dieser Beratungen vor. Die BPTK begrüßt diesen Auftrag ausdrücklich und erwartet sich hiervon, dass im Ergebnis dieser Beratungen den gesetzlich Krankenversicherten zügig die systemische Therapie als Psychotherapieverfahren und wichtige Behandlungsalternative in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung gestellt wird.

Aus Sicht der BPTK geht aus dem Nutzenbericht des IQWiG darüber hinaus hervor, dass auch der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie bei körperlichen Erkrankungen und damit in dem Anwendungsbereich „Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe“ gemäß § 26 Absatz 2 Nummer 3 PT-RL hinreichend belegt ist. Die BPTK schlägt vor, dies entsprechend im Beschlussentwurf A zu ergänzen.

Der Bewertung des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV), die zu dem Ergebnis kommt, dass für die systemische Therapie mit Ausnahme der Indikation „Zwangsstörungen, eingeschränkt auf Patienten/Patientinnen mit gleichzeitiger Paroxetin-Behandlung“ für keinen anderen Indikationsbereich eine Empfehlung zum medizinischen Nutzen ausgesprochen, sondern lediglich das Potenzial angenommen werden kann, das eine Erprobung nach § 137e SGB V rechtfertigt, kann dagegen nicht gefolgt werden. Der Beschlussentwurf B des GKV-SV wird von Seiten der BPTK entsprechend abgelehnt. Insbesondere ist die Neubewertung der Studienlage der systemischen Therapie in den verschiedenen Störungsreichen – abweichend von der wissenschaftlich fundierten Nutzenbewertung des IQWiG – nicht nachvollziehbar und entspricht nicht dem aktuellen wissenschaftlichen Stand der Methodenbewertung, wie er u. a. in den Methoden 5.0 des IQWiG, aber auch in den Empfehlungen der Cochrane Collaboration zur Durchführung von Metaanalysen hinsichtlich der Problematik der Verwendung des „Vote Counting“ beschrieben wird (Deeks et al., 2011).

Die vom GKV-SV vorgeschlagene Erarbeitung einer Erprobungsrichtlinie, um weitere Kenntnisse für die Bewertung des Nutzens der systemischen Therapie zu generieren, würde zulasten der Patientinnen und Patienten zu einer weiteren unzulässigen Verzögerung der sozialrechtlichen Anerkennung der systemischen Therapie führen. Die gebotene Erweiterung der in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung stehenden Psychotherapieverfahren würde sich dadurch noch einmal deutlich verschieben.

Die Stellungnahme der BPTK erläutert im Folgenden diese Einschätzung vor dem Hintergrund der konkreten Nutzenbewertung des IQWiG in den verschiedenen Störungsbereichen und setzt sich mit zentralen Aspekten der Beschlussentwürfe und deren Begründung auseinander.

Bewertung des medizinischen Nutzens

Die Nutzenbewertung des IQWiG hat gezeigt, dass sich in insgesamt sieben Störungsbereichen ein Hinweis auf oder ein Anhaltspunkt für den Nutzen der systemischen Therapie ergeben. Zu diesen Störungsbereichen gehören „Angst- und Zwangsstörungen“, „Depressive Störungen“, „Substanzkonsumstörungen“, „Essstörungen“, „Schizophrenie und affektive psychotische Störungen“, „Körperliche Erkrankungen“ und „gemischte Störungen“. Für die Störungsbereiche „Persönlichkeitsstörungen“ und „Demenz“ liegt zwar jeweils eine Studie mit verwertbaren Daten vor, diese können in der Gesamtbetrachtung jedoch jeweils keinen Hinweis auf oder Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie bzw. im Vergleich zum Komparator „keine Zusatzbehandlung“ liefern. Umgekehrt lässt sich insbesondere im Störungsbereich der Persönlichkeitsstörungen aus dieser Studie aber auch kein Hinweis auf eine Unterlegenheit der systemischen Therapie im Vergleich mit einem bereits anerkannten Psychotherapieverfahren ableiten.

Abweichend von der Methodik des IQWiG, die Nutzenbewertung der systemischen Therapie auf der Basis von endpunkt- und vergleichsgruppenspezifischen Metaanalysen in den verschiedenen Störungsbereichen durchzuführen, sieht der GKV-SV in der Zentralen Dokumentation zu seinem Beschlussentwurf eine neue, von den internationalen wissenschaftlichen Standards deutlich abweichende Nutzendefinition vor. Danach soll der Nutzen des hier untersuchten Verfahrens dann als nachgewiesen gelten, wenn sich keine Hinweise auf einen Schaden ergeben und ausschließlich statistisch signifikante Effekte mit ausreichender externer Validität bei den relevanten Endpunkten Mortalität, Morbidität und Lebensqualität auf Basis von Unterlagen der Evidenzstufe 1b zugunsten der untersuchten Methode ergeben. Wenn sowohl nicht signifikante als auch signifikante Effekte aus den Studien mit Evidenzstufe 1b vorliegen, müssen nach den Vorstellungen des GKV-SV die signifikanten Unterschiede überwiegen, um einen Nutznachweis ableiten zu können. Diese Methode des „Vote Counting“ ist auch für die Nutzenbewertung auf Basis von Metaanalysen inadäquat und widerspricht dem wissenschaftlich anerkannten Vorgehen des IQWiG bei der Nutzenbewertung. Dies würde z. B. dazu führen, dass bei einer für einen bestimmten patientenrelevanten Parameter hochwirksamen Methode (z. B. der

Remissionsrate) der Nutzen als nicht hinreichend belegt angesehen wird, wenn die Unterschiede zu einem Komparator für die ebenfalls untersuchten Endpunkte Mortalität und Rückfallrate jeweils nicht signifikant ausfallen. Weder ist es zulässig zu fordern, dass für mindestens die Hälfte der untersuchten Endpunkte ein Nutznachweis erbracht werden muss, noch dürfen die verschiedenen endpunktbezogenen Vergleiche ungewichtet aufaddiert werden. Nach dem Vorschlag des GKV-SV hätten Vergleiche zu Endpunkten, zu denen lediglich eine Studie mit einer kleinen Stichprobe vorliegt, das gleiche Gewicht wie metaanalytische Vergleiche auf Basis mehrerer Studien mit großer Stichprobengröße. Die Cochrane Collaboration rät von dieser Methodik des „Vote Counting“ im Kontext der Metaanalysen grundsätzlich ab (Deeks et al., 2011). Ein Einsatz dieser Methode wird allenfalls in dem Sinne in Betracht gezogen, dass die Zahl der Studien, die einen Schaden zeigen, mit der Zahl der Studien, die einen Nutzen zeigen, verglichen wird.

Darüber hinaus hat sich die indikationsbezogene Bewertung nach § 135 Absatz 1 SGB V im Bereich der Psychotherapie auf die kategoriale Struktur der Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie gemäß § 26 Psychotherapie-Richtlinie zu beziehen. In diesem Sinne hat auch das IQWiG in seiner Nutzenbewertung seine Aussagen auf Störungsbereiche bezogen, die den Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie weitgehend entsprechen. Ein Aufbrechen dieser Anwendungsbereiche bei der Bewertung der Ergebnisse der Nutzenbewertung durch den G-BA in einzelne Diagnosen, wie es der GKV-SV seinem Beschlussentwurf zugrunde legt und in der zusammenfassenden Dokumentation darlegt, wird weder der Struktur der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, noch der Struktur der diagnostischen Klassifikationssysteme im Bereich psychischer Erkrankungen gerecht.

Die Einschätzungen des GKV-SV beruhen daher zum einen auf einer wissenschaftlich nicht haltbaren Definition des Nutznachweises, welche die Methodik des IQWiG und damit die anerkannten methodischen Standards der Nutzenbewertung nicht angemessen berücksichtigt. Zum anderen beruhen die Einschätzungen des GKV-SV auf einer unangemessenen Aufsplitterung der Nutzenbewertung auf einzelne Diagnosen und zum Teil anhand weiterer Merkmale gebildeten Subgruppen von Patientinnen und Patienten, die der Versorgungsrealität in der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht gerecht wird. Diese Form der Neubewertung des Nutzens durch den GKV-SV wird daher von der BPTK als unzulässig und fachlich unangemessen abgelehnt.

Angst- und Zwangsstörungen

Im Störungsbereich Angst- und Zwangsstörungen konnte das IQWiG insgesamt vier randomisiert kontrollierte Studien zur systemischen Therapie auswerten. Dabei ergab sich zum einen ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie für den Endpunkt der störungsspezifischen Symptomverbesserung im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung sowie zum anderen ein Hinweis auf einen Nutzen für den Endpunkt Verbesserung der (Zwangs-)Symptomatik im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung. Ferner wird im IQWiG-Bericht ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie berichtet.

In beiden Beschlussentwürfen wird in der Bewertung des Nutzenberichts des IQWiG durch den G-BA diesbezüglich zurecht darauf hingewiesen, dass es bei den vorliegenden Publikationen zur Studie von Knekt et al. (2004) nicht möglich war, die Subgruppe der Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Angststörung von den Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Depression und zusätzlichen Angstsymptomen abzugrenzen. In einer aktuellen Auswertung zur Subgruppe der Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung (Knekt et al., in Druck), konnte jedoch gezeigt werden, dass die systemische Therapie im Vergleich zur psychodynamischen Kurzzeittherapie u. a. zu signifikant höheren Remissionsraten und einer signifikant stärkeren Symptomverbesserung in drei konsekutiven Jahren des Follow-up führte. Eine Unterlegenheit der systemischen Therapie gegenüber der psychodynamischen Langzeittherapie konnte zugleich nicht belegt werden. Somit spricht die aktuelle Befundlage für einen weiteren Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einem anderen Psychotherapieverfahren auf den Endpunkten Symptomverbesserung und Remissionsrate. Der Nutzen der systemischen Therapie in diesem Anwendungsbereich der Psychotherapie gemäß § 26 Absatz 1 Nummer 2 der Psychotherapie-Richtlinie kann somit als hinreichend belegt angesehen werden.

Depressive Störungen

Im Störungsbereich depressive Störungen konnte das IQWiG insgesamt sechs randomisiert-kontrollierte Studien zur systemischen Therapie auswerten. Im Vergleich zu anderer Psychotherapie wird dabei ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie für die Endpunkte der Symptomverbesserung und des Erwerbsstatus berichtet. Darüber hinaus wird ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie für die Endpunkte Rückfall, Symptomatik, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und körperliches und soziales Funktionsniveau im Vergleich zu Beratung und Informati-

onsvermittlung festgestellt. Schließlich konstatiert der IQWiG-Bericht auch einen Anhaltspunkt für einen Nutzen im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung für die Endpunkte Symptomverbesserung und soziales und berufliches Funktionsniveau. Insbesondere der Anhaltspunkt für den Nutzen der systemischen Therapie gegenüber den aktiven Vergleichsbedingungen für die verschiedenen patientenrelevanten Endpunkte unterstreicht, dass der Nutzen der systemischen Therapie in dem Anwendungsbereich der Psychotherapie gemäß § 26 Absatz 1 Nummer 1 der Psychotherapie-Richtlinie als hinreichend belegt angesehen werden kann.

Essstörungen

Im Störungsbereich Essstörungen konnte das IQWiG insgesamt drei randomisiert-kontrollierte Studien zur systemischen Therapie auswerten. Im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung zeigte sich für den Endpunkt Teilremission ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie. Darüber hinaus wird ein Anhaltspunkt für den Nutzen der systemischen Therapie für die Endpunkte der Symptomverbesserung (Essanfälle) sowie des sozialen Funktionsniveaus im Vergleich zu anderer Psychotherapie berichtet. Auch hier unterstreichen die Anhaltspunkte für den Nutzen der systemischen Therapie gegenüber den aktiven Vergleichsbedingungen für die verschiedenen patientenrelevanten Endpunkte, dass der Nutzen der systemischen Therapie für diesen Anwendungsbereich der Psychotherapie gemäß § 26 Absatz 1 Nummer 5 der Psychotherapie-Richtlinie als hinreichend belegt angesehen werden kann.

Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

Im Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen lagen insgesamt fünf randomisiert-kontrollierte Studien mit verwertbaren Daten vor. In der Gesamtbeurteilung konstatiert das IQWiG einen Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung. Dieser Hinweis beruht insbesondere auf zwei Studien, die einen Hinweis auf den Nutzen der systemischen Therapie für den Endpunkt der Schizophreniesymptomatik im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung ergeben. Der Nutzen der systemischen Therapie für diesen Anwendungsbereich der Psychotherapie gemäß § 26 Absatz 2 Nummer 4 der Psychotherapie-Richtlinie kann daher als hinreichend belegt angesehen werden.

Substanzkonsumstörungen

Im Störungsbereich der Substanzkonsumstörungen lagen insgesamt sechs Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Substanzkonsumstörungen vor. In der Gesamtbetrachtung konstatiert das IQWiG, dass sich hier ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung ergibt. Diese Bewertung beruht auf einem Anhaltspunkt für den Nutzen der systemischen Therapie hinsichtlich des Endpunkts Teilremission der Opioidkonsumstörung im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung zum Auswertungszeitpunkt sechs Monate. Der Nutzen der systemischen Therapie für diesen Anwendungsbereich der Psychotherapie gemäß § 26 Absatz 2 Nummer 1a/1b der Psychotherapie-Richtlinie kann daher als hinreichend belegt angesehen werden.

Körperliche Erkrankungen

Die Nutzenbewertung des IQWiG hat ergeben, dass sich in der Gesamtschau von neun Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich körperliche Erkrankungen jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie und zum Komparator keine Zusatzbehandlung ergibt. Hinsichtlich der patientenrelevanten Endpunkte lassen sich hierbei, verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung, jeweils Anhaltspunkte für einen Nutzen der systemischen Therapie bei den Endpunkten Überleben, Fatiguesymptomatik, generelle psychiatrische Symptomatik und psychischer Gesundheitszustand zeigen. Im Vergleich mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung lässt sich darüber hinaus auch hinsichtlich der Endpunkte Rückfall und generelle psychiatrische Symptomatik jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie feststellen. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt neun Monate. Die patientenrelevanten Endpunkte, bei denen sich der Nutzen der systemischen Therapie in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit körperlichen Erkrankungen belegen lässt, beziehen sich somit nicht zuletzt auch auf die Symptomatik der körperlichen Erkrankungen, Rückfälle und die Überlebensrate. Entsprechend lassen sich diese Studien insbesondere dem Anwendungsbereich der „Psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten“ zuordnen (F54), bei denen die psychotherapeutische Behandlung zur Heilung oder Linderung der körperlichen Erkrankung ansetzt.

Auch in den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA vom 20. Juni 2006 wird auf Seite 2 zu den Indikationen der Psychotherapie zutreffend festgestellt, dass die (heutige) Indikation gemäß § 26 Absatz 2 Nummer 3 PT-RL „Seelische Behinderung als Folge schwe-

rer chronischer Krankheitsverläufe“ u. a. auch die F54 nach ICD-10 umfasst. Die vorliegenden Anhaltspunkte für den Nutzen der systemischen Therapie bei körperlichen Erkrankungen können daher diesem Anwendungsbereich der Psychotherapie zugeordnet werden und sollten in die Gesamtbewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der systemischen Therapie entsprechend Eingang finden. Der indikationsbezogene Nutzen der systemischen Therapie für diesen Anwendungsbereich der Psychotherapie gemäß § 26 Absatz 2 Nummer 3 der Psychotherapie-Richtlinie kann entsprechend als hinreichend belegt angesehen werden. Die BPTK spricht sich daher dafür aus, im Beschlussentwurf A der KBV, DKG und PatV unter I. Satz 1 als weiteren Spiegelstrich den Anwendungsbereich „Seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe“ aufzunehmen.

Gemischte Störungen

Schließlich hat das IQWiG für den Störungsbereich der gemischten Störungen einen Anhaltspunkt für den Nutzen der systemischen Therapie identifiziert. Dieser Anhaltspunkt beruht auf der Studie von Lau et al. (2007), bei der der Nutzen der systemischen Therapie bei Patientinnen mit verschiedenen psychischen Störungen nach kindlichem sexuellem Missbrauch im Vergleich zur psychodynamischen Gruppenpsychotherapie untersucht wurde. Insgesamt weist auch diese Studie darauf hin, dass der Nutzen der systemischen Therapie über ein breiteres Spektrum von psychischen Erkrankungen generalisierbar erscheint.

Anerkennung als neues Psychotherapieverfahren – Schwellenkriterium

Mit der Veröffentlichung des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 14. Dezember 2008 zur systemischen Therapie war das Kriterium gemäß § 19 Absatz 1 Nummer 1 PT-RL - die Feststellung durch den Wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 des Psychotherapeutengesetzes, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt für eine vertiefte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angesehen werden kann - erfüllt. Dies stellte den Ausgangspunkt für den Antrag des unparteiischen Mitglieds des G-BA auf Bewertung der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen nach § 135 Absatz 1 SGB V dar.

Im Abschlussbericht hat das IQWiG dargelegt, dass die Nutzenbewertung in insgesamt sieben Störungsbereichen einen Hinweis auf oder einen Anhaltspunkt für den Nutzen der

systemischen Therapie ergibt. Für den Störungsbereich „Angst- und Zwangsstörungen“ stellt das IQWiG fest, dass sich in der Gesamtbewertung von vier Studien mit verwertbaren Daten in diesem Störungsbereich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zur Beratung und Informationsvermittlung und ein Hinweis auf einen Nutzen im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung ergeben. Im Vergleich zu einer psychodynamischen Langzeittherapie ergebe sich ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen. Im Störungsbereich depressive Störungen resultiert aus der Gesamtbewertung von sechs Studien mit verwertbaren Daten in diesem Störungsbereich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie, zur Beratung und Informationsvermittlung sowie zur Vergleichsbedingung keine Zusatzbehandlung. Im Störungsbereich Essstörungen ergibt sich aus der Gesamtbetrachtung von drei Studien mit verwertbaren Daten jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie und zur Beratung und Informationsvermittlung. Im Störungsbereich körperliche Erkrankungen ergibt sich bei der Gesamtbetrachtung von neun Studien mit verwertbaren Daten jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie und zur Vergleichsbedingung „keine Zusatzbehandlung“. Ferner ergibt sich im Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen aus der Gesamtbewertung von fünf Studien mit verwertbaren Daten ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zur Vergleichsbedingung „keine Zusatzbehandlung“. Schließlich ergibt sich bei der Gesamtbewertung von insgesamt sechs Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Substanzkonsumstörungen ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zur Beratung und Informationsvermittlung.

Damit wird der Nutzen der systemischen Therapie insbesondere auch in den besonders versorgungsrelevanten Anwendungsbereichen der Psychotherapie belegt. Zu den Störungsbereichen, bei denen der Nutzen der systemischen Therapie als hinreichend belegt gelten kann, gehören somit die Störungsbereiche bzw. Indikationen zur Anwendung der Psychotherapie gemäß § 26 Psychotherapie-Richtlinie, bei denen nach dem so genannten Schwellenkriterium gemäß § 19 Absatz 1 Nummer 2 PT-RL der Nutzen eines neuen Psychotherapieverfahrens zwingend zu belegen ist, um als neues Psychotherapieverfahren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen zu werden. Dies gilt zum einen für die beiden Anwendungsbereiche mit der höchsten Versorgungsrelevanz, „Angst- und Zwangsstörungen“ und „Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie“. Bei diesen Anwendungsbereichen ist in jedem Fall der indikationsbezogene Nutzen zu belegen. Zum anderen trifft dies aber auch für die „Psychischen

und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente)“ zu. Bereits durch den ergänzenden Nutznachweis in diesem Störungsbereich wird das Kriterium gemäß § 19 Absatz 1 Nummer 2 PT-RL erfüllt.

Zusätzlich kann für die systemische Therapie mit den Störungsbereichen „Schizophrenie und affektive psychotische Störungen“, „Essstörungen“ und „Seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe“, aber auch bei weiteren Anwendungsbereichen der Psychotherapie, die sich regelhaft durch eine hohe Krankheitslast auszeichnen, festgestellt werden, dass der indikationsbezogene Nutzen hinreichend belegt ist.

Bewertung der medizinischen Notwendigkeit

Die sektorübergreifende Bewertung der medizinischen Notwendigkeit erfolgt unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, Verlauf und Behandelbarkeit der Erkrankungen und der bereits in der GKV-Versorgung etablierten therapeutischen Alternativen. Die Relevanz der medizinischen Problematik psychischer Erkrankungen – sowohl hinsichtlich der Schwere der Erkrankungen und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen als auch der Häufigkeit psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung (siehe insbesondere DEGS1-MH; Jacobi et al., 2014) – ist unumstritten. Auf die entsprechenden epidemiologischen Studien, aber auch auf die Auswertungen von Versorgungsdaten wird in den Beschlussentwürfen zutreffend hingewiesen. Im Spontanverlauf tendieren viele psychische Erkrankungen zu einem chronischen oder rezidivierenden Verlauf. Spontanremissionen können zwar grundsätzlich bei allen psychischen Erkrankungen auftreten und nicht jede psychische Erkrankung bedarf einer Behandlung, in vielen Fällen ist jedoch mindestens eine diagnostische Abklärung und minimale Intervention, häufig aber zudem eine psychotherapeutische Behandlung, erforderlich. Die psychotherapeutische Behandlung psychischer Erkrankungen erfolgt gegenwärtig insbesondere in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung, aber auch an Hochschul- und Ausbildungsambulanzen sowie in psychiatrischen Institutsambulanzen an Krankenhäusern. Darüber hinaus werden im Rahmen der teilstationären und stationären Krankenhausbehandlung psychotherapeutische Behandlungen durchgeführt. Bei Letzteren kommen auch psychotherapeutische Interventionen jenseits der Psychotherapieverfahren nach Psychotherapie-Richtlinie zum Einsatz.

Da nicht alle Patientinnen und Patienten auf eine ambulante Psychotherapie mit einem der gemäß § 15 Psychotherapie-Richtlinie anerkannten Psychotherapieverfahren respondieren und auch die Patientenpräferenz bedeutsam ist für die Wahrscheinlichkeit eines Ansprechens auf die jeweilige Behandlung, ist aus Sicht der BPtK die Erweiterung der in

der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verfügbaren psychotherapeutischen Behandlungsformen um die systemische Therapie dringend geboten. Bei Betrachtung der Relevanz der medizinischen Problematik, des Verlaufs der von den Anwendungsbereichen der Psychotherapie umfassten Erkrankungen und deren Behandelbarkeit ist die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie insgesamt als gegeben anzusehen.

Literatur

- Deeks, J., Higgins, J. & Altman, D. (2011). Chapter 9: Analysing data and undertaking meta-analyses. In: Higgins, J. & Green, S. (eds). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, Version 5.1.0. Online im Internet: ULR: <http://handbook-5-1.cochrane.org/> [Abrufdatum 30. August 2018].
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2006). Tragende Gründe zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien vom 20. Juni 2006. Online im Internet: ULR: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-133/2006-06-20-Psycho_TrGr.pdf [Abrufdatum 27. August 2018].
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2007). Tragende Gründe zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums vom 20. Dezember 2007. Online im Internet: ULR: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-492/2007-12-20-Psycho-Schwellenkriterium_TrG.pdf [Abrufdatum 27. August 2018].
- Jacobi, F. et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 304-319.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2017). Methoden 5.0 vom 10.07.2017. Online im Internet: ULR: <https://www.iqwig.de/de/methoden/methodenpapier.3020.html> [Abrufdatum 22. August 2018].
- Knekt, P., Lindfors, O., Heinonen, E., Maljanen, T., Virtala, E., & Härkänen, T. (in Druck). The effectiveness of three psychotherapies of different type and length in the treatment of patients suffering from anxiety disorders. In Ochs, M., Borcsa, M. & Schweitzer, J. (Eds.), *Linking systemic research and practice – Innovations in paradigms, strategies and methods*. Cham: Springer International.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2009). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 106, 5, A208-A211 und Online im Internet: ULR: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.134> [Abrufdatum 22. August 2018].

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.



DGGPP e.V., Postfach 1366, 51657 Wiehl

Prof. Josef Hecken
Unparteiischer Vorsitzender
Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

3. September 2018

Stellungnahme der DGGPP zu den Beschlussentwürfen des G-BA „Systemische Therapie bei Erwachsenen“ Ihr Schreiben vom 10.08.2018 an die AWMF

Sehr geehrter Herr Prof. Hecken,

die systemische Therapie ist für viele alte Menschen mit einer psychischen Störung, die einer psychotherapeutischen Behandlung bedürfen, eine Bereicherung.

Sehr positive Erfahrungen haben Mitglieder unserer Gesellschaft mit diesem Verfahren gemacht.

Daher schließt sich die DGGPP der Beschlussvorlage A von KBV, DKG und Patientenvertretung an und plädiert für eine schnelle und umfassende Zulassung der Systemischen Therapie als Psychotherapie-Richtlinienverfahren für Erwachsene.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Rapp
Präsident der DGGPP

Geschäftsstelle

DGGPP e.V.
Postfach 1366
51657 Wiehl
Tel.: 02262/797683
Fax: 02262/999 9916
GS@dgpp.de

Vorstand

Prof. Dr. med. Dr. phil. M. Rapp
Potsdam
Präsident

Prof. Dr. med. T. Supprian
Düsseldorf
Vizepräsident

R. Kortus
St. Ingbert
Schatzmeister

Dr. med. D. K. Wolter
Bonn
Schriftführer

Prof. Dr. med. G. Adler
Mannheim

Dr. med. B. Baumgarte
Gummersbach

Prof. Dr. med. H. Gutzmann
Berlin

Dr. med. Klaus Maria Perrar
Köln

PD Dr. med. Ch. Thomas
Stuttgart

Erweiterter Vorstand

Dr. med. Stefan Kreisel
Bielefeld

Annette Richert
Berlin

Wissenschaftl. Beirat

Prof. Dr. med. H. Förstl
München

Prof. Dr. med. G. Heuft
Münster

Prof. Dr. med. S. Kanowski
Berlin

Prof. Dr. med. H.-J. Möller
München

Prof. Dr. med. H. Radebold
Kassel

www.dgpp.de

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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Per Mail an:
systemischetherapie@g-ba.de

Berlin, 04.09.2018

**Systemische Therapie für Erwachsene:
Stellungnahmeverfahren zu den Ergebnissen der
Nutzenbewertung gemäß 2. Kapitel § 7 Absatz 1 lit. a)
Verfahrensordnung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit zum o.a. Beratungsverfahren Stellung
zu nehmen.

Nach Prüfung der Beschlusssentwürfe schließen wir uns
Beschlusssentwurf A von KBV, DKG und Patientenvertretung an.

Begründung:

A) In Fragen der Methodenbewertung vertrauen wir dem
objektiven Urteil des IQWiG. Die Neubewertung der IQWiG
Ergebnisse, die in der Position des GKV-SV dargestellt ist,
beruht auf dem simplen Auszählen der Differenzen zwischen
signifikanten und nicht-signifikanten Teilergebnissen. Das
entspricht nicht dem aktuellen Stand der methodischen
Wissenschaft.

B) Im Kontext der Psychotherapie-Richtlinie werden die Begriffe
Indikation und Anwendungsbereich seit jeher synonym
gebraucht. Insofern folgen wir auch hier der Darstellung von
KBV, DKG und Patientenvertretung.

Außerdem ist auf das positive Gutachten des Wissenschaftlichen
Beirats Psychotherapie zur Systemischen Therapie vom
14. Dezember 2008 hinzuweisen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Hans-Henning Flechtner
Präsident der DGKJP

dgkjp

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

Präsident

Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner
Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
des Kindes- und Jugendalters
Otto von Guericke Universität Magdeburg

Stellvertretender Präsident und Schatzmeister

Prof. Dr. med. Michael Kölich
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie,
Ruppiner Kliniken – Hochschulklinik der Medizinischen
Hochschule Brandenburg

Stellvertretender Präsident und Kongresspräsident

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Tobias Banaschewski
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

Schriftführer

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

Beisitzerin

Prof. Dr. med. Renate Schepker
Gem. Fachl. Leitung Kinder-Jugendpsychiatrie
Calw-Weissenau, Regionaldirektorin
ZfP Südwürttemberg, Ravensburg

Beisitzerin

Prof. Dr. rer. nat. Kerstin Konrad
Leitung des Lehr- und Forschungsgebietes Klinische
Neuropsychologie des Kindes- u. Jugendalters
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Universitätsklinikum Aachen

Beisitzerin

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

Ehrenpräsidenten

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

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

Kooptierte Mitglieder

Dr. med. Martin Jung
Vorsitzender der BAG KJPP

Dr. med. Gundolf Berg
Vorsitzender des BKJPP

Geschäftsstelle

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

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BLZ 300 606 01
Kto-Nr.: 0006788564
IBAN Nr.: DE67 3006 0601 0006 7885 64
BIC (Swift Code): DAAEDED3

VR 27791 B Amtsgericht Berlin Charlottenburg

Stellungnahme der Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V. zu den Beschlussvorschlägen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Rahmen der Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen

Gemäß Beschluss des UA Methodenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 9. August 2018 eröffnet der G-BA wissenschaftlichen Fachgesellschaften die Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu zwei Beschlussentwürfen:

- A. Zur Feststellung, dass der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren hinreichend belegt sind (Anlage 1, Position KBV, DKG und PatV),
- B. zur Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL): Systemische Therapie bei Erwachsenen – Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Hinblick auf Erprobung (Anlage 2, Position GKV-SV).

Die DGPT verweist in diesem Zusammenhang auf ihre an den G-BA im Zuge der Beratungen des Ausschusses Methodenbewertung schon 2014 eingereichte Stellungnahme zum Bereich der Systemischen Therapie:

„Wie in den vorherigen Ausführungen dargelegt, finden sich nach 2008 wissenschaftlich belegte Hinweise auf die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei verschiedenen Störungsbildern. Die vorliegenden Behandlungskonzepte für die Arbeit mit sogenannten „Multiproblemfamilien“, in denen mehrere Diagnosen gleichzeitig vorhanden sind, sind geeignet, chronifizierte Fehlentwicklungen in komplexen sozialen Systemen mit zu behandeln und präventiv zu wirken. Aufgrund der Kontextorientierung der Systemischen Therapie ist sie auch geeignet, gerade in mehrfach belasteten Familien die Kooperation innerhalb des Versorgungssystems und eine gelingende Zusammenarbeit mit anderen Behandlern (z. B. anderen Therapeuten, Ärzten, Sozialarbeitern usw.) herzustellen, die auch in Richtung auf sektorenübergreifende Kooperationen und KZ-Intensivtherapien erweitert werden können.

Die Sichtung der seit 2008 publizierten Studien hat ergeben, dass Systemische Therapie (i.d.R. KZT) wirksamer ist als Standardbehandlung (TAU), dass sie aber im Vergleich zur psychodynamischen Psychotherapie gleich wirksam ist.

Offen geblieben ist die Frage, ob eine systemische Behandlung über den Rahmen einer KZT hinaus ein sinnvolles Konzept psychotherapeutischer Behandlung darstellt. Zur Behandlung von Angst- oder Persönlichkeitsstörungen liegen keine oder nur begrenzt aussagefähige Studien vor. Die vorliegenden Studien beziehen sich fast durchgehend auf einen Interventionsrahmen, der den Umfang einer KZT nicht überschreitet. Steht eine strukturell verankerte pathogene Psychodynamik im Vordergrund des Krankheitsgeschehens, sind die Belastungen und Reaktionen im sozialen Umfeld durch handlungsorientierte Interventionen beeinflussbar, aber die strukturellen Bedingungen des pathogenen Prozesses erfordern nicht nur punktuelle systemische Interventionen, sondern eine auf den Patienten ausgerichtete Langzeittherapie. Die Fokussierung auf den sozialen Kontext des Krankheitsgeschehens macht für den Rahmen der Kurzzeitintervention Sinn, **müsste aber für langfristige Behandlungsverläufe genauer überprüft werden.**“ (Stellungnahme der DGPT zum Beratungsthema „Systemische Therapie bei Erwachsenen“ im Ausschuss Methodenbewertung des G-BA - DGPT, 2014, S. 16-17).

Diese Einschätzung hat sich auch nach der Vorlage des vom G-BA beauftragten Gutachtens des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß §§ 139b Abs. 1 S. 1 i.V.m. 139a Abs. 3 SGB V nicht grundlegend geändert, obgleich wir uns aufgrund der fundierten Ausarbeitung des IQWiG auch der Sichtweise des Beschlussesentwurfs A annähern könnten.

Berlin, 28.08.2018

DGPT e.V.

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. M-VL
Dr. Kati Dege
Postfach 12 06 06

10596 Berlin

**Prof. Dr. Michael Hüppe
Präsident der DGPSF**

**Universität zu Lübeck
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Ratzeburger Allee 160
23568 Lübeck
Tel.: 0451 500 40770
Fax: 0451 500 40704**

E-Mail: michael.hueppe@uni-luebeck.de

Datum: 28.08.2018

**Systemische Therapie bei Erwachsenen
Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für
Psychologische Schmerztherapie und –forschung (DGPSF e.V.)
zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung**

Sehr geehrte Frau Dr. Dege,
sehr geehrte Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Beschlussentwurf zur Feststellung, dass der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren hinreichend belegt sind (Position KBV, DKG und PatV), und zum Beschlussentwurf zur Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL): Systemische Therapie bei Erwachsenen mit dem Vorschlag der Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Hinblick auf Erprobung (Position GKV-SV).

Grundlage für die beiden o.g. Beschlussentwürfe bildet der IQWiG-Abschlussbericht, der eine systematische Sichtung der empirischen Evidenz zur Wirksamkeit der systemischen Therapie bei verschiedenen psychischen Störungen bzw. organischen Erkrankungen beinhaltete. Konkret wurden für die Bewertung der Evidenz durch das IQWiG die Studien folgenden neun Störungsbereichen zugeordnet:

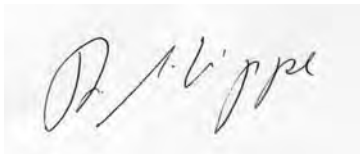
- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Demenz
- depressive Störungen
- Essstörungen
- gemischte Störungen (generelle psychiatrische Problematiken)
- körperliche Erkrankungen (Outcome-Parameter: Überleben, Symptomverbesserung der Depressivität, Symptomatik (Fatigue, generell psychiatrisch)).

- Persönlichkeitsstörungen
- Schizophrenie und affektive psychotische Störungen
- Substanzkonsumstörungen.

RCTs, in denen die Wirksamkeit systemischer Therapie bei der Behandlung von somatoforme Störungen geprüft wurden, zu denen u.a. Schmerzstörungen gehören, lagen entweder nicht in ausreichender Zahl vor oder wurden nicht als Indikationsbereich berücksichtigt. In den Studien zu körperlichen Erkrankungen wurden sehr heterogene Krankheitsbilder (z.B. Hepatitis-B, Myokard, Krebs). Der indikationsbezogene Nutzen sollte gemäß GBA speziell unter dem Aspekt des Vorliegens einer krankheitswertigen psychische Störung erfolgen (s. Zusammenfassende Dokumentation, Position GKV-SV). Auch wurde Schmerz als Outcome-Parameter bei der Bewertung durch IQWiG nicht näher berücksichtigt (s.o. und s. Beschlussentwurf KBV, DKG, PatV).

Die Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und –forschung (DGPSF e.V.) ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft für psychologische Schmerzexperten in Forschung, Weiterbildung und spezieller schmerzpsychotherapeutischer Versorgung. Aufgrund dieser speziellen fachlichen Expertise einerseits und andererseits der nicht zur Beschlussfassung anstehenden Indikation systemischer Therapie bei der Behandlung von Schmerzerkrankungen bzw. somatoformer Störungen sieht die DGPSF von einer Stellungnahme zu den beiden o.g. Beschlussentwürfen ab. Beide Beschlussentwürfe betreffen nicht den Indikationsbereich Somatoforme Störungen/Schmerzstörungen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Michael Hüppe
Präsident der DGPSF

DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
Frau Dr. Kati Dege
Abt. Methodenbewertung und veranlasste
Leistungen
Postfach 120606
10596 Berlin

Gießen, 4. September 2018

**Stellungnahmeverfahren zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung
hier: Stellungnahme der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die in der AWMF organisiert sind**

Sehr geehrte Frau Dr. Dege,

vielen Dank für die Möglichkeit, schriftlich Stellung zu nehmen zu den
Beschlussentwürfen der KBV, DKG und Pat-V einerseits bzw. des
GKV-SV im Rahmen der Bewertung des psychotherapeutischen Ver-
fahrens „Systemische Therapie bei Erwachsenen“ gemäß § 135 Abs. 1
Satz 1 SGB-V in Verbindung mit dem 2. Kapitel, § 7, Abs. 1, lit a) Ver-
fahrensordnung.

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die Beschlussentwürfe

- A. zur Feststellung, dass der indikationsbezogene Nutzen und die
medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als
Psychotherapieverfahren hinreichend belegt sind (Position
KBV, DKG, Pat-V)

sowie

- B. zur Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psycho-
therapie (PT-RL): Systemische Therapie bei Erwachsenen –
Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Hinblick auf Erpro-
bung (Position GKV-SV).

Zu den Beschlussentwürfen möchte die DGPM wie folgt Stellung nehmen.

Bundesausschuss

Vorsitzender

Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapie des Universitätsklinikums
Gießen und Marburg
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
Tel.: 0641 985-45600, Sekretariat: -45601
Fax: 0641 985-45609
johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie Klinikum Lüdenscheid
Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid
Tel.: 02351 462730, Fax: 02351 462735
gerhard.hildenbrand@klinikum-luedenscheid.de

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinikdirektorin der Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus an der TU Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4587089, Fax: 0351 4586332
kerstin.weidner@uniklinikum-dresden.de

Beisitzer

Dr. med. Götz Berberich
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100, 86949 Windach
Tel.: 08193 72830, Fax: 08193 72909
g.berberich@klinik-windach.de

Bernd Bergander
Praxis für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Parkstr. 10, 12103 Berlin
Tel.: 030 7512315, Fax: 030 70711606
bergander-praxis@online.de

Prof. Dr. Hans-Christoph Friederich
Chefarzt der Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf
Tel. 0211/922-4701, Fax 0211/922-4707
Hans-Christoph.Friederich@med.uni-
duesseldorf.de

Prof. Dr. med. Harald Gündel
Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel.: 0731 50061800, Fax: 0731 50061802
harald.guendel@uni-ulm.de

Dr. med. Norbert Hartkamp
Praxis für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
Tel.: 0212 22177270, Fax: 0212 22177272
hartkamp@pthweb.de

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
Tel.: 03328 345678
koellner@psychosoma.de

**Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Prof. Dr. med. Peter Henningsen
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Dekan der Fakultät für Medizin der TU München
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstr. 3, 81675 München
Tel.: 089 41404313
p.henningsen@tum.de

Geschäftsführerin

Simone Kneer-Weidenhammer
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht,
Justiziarin
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
s.kneer-weidenhammer@dgpm.de

Geschäftsstelle

Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
info@dgpm.de

www.dgpm.de

Bankverbindung

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE22 1002 0500 0001 2789 00
BIC BFSWDE33BER

Steuernummer

27/620/57425

Die Systemische Therapie war Gegenstand zweier wissenschaftlicher Gutachten. Nach intensiver Prüfung der wissenschaftlichen Evidenz hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die Systemische Therapie mit seinem Gutachten vom 14.12.2008 als wissenschaftliches Verfahren anerkannt.

Das IQWiG analysierte in seinem Bericht von Mai 2017 den aktuellen wissenschaftlichen Stand zum Therapieverfahren bei Erwachsenen auf der Grundlage der Auswertung von 33 randomisiert kontrollierten Studien. In seiner Analyse sieht das IQWiG einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu den Komparatoren (Beratung und Informationsvermittlung, andere Psychotherapien, ohne Zusatzbehandlung) in den Störungsbereichen Angst- und Zwangsstörungen, depressive Störungen, Essstörungen, körperliche Erkrankungen, Substanzkonsumstörung und gemischte Störungen. Das IQWiG konstatiert aber, dass keine Aussagen zur Systemischen Psychotherapie mit der höchsten Aussagesicherheit, sondern nur in wenigen Fällen Hinweise mit einer mittleren Aussagesicherheit und überwiegend Anhaltspunkte mit der schwächsten Aussagesicherheit getroffen werden können.

Die beiden vorgelegten Beschlussentwürfe bewerten die Studienlage unterschiedlich, wobei die DGPM sich der Bewertung der Studienlage der Position A überwiegend anschließt. Ohne vertieft auf die Analyse in allen Störungsbereichen eingehen zu können, sei dieses exemplarisch anhand der unterschiedlichen Bewertungen des Nutzens bei depressiven Störungen und körperlichen Erkrankungen eingegangen.

- Hinsichtlich der **depressiven Störung** sah der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie auf der Grundlage von 3 positiv bewerteten Studien die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei affektiven Störungen in seinem Gutachten aus dem Jahr 2008 als nachgewiesen an. Das IQWiG erkannte anhand der Analyse von 6 verwertbaren Studien Anhaltspunkte für einen Nutzen der Systemischen Therapie. Die DKG, KBV und Patientenvertretung schließen sich dieser Bewertung an und sehen Anhaltspunkte für einen Nutzen der Systemischen Therapie für die Endpunkte depressive Symptomatik, Lebensqualität und beruflich relevante Faktoren im Vergleich mit den herangezogenen Komparatoren. Im Entwurf des GKV-Spitzenverbandes werden Zweifel an dieser Einschätzung des IQWiG geäußert, da der Vergleich der Anzahl signifikanter und nicht signifikanter Effekte nicht zielführend sei und keine Studie eine Überlegenheit der Systemischen Therapie gegenüber der psychodynamischen Psychotherapie nachweise. Die DGPM schließt sich der sorgfältigen Prüfung des Wissenschaftlichen Beirats an. Die Evidenzlage hat sich seit dem Jahre 2008 durch weitere RCT-Studien, die das IQWiG in seiner Analyse heranzieht, verbessert. Studien zur Überlegenheit der Systemischen Psychotherapie gegenüber der psychodynamischen Psychotherapie sehen wir nicht als notwendige Voraussetzungen für einen Nutznachweis an. Daher erkennen wir für diesen Störungsbereich den Nutznachweis in Übereinstimmung mit dem Beschlussentwurf A als gegeben.
- Auch stimmen wir der indikationsbezogenen Bewertung im **Störungsbereich Körperliche Erkrankungen** der Einschätzung des GKV-SV nicht zu. Das IQWiG analysiert 9 Studien zu diesem Störungsbereich bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen wie z.B. koronare Herzerkrankung, Myokardinfarkt, Bronchialkrebs, rheumatoide Arthritis etc. Als Zielkriterien wurden u.a. die Reinfarktrate, der körperliche Gesundheitszustand, die krankheits- und gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Schmerzsymptomatik, Fatigue sowie die psychische Symptomatik herangezogen. Insgesamt werden hier von IQWiG sowohl die Störungsbereiche somatische Störungen, dissoziative Störungen, Anpassungsstörungen als Folge schwerer chronischer körperlicher Erkrankungen sowie die

psychischen und sozialen Faktoren bei somatischen Erkrankungen in einem Kapitel zusammengefasst. Daher folgt diese Systematik nicht den Indikationen gemäß § 26 der Psychotherapie-Richtlinie. Betrachtet man aber ausschließlich die 3 Studien für den Anwendungsbereich psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54), so ergibt sich ein konsistentes Bild für einen Nutzensnachweis in diesem Anwendungsbereich. Anhand dieser Studien hatte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in seinem Gutachten die Wirksamkeit der Systemischen Therapie für den Anwendungsbereich psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54) als nachgewiesen anerkannt. Gerade in der Psychosomatischen Medizin kommt der psychotherapeutischen Versorgung in diesem Anwendungsbereich eine große Bedeutung zu ebenso wie die in diesem Kapitel des IQWiG aufgeführten Studien zur Verbesserung der Lebensqualität bei chronischen körperlichen Erkrankungen. Daher sollten sie in der Beurteilung des Nutzens der Systemischen Therapie mit aufgenommen werden. Eine Betrachtung ausschließlich der Studien, die der Therapie der psychischen Komorbidität bei somatischen Erkrankungen berücksichtigen – wie im Entwurf der GKV-SV vorgeschlagen –, wird der enormen psychosomatischen Versorgungsproblematik nicht gerecht.

Grundsätzlich unterscheiden sich die Positionen A und B hinsichtlich der Einschätzung der zugrunde liegenden Methodik bei der Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens. Insbesondere werden die Validität der Studien und das Verzerrungspotential in beiden Entwürfen unterschiedlich eingeschätzt.

Entsprechend dem IQWiG-Methodenpapier kann eine höchste Aussagesicherheit nur getroffen werden, wenn doppelt verblindete RCT-Studien vorliegen. Diese liegen zur Systemischen Therapie nicht vor. Daher beruht die Einschätzung des Nutzens der Systemischen Psychotherapie auf der Basis von Studien mit niedriger oder mittlerer Aussagesicherheit. Eine doppelte Verblindung im Bereich der Psychotherapieforschung ist nicht möglich, da – im Gegensatz zur Prüfung von Arzneimitteln – der Therapeut in das Verfahren eingearbeitet sein muss und auf der Grundlage dieser Kenntnis interveniert. So würde eine doppelt verblindete Psychotherapiestudie eine große Verfremdung des therapeutischen Settings bedeuten und keine validen Ergebnisse hervorbringen können. Auch große Psychotherapieforschungsverbände arbeiten daher nicht mit Doppelblindstudien. So können in der Einschätzung des Nutzens in diesem Bereich nur Aussagen mit niedriger und mittlerer Aussagesicherheit herangezogen werden. Auch die vom GKV-SV geforderten Erprobungsstudien ließen sich nicht als Doppelblindstudien realisieren, sodass sie zwar einige methodische Probleme der aktuellen Studien umgehen könnten, aber weiterhin im Bereich einer mittleren Aussagesicherheit verblieben. Auch für die Richtlinientherapien liegen im Übrigen keine Doppelblindstudien vor. Solche Studien von der Systemischen Therapie zu fordern, käme einer Ungleichbehandlung gleich.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie und das IQWiG haben mit der Anwendung und Definition eines Schwellenkriteriums eine hohe Hürde für die Einschätzung des Nutzens eines Psychotherapieverfahrens geschaffen, die gewährleistet, dass die Relevanz eines Verfahrens für eine umfassende psychotherapeutische Versorgung in einem breiten Anwendungsbereich nachgewiesen sein muss. Ein darüber hinausgehender Nutzensnachweis in Form der vom GKV-SV geforderten Erprobungsstudien würde die Möglichkeit, neue Psychotherapieverfahren und somit innovative Entwicklungen in das Gesundheitssystem zu integrieren, in unseren Augen inadäquat erschweren. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass psychotherapeutische Interventionsstudien eine lange Studiendauer benötigen und nicht im Fokus der Drittmittelfinanzierung stehen. Mittel der Industrie stehen für diesen Forschungszweig nicht zur Verfügung.

Betrachtet man die hohe Prävalenz psychischer und psychosomatischer Störungen und die damit massive Einschränkung der Lebensqualität der Betroffenen, die hohen sozialen medizinischen Folgekosten sowie die erhöhten Mortalitätsraten dieser Patientengruppen, so ist bei der Gesamtbewertung der Studienlage im Sinne des Patientenwohls unseres Erachtens wissenschaftlich begründet davon auszugehen, dass die Systemische Therapie einen großen klinischen Nutzen und eine wertvolle Erweiterung des Behandlungsspektrums darstellt.

Da die Passung zwischen Patient und Therapeut/Therapieverfahren für den Erfolg einer Psychotherapie bedeutsam ist, wird das Therapiespektrum durch die Systemische Therapie erweitert und bietet vermehrt Alternativen für Patienten, die von einer Therapie in den anderen Psychotherapieverfahren nicht profitieren konnten. Bei einer Non-Response-Rate von 40 bis 50 % der zugelassenen Psychotherapieverfahren kann die Systemische Therapie somit eine wichtige Ergänzung im Versorgungssystem darstellen. Patienten, die von den Richtlinienverfahren nicht profitieren, können von der Systemischen Therapie profitieren. Patientenpräferenzen kommen im Übrigen im Rahmen der individualisierten Medizin zunehmend mehr Bedeutung zu. Diversität ist auch aus diesem Grund als eine Stärke zu betrachten.

Daher schließt sich die DGPM der Bewertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Patientenvertretung an und sieht den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren als hinreichend belegt für die Anwendungsbereiche Angststörungen und Zwangsstörungen, affektive Störungen, psychische und Verhaltensstörungen zu psychotropen Substanzen – Opiode, Essstörungen und schizophrene und affektive psychotische Störungen. Wir empfehlen somit dem Beschlussentwurf A zu folgen und die Beratungen zur sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext, zur Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 19 Psychotherapie-Richtlinie sowie über eine Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie einzuleiten.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Johannes Kruse

DGVM, Prof. Dr. Kubiak, Johannes Gutenberg Universität Mainz, FB 02, Psychologisches Institut,
Abteilung Gesundheitspsychologie, Binger Str. 14-16, D – 55122 Mainz

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

- via e-mail -

Vorstand:

Prof. Dr. Thomas Kubiak
Johannes Gutenberg Universität Mainz
FB 02, Psychologisches Institut
Abteilung Gesundheitspsychologie
Binger Str. 14 - 16
D - 55122 Mainz
Tel+49 61313939158
kubiak@uni-mainz.de

Mainz, den 06. September 2018

Stellungnahmeverfahren zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung gemäß 2. Kapitel § 7

Absatz 1 lit. a) Verfahrensordnung - systemische Therapie

Ihr Zeichen: KDe/MHe

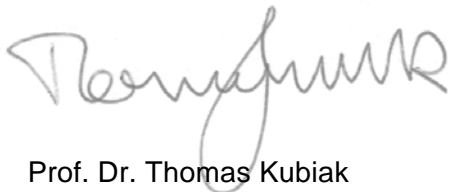
Sehr geehrte Damen und Herren,

zu den vorgelegten Beschlussentwürfen nehmen wir wie folgt Stellung:

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation befürwortet die **Beschlussvorlage A** zur Feststellung, dass der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren hinreichend belegt sind (Position KBV, DKG und PatV).

Der Abschlussbericht des IQWiG lässt eindeutige Schlüsse zur medizinischen Notwendigkeit der systemischen Therapie bei Erwachsenen zu, wie in Beschlussvorlage A eingehend und nachvollziehbar dargelegt.

Der in der Beschlussvorlage des Spitzenverbandes der GKV vorgebrachte methodische Einwand hinsichtlich der durch das IQWiG im Rahmen der Bewertung aufgeschlüsselten bzw. gruppierten Diagnosen ist für uns nicht nachvollziehbar.



Prof. Dr. Thomas Kubiak
(1. Vorsitzender der DGVM)



Prof. Dr. Astrid Müller
(Beisitzerin)

– 1. Vorsitzender –

Prof. Dr. Thomas Kubiak
Johannes Gutenberg Univ.
FB 02 Psych. Institut
Binger Str. 14-16
D-55122 Mainz

– 2. Vorsitzender –

Prof. Dr. Michael Bach
Ärztlicher Leiter
Therapiezentrum Justuspark
Linzer Str. 7
A-4540 Bad Hall

– Beisitzerin –

Prof. Dr. Dr. Astrid Müller
Medizinische Hochschule
Hannover, Psychosomatik
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover

– Schriftführerin –

Dr. Dr. Ricarda Nater-Mewes
Fakultät für Psychologie
Universität Wien
Renngasse 6 - 8
A-1010 Wien

– Schatzmeisterin –

Prof. Dr. Andrea Kübler
Universität Würzburg
Institut für Psychologie
Marcusstr. 9 - 11
D-97070 Würzburg

Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin zu den Beschlussentwürfen

A. zur Feststellung, dass der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren hinreichend belegt sind (Position KBV, DKG und PatV)

sowie

B. zur Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL): Systemische Therapie bei Erwachsenen – Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Hinblick auf Erprobung (Position GKV-SV)“

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk) bedankt sich für die Möglichkeit zu den oben stehenden Beschlussentwürfen Stellung nehmen zu dürfen.

Unzweifelhaft handelt es sich bei der zu bewertenden Behandlungsmethode, der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren für Erwachsene, um ein Behandlungsverfahren mit einem sehr breiten Einsatzgebiet – genannt werden neun unterschiedliche psychische Störungsbilder mit teilweise hoher Prävalenz.

Die Evidenz zum Nutzen der systemischen Therapie in der Behandlung der genannten Störungsbilder wurde vom IQWiG ausgewertet ([N14-02] Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren). Der Bericht konnte lediglich Anhaltspunkte oder Hinweise auf einen Nutzen der Behandlungsform feststellen, Daten zum Schaden der Intervention wurden in den analysierten Studien nicht berichtet. Vor diesem Hintergrund kann das EbM-Netzwerk die Argumentation von KBV, DKG und PatV, dass der Nutzen der systemischen Therapie hinreichend belegt sei, nicht nachvollziehen und unterstützt explizit die Position des GKV-SV, die vor dem Hintergrund eines erkennbaren Nutzenpotenzials die Aussetzung des Bewertungsverfahrens und die Initiierung einer Erprobung in Form einer randomisierten kontrollierten Studie fordert.

Wir würden uns freuen, wenn unsere Anmerkung in den nachfolgenden Beratungen Beachtung finden könnten.

Ansprechpartnerin:

Dr. med. Dagmar Lühmann
Vorsitzende des EbM-Netzwerks
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin,
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Martinistraße 52, Gebäude West 37
20246 Hamburg
E-Mail: d.luehmann@uke.de

DeGPT - Geschäftsstelle
Am Born 19, 22765 Hamburg

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8

10623 Berlin

DeGPT-Geschäftsstelle-Hamburg
Am Born 19
22765 Hamburg
Tel. +49 40 333 10 119
Fax +49 40 696 69 938
Bürozeiten: Di. 13.00 – 18.00
Do. 9.00 – 14.00
E-Mail: info@degpt.de

Hamburg, 06. September 2018

**Systemische Therapie für Erwachsene
Stellungnahmeverfahren zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung gemäß 2. Kapitel § 7 Absatz 1
lit. a) Verfahrensordnung**

Sehr geehrte Damen und Herren,
vielen Dank für die Möglichkeit zum o.a. Beratungsverfahren im Hinblick auf die kassenrechtliche Anerkennung von Systemischer Therapie als Psychotherapieverfahren für Erwachsene Stellung zu nehmen. Nach Prüfung der Beschlusssentwürfe schließen wir uns Beschlusssentwurf A der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Patientenvertretung (PatV) an, der den indikationsbezogenen Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren als hinreichend belegt ansieht. Diese Entscheidung begründet sich auf:

- Auf der Grundlage des IQWiG Abschlussberichtes, der einen Nutzen der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren für 5 Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinien (PT-RL) als belegt ansieht (Angststörungen und Zwangsstörungen, Affektive Störungen, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/Opiode, Essstörungen & Schizophrenie und affektive psychotische Störungen).
- Es liegen generell keine Erkenntnisse zur Verschlechterung der Krankheitssymptomatik vor. Somit liegen keine expliziten Daten zur Unwirksamkeit oder zum Schaden der systemischen Therapie für die übrigen Anwendungsbereiche vor. Mögliche Schäden können jedoch auf der bisherigen Grundlage nicht abschließend bewertet werden.

Anzumerken ist aus der Sicht der DeGPT e.V. als Fachgesellschaft für psychische Traumafolgestörungen, dass der Anwendungsbereich (laut PT-RL, § 26) „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, F43.“ bisher nicht in Hinblick auf eine explizite Reduktion von Symptomen der Anpassungsstörung, der Posttraumatischen Belastungsstörung oder der akuten Belastungsreaktion untersucht wurde und damit für diesen Anwendungsbereich keine Aussagen zur Wirksamkeit bzw. zum Nutzen der systemischen Therapie getroffen werden können. Es bestehen zwar systemische Therapie-Studien, in denen Traumaüberlebende behandelt wurden, jedoch wurde hier nicht auf die Veränderung der Symptomschwere bzw. Diagnose einer F43.-Störung berichtet (z.B. Lau und Kristensen, 2007; Elkjaer et al., 2013; Weine et al., 2008). Ebenso fehlen nutzbare Daten auf RCT-Niveau zu folgenden trauma-assoziierten Anwendungsbereichen der PT-RL: Somatoforme und dissoziative Störungen, nichtorganische Schlafstörungen.

Die trauma-assoziierten Anwendungsbereiche der PT-RL „Affektive Störungen“, „Angst- und Zwangsstörungen“ und „Essstörungen“ zeigen laut IQWiG Abschlussbericht Anhaltspunkte für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu anderen Psychotherapien und sind für die Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren (§ 19 PT-RL) relevant.

Geschäftsstelle

Am Born 19
22765 Hamburg
Tel. +49 40 333 10 119
Fax +49 40 696 69 938
E-Mail: info@degpt.de
www.degpt.de

Bürozeiten: Di. 13.00 – 18.00 Uhr
Do. 9.00 – 14.00 Uhr

Bankverbindung

IBAN: DE67 3701 0050 0002 1235 04
BIC: PBNKDEFF

Vorstand

Dr. med. Jochen Binder, Winterthur (Vorsitzender)
Prof. Dr. Birgit Kleim PhD, Zürich
A. Univ. Prof. Dr. med. Astrid Lampe, Innsbruck
Peter Schüßler, Koblenz
Dr. med. Karl-Heinz Biesold, Hamburg
Dr. phil. Dipl.-Psych. Maria Böttche, Berlin
Prof. Dr. phil. habil. Silke Birgitta Gahleitner, Berlin
Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Ingrid Wild-Lüffe, München
Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Jana Gutermann, Frankfurt (kooptiert)
Dr. med. Katharina Purtscher-Penz, Graz (kooptiert)
Prof. Dr. med. Ingo Schäfer, Hamburg (kooptiert)
Dr. med. univ. Julia Schellong, Dresden (kooptiert)

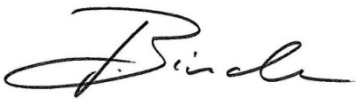
Aussagen zur Wirtschaftlichkeit und zur Notwendigkeit im Versorgungskontext sowie zur Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 19 PT-RL können aufgrund des vorliegenden Berichtes des IQWiG nicht getroffen werden.

Ein Erprobungsverfahren nach den Regularien des G-BA, wie es der GKV-SV vorschlägt (Beschlussentwurf B), halten wir aufgrund nachfolgender Punkte jedoch für nicht notwendig bzw. kaum realisierbar:

- Es bestehen Daten zum Nutzen der Systemischen Therapie in Form von Prüfungen durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie und IQWiG. Erprobungsverfahren sind nur dann vorgesehen, wenn es kaum Daten zur Wirksamkeit gibt.
- Momentan gibt es nicht ausreichend approbierte systemische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, die entsprechend geforderte Studien im Erprobungsverfahren durchführen können.
- Eine Studiendurchführung gekoppelt an Ausbildungsinstitute (nach PT-Gesetz) ist aufgrund der kaum vorhandenen systemischen Supervisoren und Supervisorinnen, die Ausbildungsteilnehmende im Rahmen der Ausbildung supervidieren, nicht realisierbar. Auch würde unter diesem Setting die gesamte Erprobung der systemischen Therapie ohne ärztliche Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen durchgeführt werden.

Die DeGPT e.V. schließt sich dem Beschlussentwurf A der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Patientenvertretung (PatV) an und sieht in der Zulassung der systemischen Therapie eine wertvolle Ergänzung der bisherigen Psychotherapieverfahren.

Mit freundlichen Grüßen,



Dr. med. Jochen Binder
Vorsitzender

Von: [Pollmächer Thomas](#)
An: [Hellbardt, Mario](#)
Cc: [SystemischeTherapie](#); [Schuld Andreas](#); [Mittermeier Margot](#); [Claus](#); [Gouzoulis-Mayfrank](#); [Hohl-Radke](#); [Jordan](#); [Schieting](#); [Schreiber](#)
Betreff: AW: Fachgesellschaften (non-AWMF) | Bitte um Stellungnahme
Datum: Donnerstag, 30. August 2018 09:58:17

Sehr geehrter Herr Hellbardt,

die Bundesdirektorenkonferenz dankt für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äußert sich wie folgt zu den aktuellen Beschlussvorlagen:

Nachdem der Wissenschaftliche Beirat am 14. Dezember 2008 die wissenschaftliche Anerkennung für die Systemische Therapie bei Erwachsenen festgestellt hatte, war das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Bewertung des Nutzens aufgefordert worden.

Auf Grundlage dieser Bewertung sind uns nun zwei Beschlussentwürfe für den gemeinsamen Bundesausschuss vorgelegt worden. Die Bundesdirektorenkonferenz unterstützt den Beschlussentwurf A, also die Feststellung, dass der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren hinreichend belegt sind.

Wie schon in unserer Stellungnahme aus 2014 sehen auch wir durchaus das Problem, dass in den geforderten Indikationsbereichen nur eine eher geringe Zahl von geeigneten Studien (RCT) existieren, die Bewertung sich also auf eine eher schmale Datenbasis stützt. Anders als die Autoren der Beschlussvorlage B halten wir allerdings die Datenlage nicht nur für die Behandlung von Zwangsstörungen für ausreichend, sondern sehen auch genügend Hinweise für den Wirksamkeitsnachweis in den Bereichen der affektiven Störungen, der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, bei Essstörungen und für schizophrene und affektive psychotische Störungen. Hinweise auf eine wissenschaftliche Unwirksamkeit in den übrigen Anwendungsbereichen der Psychotherapierichtlinie existieren unserer Ansicht nach ebenfalls nicht, genauso wenig sehen wir Hinweise auf einen Schaden, der durch die Anwendung dieser Therapie entstehen könnte.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. Thomas Pollmächer
Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz
Prof. Dr. Andreas Schuld
Leiter Arbeitsgruppe Psychotherapie der Bundesdirektorenkonferenz

Gemeinsame Stellungnahme zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung gemäß
2. Kapitel § 7 Absatz 1 lit. a) Verfahrensordnung der

- **Systemischen Gesellschaft – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung (SG) und der**
- **Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)**

– Systemische Therapie bei Erwachsenen –

Inhaltsverzeichnis

1 Fazit	3
2 Nutzenbewertung	3
3 Ergebnissicherheit bei Psychotherapie-Studien	4
4 Angst- und Zwangsstörungen	7
5 Körperliche Erkrankungen	8
6 Persönlichkeitsstörungen	9
7 Vergleich mit Richtlinienverfahren	9
8 Medizinische Notwendigkeit	10
9 Synonyme Verwendung der Begriffe Indikationen, Anwendungsbereiche und Störungen	10
10 Fehlende Grundlage, Planbarkeit und Umsetzung einer Erprobung	12
11 Aussagen zur Wirtschaftlichkeit von systemischer Therapie	13
12 Literatur-Update.....	14
13 Abschlussfazit	14
14 Verwendete Literatur	15
Anhang 1: Einschätzung des Verfahrens von Dr. Rainer Hess	19
Anhang 2: Weitere Studien	21
Anhang 3: Studie von Knekt et al. (in Druck)	22
Anhang 4: Studie von Hunger et al. (2018; eingereicht)	44
Anhang 5: Tabellarische Übersicht über die Arbeiten zur Wirtschaftlichkeit Systemischer Therapie (Crane & Christenson, 2014)	51

1 Fazit

Die systemischen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften unterstützen den Beschlussentwurf A und damit die Position von KBV, DKG und PatV.

Der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren sind hinreichend belegt. Die Ergebnisse der im Abschlussbericht des IQWiG dargestellten neu berechneten Metaanalysen entsprechen in ihren Aussagen sowohl der Bewertung des WBP als auch der aktuellen Metaanalyse von Pinquart, Oslejsek, & Teubert (2016).

Vom IQWiG wurden in sieben Störungsbereichen zehn Anhaltspunkte und zwei Hinweise auf einen Nutzen der Systemischen Therapie gefunden, darunter auch für die Anwendungsbereiche des Schwellenkriteriums.

Die zentrale Frage dieses Bewertungsverfahrens ist, ob die ganz anders lautende Bewertung der Befundlage durch den GKV-SV dem aktuellen Stand der Evidenzbasierten Medizin entspricht. Unseres Erachtens ist das nicht der Fall.

Zur Begründung dieser Einschätzung nehmen wir zu den folgenden Punkten aus den Beschlussentwürfen, den Tragenden Gründen und der Dokumentation Stellung:

2 Nutzenbewertung

Anstatt die bekannten gefundenen Anhaltspunkte und Hinweise des IQWiG als Ausgangspunkt für die Nutzenbewertung des G-BA zu nutzen, nimmt der GKV-SV eine Neubewertung der Studien vor. Es handelt sich nicht nur um die Überführung der Nutzenbewertung des IQWiG in eine Systematik des G-BA Nutznachweises, sondern um eine aus unserer Sicht unzulässige methodische Neubewertung der Studien sowie die fehlende Kenntnisnahme der Metaanalysen.

Dabei bedient sich der GKV-SV einer Nutzendefinition, die weder in der VerFO des G-BA hinterlegt noch im Methodenpapier des IQWiG zu finden ist: „Wenn sowohl nicht signifikante Unterschiede als auch signifikante Effekte zugunsten des untersuchten Verfahrens vorliegen, sollten die statistisch signifikanten Effekte aus den Studien mit Evidenzlevel 1b überwiegen, um von einem Nutznachweis ausgehen zu können“ (ZD des GKV-SV, S. 34) Das einfache Auszählen von Differenzen von signifikanten vs. nicht signifikanten Effekten, das „Vote Counting“, entspricht in keiner Weise dem aktuellen Stand der Evidenzbasierten Medizin (Hedges & Olkin, **1980** sowie Lau, Schmid, & Chalmers, **1995**). Die Argumente gegen diese Vorgehensweise bei der Synthese von Ergebnissen über Studien hinweg, die in gleicher Weise auf das Auszählen der Ergebnisse zu mehreren Messzeitpunkten innerhalb einer Studie zutrifft, sind im Cochrane Handbook dargelegt:

“Occasionally meta-analyses use ‘vote counting’ to compare the number of positive studies with the number of negative studies. Vote counting is limited to answering the simple question “is there any evidence of an effect?” Two problems can occur with vote counting, which suggest that it should be avoided whenever possible. Firstly, problems occur if subjective decisions or statistical significance are used to define ‘positive’ and ‘negative’ studies (Cooper 1980, Antman 1992). To undertake vote counting properly the number of studies showing harm should be compared with the number showing benefit, regardless of the statistical significance or size of their results. A sign test can be used to assess the significance of evidence for the existence of an effect in either direction (if there is no effect the studies will be distributed evenly around the null hypothesis of no difference). Secondly, vote counting takes no account of the differential

weights given to each study. Vote counting might be considered as a last resort [sic] in situations when standard meta-analytical methods cannot be applied (such as when there is no consistent outcome measure).“ (Deeks, Higgins, & Altman, 2011)

Zur Tatsache, dass „Vote Counting“ weder die auch klinisch bedeutsamen Effektgrößen berücksichtigt noch eine Gewichtung von Studien bzw. im vorliegenden Fall Messzeitpunkten beinhaltet, kommt hinzu, dass auch der vom Studienleiter unter inhaltlichen Gesichtspunkten festgelegte Hauptmesszeitpunkt bei „Vote Counting“ als solcher nicht berücksichtigt wird.

Konsequenterweise kritisiert auch das IQWiG ein solches methodisches Vorgehen explizit auf S. 511f. des Abschlussberichtes, weil dabei keine endpunktspezifische Bewertung, z.B. durch Metaanalysen, vorgenommen und die klinische Relevanz nicht berücksichtigt wird.

Die Bewertung des IQWiG beruhte hingegen auf etablierten Analyseverfahren, insbesondere neu erstellten Metaanalysen. Die Vorgehensweise ist transparent und auf dem aktuellen Stand der Evidenzbasierten Medizin im Methodenpapier in den Kapiteln 3.1.4, 3.1.5 und 9.1.4 beschrieben.

Das BSG geht seinerseits von einer Richtigkeitsvermutung gesetzeskonformer gutachterlicher Stellungnahmen des IQWiG aus (BSG-Urteil vom 01.03.2011 – B 6 KR 7/10 R BSGE 107, 261 = SozR 4 - 2500 §35 Nr. 5 (Rn.77)).

Eine Ungleichbehandlung vor allem im Vergleich zur Überprüfung der Richtlinienverfahren und den bereits vom G-BA überprüften Psychotherapieverfahren ist unzulässig (siehe hierzu die Anmerkungen von Dr. Rainer Hess in Anhang 1).

Fazit: Die „Definition des Nutznachweises“ aus der ZD des GKV-SV ist zurückzuweisen, da sie nicht den Standards der Evidenzbasierten Medizin entspricht. Grundlage der Nutzenbewertung muss die bereits erfolgte Bewertung der Studien durch das IQWiG sein.

3 Ergebnissicherheit bei Psychotherapie-Studien

Der Verweis des GKV-SV, es hätten sich im Abschlussbericht des IQWiG keine „Belege“ für einen Nutzen, sondern lediglich „Hinweise“ und „Anhaltspunkte“ gefunden ist trivial: Für psychotherapeutische Verfahren sind *Belege* für einen Nutzen nicht erwartbar. Das liegt in der Natur des zu bewerteten Gegenstandes, der Psychotherapie, und ist keine Besonderheit der Systemischen Therapie. Ein Fokus der Nutzenbewertung des IQWiG sind Angaben zur Verblindung in den einzelnen einbezogenen Studien. Es ist bekannt, dass Studienergebnisse dadurch beeinflusst werden können, dass Therapeut oder Patient wissen, welchem Studienarm sie zugeteilt wurden. Die fehlende Verblindungsmöglichkeit wirkt sich auf das mögliche Verzerrungspotential und damit auf die Aussagensicherheit der Studienergebnisse aus. Bei psychotherapeutischen Verfahren ist aber die Verblindung sowohl von Therapeut als auch von Patient nicht möglich, u. a. weil der Therapeut weiß, welches Verfahren er anwendet und auch der Patient schnell erkennen kann, mit welchem Verfahren er behandelt wird (bei manchen Verfahren bereits durch die Sitz- vs. Liegeposition des Patienten oder die Sitzungsfrequenz).

Das IQWiG ist in seinem Abschlussbericht auf diese Problematik eingegangen (S. 523): „Die Verblindung stellt einen wichtigen Aspekt in der Bewertung des Verzerrungspotenzials einer Studie dar. Das Institut teilt die Einschätzung der Stellungnehmenden, dass eine Verblindung der Therapeuten wie auch der Patienten im Bereich von Psychotherapiestudien regelhaft nicht möglich ist. Jedoch kann eine fehlende Verblindung das Verzerrungspotenzial beeinflussen, ungeachtet dessen, ob es möglich ist, eine Studie verblindet durchzuführen. Der Aspekt der Verblindung muss also berücksichtigt werden.“

Dem weiteren Hinweis des IQWiG, durch den Einsatz von verblindeten Endpunkterhebern sei zumindest eine Reduzierung der Verzerrung der Endpunkterhebung möglich, stimmen wir prinzipiell zu. Es muss jedoch konstatiert werden, dass in allen Psychotherapiestudien aller Verfahren

- der Praktikabilität der Verblindung von Endpunkterhebern vergleichsweise Grenzen gesetzt sind. Es wird davon ausgegangen, dass in Studien, in denen Patienten unverblindet sind und zugleich Patienten-reportierte Outcomes (PRO) – also bspw. Selbstberichtsfragebögen zur Schwere der depressiven Symptomatik – zum Einsatz kommen, die verblindete Endpunkterhebung *per se unmöglich* ist. So erläutern etwa Kahan, Rehal, & Cro (2015): „It is unclear why so few open trials used blinded outcome assessment. In some circumstances, blinded assessment is not feasible, for example patient reported outcomes in trials when patients are unblinded due to the nature of the intervention.“
- die verblindete Endpunkterhebung mehr Personal erfordert (der verblindete Endpunkterheber muss ja jeweils anwesend sein) und in Studien, in denen aus logistischen Gründen alle Kliniker oder Studienmitarbeiter die jeweilige Behandlungszuweisung kennen de facto unmöglich ist (Kahan et al., 2014) , oder nur unter hohem finanziellen Aufwand in Form von mindestens zwei verblindeten und studienunabhängigen Diagnostikern pro Fall möglich, die wiederum unabhängig voneinander ihre Einschätzung abgeben – und einem dritten ebensolchen Diagnostiker für den Fall, dass die beiden ersten Einschätzungen nicht genügend übereinstimmen.
- die Verblindung von Endpunkterhebern nur in etwa jeder vierten offenen Studie umgesetzt wird (Devereaux et al., 2004; Kahan et al., 2015). Dabei wird die Verblindung von Endpunkterhebern in Studien, in denen PRO eingesetzt werden, was auch in den meisten Psychotherapiestudien der Fall ist, noch seltener umgesetzt. Nur in 5% dieser Studien wurden zusätzlich zu den (naturgemäß nicht-verblindeten) Patienten verblindete Endpunkterheber eingesetzt (Kahan et al., 2015).

Inwieweit die Verblindung von Endpunkterhebern bei der Bewertung des Verzerrungspotentials von Studien zu psychologischen Interventionen eine Rolle spielen sollte, ist daher innerhalb der Evidenzbasierten Medizin ungeklärt. Spielt die Verblindung von Endpunkterhebern in dieser Bewertung eine ausschlaggebende Rolle, so besteht in jedem Fall das Risiko, dass letztlich keine Aussage über die vorliegende Evidenz gemacht werden kann, weil Studien zu psychologischen Interventionen definitionsgemäß keine Evidenz höchster Qualität erbringen können. Die im United States Department of Health and Human Services angesiedelte Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) als zentrale Institution der Versorgungsforschung ist in einem Methodenbericht detailliert auf die Verblindungsproblematik bei psychologischen Interventionen eingegangen:

“Bias can arise from lack of participant and personnel blinding to assignment and from lack of blinding of outcome assessors. For behavior change interventions, it may be difficult, and sometimes impossible, to blind participants and personnel because they often involve extensive patient and provider interaction and awareness of treatment components. Nonetheless, some outcomes such as objective cognitive assessments can be evaluated by blinded outcome assessors. For other outcomes such as self-reported symptoms, the risk of bias is compounded by the lack of patient or personnel blinding of assignment. The inherent difficulties of achieving patient or personnel blinding in behavioral interventions mean that many behavioral interventions may be rated as having a higher overall risk of bias than interventions that can more easily blind patients or personnel.

If blinding, regardless of feasibility or appropriateness, is an important measure of rigor, then by definition, many behavior change interventions can never be assessed with the highest rigor. Some SR [systematic review] approaches, such as that espoused by the US Preventive Services Task Force, exclude studies with a high risk of bias. In such cases, behavioral interventions may be disproportionately excluded from the body of evidence, resulting in instances where the review is unable to make a conclusion because of the lack of high-quality evidence. One must ask the question of “why bother” with a risk of bias assessment in which the assessment is dictated by the field, not by the study conduct. Certainly, some behavior change studies have used unique and creative methods of maintaining patient and provider blinding, these methods are often difficult to implement and are not commonly used. Thus, researchers are currently struggling with the question of whether key sources of bias in behavior change interventions center around blinding as often is the case in medical interventions, or whether other factors should carry more weight in assessing risk of bias. We did not find consensus on this issue.” (McPheeters et al., 2015)

Ergebnisse zur Anwendung des Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE, Guyatt et al., 2011) bei psychologischen Interventionen unterstreichen ebenfalls die Schlussfolgerungen im BE von KBV, DKG und PatV:

“This study found that the quality of evidence never reached “high” GRADE ratings for the outcomes of complex intervention reviews, and as compared with the outcomes of simple intervention reviews, the quality of evidence ratings for these outcomes were more commonly downgraded for the RoB [Risk of Bias], particularly the lack of participant and personnel blinding; the high levels of heterogeneity, and the study design.

Double blinding, in which both the investigator and the participant are unaware of the nature of the treatment is considered a best practice to prevent performance bias in the evaluation of health care interventions. However, in contrast to pharmacologic treatments, many complex interventions require active engagement and participant awareness of the intervention condition to bring about the desired changes in behaviors and psychosocial outcomes. This makes blinding of participants and personnel not only infeasible but also inappropriate in the evaluation of many complex interventions. Currently, there is lack of agreement on whether the RoB assessment in behavior change interventions should focus on the same criteria as in biomedical interventions, or whether it should prioritize a different set of factors and clearly separate between the concepts of study rigor and feasibility. Many researchers are concerned that downgrading the quality of evidence for the lack of participant and personnel blinding might result in what is called an “intervention selection bias,” when many complex interventions are excluded from the body of evidence because of the associated high RoB. This in turn may produce inconclusive reviews with a limited value for decision-makers.” (Movsisyan, Melendez-Torres, & Montgomery, 2016)

Die allgemein problematische Rolle von Verblindung bei der Bewertung des Verzerrungspotentials von Studien zu psychologischen Interventionen schlägt sich schließlich auch in der kürzlich veröffentlichten Erweiterung der CONSORT Reporting Richtlinien für randomisiert-kontrollierte Studien im Bereich psychologischer Interventionen nieder. Dort wird der Begriff der Verblindung nicht mehr verwendet:

“‘Blinding’ has been changed to ‘Awareness of assignment’ and ‘masking’ in the section heading and item wording, respectively. These changes address concerns about the use of the term ‘blinding’ as well as the need to emphasise the issue of awareness of assignment by providers and participants in social and psychological intervention trials.” (Montgomery et al., 2018)

Der GKV-SV benutzt das Argument eines hohen Verzerrungspotentials dann auch noch doppelt, indem er ausführt, das IQWiG habe zwar einen Hinweis auf einen Nutzen festgestellt, die jeweilige Studie habe aber ein hohes Verzerrungspotential (z. B. beim Störungsbereich Essstörungen). Die Nutzenbewertung des IQWiG hat jedoch bereits die Einschätzung des Verzerrungspotentials mit berücksichtigt.

In Kontrast zu einem generellen Trend in der Psychotherapieforschung belegt die Metaanalyse von Pinquart et al. (2016) darüber hinaus, dass in den evaluierten RCTs zur Wirksamkeit von Systemischer Therapie die therapeutische Orientierung des Untersuchungsleiters keinen Effekt auf die Outcomes hatte ("Similarly, researcher allegiance had no significant moderating effect, [...]"; S. 9 bei Pinquart et al., 2016).

Fazit: Das tendenziell höhere Verzerrungspotential von Psychotherapiestudien sämtlicher Therapierichtungen führt zu einer weniger großen Aussagensicherheit. Es liegt insofern in der Natur von Psychotherapiestudien, dass das, was das IQWiG als höchste Evidenzstufe („Beleg“ von Nutzen) klassifiziert, gar nicht erwartbar ist. Einen Nutznachweis nur auf der Ebene von „Belegen“ zu fordern wäre im Bereich der Psychotherapie unzulässig.

4 Angst- und Zwangsstörungen

Im Störungsbereich Angst- und Zwangsstörungen lagen dem IQWiG im Zusammenhang mit den eingeschlossenen Studien von Knekt (2004) noch keine Daten über die Gruppe der ausschließlich auf DSM-Achse I an einer Angststörung leidenden Patienten vor. Diese Daten wurden von der Forschergruppe inzwischen ausgewertet, und die Ergebnisse liegen nun vor (Knekt et al., in Druck). Wir hängen dieser Stellungnahme die entsprechende Publikation zu den Ergebnissen an.

In dieser Publikation vergleichen Knekt et al. (in Druck) systemische lösungsfokussierte Therapie (SFT; 12 Sitzungen), psychodynamische Kurzzeittherapie (SPP; 20 Sitzungen) und psychodynamische Langzeittherapie (LPP, rund 240 Sitzungen) anhand der Endpunkte psychiatrische Störungssymptomatik, Arbeitsfähigkeit, Bedarf an weiteren Behandlungen sowie Remission und Kosteneffizienz. Insgesamt zeigt sich, dass SFT und LPP besser abschnitten als SPP. Zum Fünf-Jahres-Katamnese-Zeitpunkt gab es keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen LPP und SFT – mit Ausnahme des Endpunktes „zusätzliche Behandlungen“, in dem SFT besser abschnitt. Zudem ergab sich eine deutliche Kosten-Effizienz zugunsten von SFT (mit dem Faktor 3).

In der Studie von Hunger et al. (2018; eingereicht), die vom IQWiG als Studie unklarer Relevanz aufgenommen wurde, wurde die Behandlung von Patienten mit sozialen Ängsten in zwei Studienarmen, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, miteinander verglichen. Die Ergebnisse zeigen in beiden Studienarmen eine Reduktion der sozialen Ängstlichkeit. Systemische Therapie zeigt dabei signifikant bessere Effekte in für die symptombezogenen Maße sowie für das allgemeine Funktionsniveau. Der Artikel wurde bei einer wissenschaftlichen Zeitschrift eingereicht und befindet sich derzeit im Begutachtungsprozess (peer review). Deswegen fügen wir dieser Stellungnahme den zitierfähigen Abstract sowie die Präsentation der Ergebnisse am 22. März 2018 auf dem Deutschen Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Berlin, auf dem die Ergebnisse erstmals vorgestellt wurden, unter Anhang 4 bei.

Fazit: Die Ergebnisse untermauern die Grundlage für den Nutznachweis im Anwendungsgebiet Angst- und Zwangsstörungen.

5 Körperliche Erkrankungen

Die neun vom IQWiG bewerteten und zu einem Anhaltspunkt für einen Nutzen führenden Studien zu körperlichen Erkrankungen rechtfertigen einen Nutznachweis in diesem Anwendungsbereich. Die Argumentation des GKV-SV, die Ergebnisse dieser Studien könnten für eine Nutzenbewertung nicht herangezogen werden, weil entweder keine psychische Symptomatik erfasst worden sei oder keine krankheitswertige psychische Symptomatik vorgelegen habe, die nach ICD oder DSM oder in anderer Form erfasst wären, kann hier nicht greifen: **Laut ICD und DSM müssen die psychischen Faktoren explizit nicht den Stellenwert einer eigenen psychischen Störung nach ICD-10 bzw. ICD-11 haben. Deswegen ist die Forderung nach Erhebung dieser Faktoren als Vorbedingung für einen Einschluss der vom IQWiG inkludierten RCT im Diagnosebereich F54 haltlos.**

In der ICD-10 bzw. ICD-11 werden F54-Diagnosen definiert als „Psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten: Diese Kategorie sollte verwendet werden, um psychologische und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die wahrscheinlich die Entstehung oder den Verlauf von körperlichen Erkrankungen, die in anderen Kapiteln klassifiziert werden, beeinflusst haben. Die dabei auftretenden psychischen Störungen sind gewöhnlich leicht und langanhaltend (wie z. B. Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartungen). Sie rechtfertigen für sich allein nicht die Verwendung einer anderen Kategorie des Kapitels F.“ (Dilling, Mombour, Schmidt, & Schulte-Markwort, 1994, S. 148-149)

Dementsprechend ist von einem Nutzen eines psychotherapeutischen Verfahrens auch dann auszugehen, wenn sich durch die psychotherapeutische Behandlung der (somatische) Krankheitsverlauf positiv entwickelt. Deswegen hat das IQWiG neben psychischen auch somatische Endpunkte erfasst. Anhaltspunkte für einen Nutzen findet das IQWiG u. a. bei Rückfall und Überleben. Entgegen der Auffassung des GKV-SV schätzen wir diese „harten“ Endpunkte sehr wohl als patientenrelevant wie volkswirtschaftlich relevant ein.

Aufgrund ihrer Häufigkeit sind psychische Erkrankungen wie Angststörungen und affektive Störungen ein wichtiger Faktor für das Gesundheitssystem. Gesundheitspolitisch bedeutsam sind aber auch somatische Krankheiten, bei denen psychische und soziale Faktoren (F54 im ICD-10) beteiligt sind. Im Erwachsenenalter zählen körperliche Erkrankungen wie z. B. nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus zu den kostenaufwendigsten Diagnosen (Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, 2007). So ist Deutschland von allen entwickelten Ländern das Land mit der höchsten Rate an vermeidbaren stationären Aufnahmen aufgrund von Diabetes (218,3 pro 100000 Einwohner) (Papanicolas, Woskie, & Jha, 2018).

Die IQWiG-Analysen belegen darüber hinaus, dass systemische Therapie nicht nur Effekte auf das psychische Wohlbefinden Erkrankter und ihrer Angehörigen sowie der familiären Beziehungen hat, sondern auch auf die somatische Symptomatik und in einigen Fällen sogar auf die Mortalität Erkrankter – also weiteren zentralen Aspekten der Krankenversorgung, die sowohl für betroffene Patienten, als auch volkswirtschaftlich hoch relevant sind.

Systemische Therapie erzielt bei einer Vielzahl gravierender somatischer Erkrankungen wirksame Verbesserungen des somatischen und/oder psychischen Befindens (Bronchial-Karzinom, chronische entzündliche Darmkrankheiten, chronische Hepatitis, HIV-Infektion, koronare Herzkrankheit, Myokardinfarkt, orthopädische Beschwerden, rheumatoide Arthritis).

Wir schlagen deshalb eine Änderung des Beschlussentwurfes von KBV, DKG und PatV vor:

Unter I. soll als sechster Spiegelstrich

- Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe

hinzugefügt werden.

6 Persönlichkeitsstörungen

Die vom IQWiG den „Gemischten Studien“ zugerechnete und mit einem Anhaltspunkt für einen Nutzen bewertete Studie Lau & Kristensen (2007) vergleicht die Wirksamkeit von Systemischer und Psychodynamischer Gruppentherapie bei erwachsenen Patientinnen, die innerfamiliären sexuellen Missbrauch erleben mussten. Dem IQWiG lag bei der Bewertung noch nicht die schriftliche Antwort auf eine Autorenanfrage bei der Erstautorin vor, die am 11.09.2018 ausführt, dass basierend auf einer Messung mit dem DSM-IV und ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q) – in der Studienbedingung „analytic (A)“ 89% der Probanden und in der Bedingung „systemic group psychotherapy (S)“ 93% der Probanden mit einer Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurden. Damit wurde für diesen Anwendungsbereich das Einschlusskriterium von mindestens 80 % der Studienpopulation mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung erfüllt.

Diese Studie belegt, dass systemische Therapie nicht nur bei dieser therapeutisch oft schwer behandelbaren Patientinnengruppe wirksam ist, für die von Seiten des „Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs“ sowie der BpTK und BÄK dringend mehr Behandlungsangebote gefordert werden (siehe dazu <https://beauftragter-missbrauch.de/>; <https://www.hilfeportal-missbrauch.de/startseite.html>). Vielmehr belegt die Studie auch den Nutzen von Systemischer Therapie bei Persönlichkeitsstörungen.

Wir schlagen deshalb eine Änderung des Beschlusssentwurfes von KBV, DKG und PatV vor:

Unter I. soll als siebter Spiegelstrich

- Persönlichkeitsstörungen

hinzugefügt werden.

7 Vergleich mit Richtlinienverfahren

Der Nachweis des Nutzens Systemischer Therapie könne, so die Argumentation des GKV-SV, neben den Ergebnissen zu den Vergleichen mit den anderen beiden Komparatoren durch die mindestens vorliegende Gleichwertigkeit Systemischer Therapie gegenüber anderen Richtlinienverfahren erbracht werden. Auch wenn wir das methodische Vorgehen des IQWiG als richtig einschätzen, Gleichwertigkeit mit einem Richtlinienverfahren noch nicht per se als Anhaltspunkt/Hinweis zu bewerten, so zeigt sich doch, dass sich in keinem der untersuchten Störungsbereiche eine Unterlegenheit gegenüber Richtlinienverfahren gezeigt hat. Nach Lesart des GKV-SV geht diese Nichtunterlegenheit mit dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen sogar über die vom IQWiG mit einem Anhaltspunkt/Hinweis bewerteten Bereiche hinaus, weil dem IQWiG die Antwort auf die Autorenanfrage bzgl. der Studie Lau & Kristensen (2007) nicht vorlag.

Die Metaanalyse von Pinquart et al. (2016) bestätigt diesen Befund ebenfalls. Es gibt keine Unterlegenheit gegenüber Richtlinienverfahren.

Fazit: Die analysierten Daten zeigen bereits eine Nichtunterlegenheit Systemischer Therapie gegenüber den Richtlinienverfahren. Aus diesen Befunden die Forderung einer Erprobung abzuleiten, die ein bereits evaluiertes Ergebnis noch einmal untersucht, ist schon aus allokationsethischer Sicht nicht vertretbar.

8 Medizinische Notwendigkeit

Williams et al. (2016) kommen zu dem Ergebnis, dass die Nicht-Berücksichtigung von Patienten- und Patientinnenpräferenzen bezüglich erwünschter psychotherapeutischer Behandlungsweisen häufig zu einem schlechteren Outcome führt. Um aber Präferenzen und Entscheidungsmöglichkeiten als Patient entwickeln zu können, bedarf es Alternativen der psychotherapeutischen Behandlung. Erkrankungen der menschlichen Seele sind ein zu komplexer Gegenstandsbereich, als dass hierfür lediglich zwei Behandlungsansätze (die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren und die Verhaltenstherapie) ausreichen; somit wäre es auch im Sinne des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, wenn diesen weitere evidenzbasierte psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen würden. Systemische Therapie als Behandlungsalternative ist auch deshalb notwendig, weil sie bei erwachsenen Patienten und Patientinnen einen Vorteil bezüglich der Drop-Out-Rate gegenüber anderen psychotherapeutischen Ansätzen aufweist: „The drop-out rate of systemic therapy is lower than that of any other form of psychotherapy“ (Sydow, Beher, Schweitzer, & Retzlaff, 2010).

Derzeit werden Patienten im stationären Bereich oft mit Systemischer Therapie behandelt. Eine Überweisung in eine ambulante Psychotherapie, die in den meisten Fällen angezeigt ist, ist nur für Patienten möglich, welche die Therapie selbst bezahlen.

9 Synonyme Verwendung der Begriffe Indikationen, Anwendungsbereiche und Störungen

Die Begriffe „Indikationen“, „Anwendungsbereiche“ und „Störungen“ werden in den Psychotherapie-Richtlinien synonym verwendet. Weder in den Tragenden Gründen noch in der Zusammenfassenden Dokumentation vermag der GKV-SV einen Beleg dafür anzuführen, dass mit „Indikationen“ etwas anderes als die in der PT-RL §26 aufgeführten Anwendungsbereiche gemeint sein könnten. Es wird im BE des GKV-SV auch **auf keine andere** als die in den PT-RL vorgenommene Einteilung in Anwendungsbereiche hingewiesen. Es gibt auch keinen Hinweis in den Unterlagen darauf, was sonst mit einer Indikation gemeint sein könnte: Eine einzelne Diagnose? Bis zu welcher Nachpunktstelle? Diagnosebereiche (z. B. Angststörungen)? Es können hier also nur die Anwendungsbereiche gemeint sein.

Der Hinweis der GKV-SV, dass „der Indikationsbezug gemäß §135 Abs. 1 SGB V vorzunehmenden Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entsprechend den Anforderungen der Evidenzbasierten Medizin immanent sei“ (S. 2 der Tragenden Gründe) begründet hier deshalb keine andere Vorgehensweise als die Nutzenbewertung auf Ebene der Anwendungsbereiche, weil „Indikationen“, „indikationsbezogen“ und „Anwendungsbereiche“ in den PT-RL synonym verwendet werden.

Es gibt aufgrund des Wortlautes von §19 und §26 PT-RL keine eindeutige Abgrenzung zwischen Anwendungsbereichen, Störungen und Indikationen, da gem. §19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 der indikationsbezogene Nutzen für Anwendungsbereiche nach §26 Abs. 1 zu belegen ist, der jedoch seinerseits die Anwendungsbereiche als Indikationen definiert und diese mit 13 definierten Störungen gleichsetzt. Der Wortlaut lässt daher eine eindeutige Unterscheidung zwischen den Anwendungsbereichen und den für eine Anerkennung als Behandlungsverfahren notwendigen indikationsbezogenen Nutzenbewertungen nicht zu.

Auch auf der Webseite des G-BA werden die Begriffe synonym verwendet. Bei den Aufgaben des G-BA im Bereich Psychotherapie heißt es: „Die im Bereich der ambulanten Psychotherapie behandelbaren

„Indikations-“ oder „Anwendungsbereiche“ werden in §22 der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführt. (Hervorhebung durch die Verfasser; <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/psychotherapie/aufgabe/>; Zugriff am 20.08.2018)

Entsprechend führte beim Bewertungsverfahren der Gesprächspsychotherapie eine positive Studie aus dem Bereich der affektiven Störungen zur positiven Nutzenbewertung dieses Anwendungsbereiches.

Das IQWiG beantwortet und entkräftet in seinem Abschlussbericht in einer „Kritischen Reflexion des Vorgehens“ (Kap. A4.2) bereits die vom GKV-SV vorgebrachte Kritik, man hätte keine Störungsbereiche festlegen dürfen, die sich an den Anwendungsbereichen der PT-RL orientieren: „Bei der Zusammenfassung von Studien zu Störungsbereichen wurde es als sinnvoll angesehen, die Anwendungsbereiche gemäß §22 der PT-RL zu berücksichtigen, um dem G-BA in seinen folgenden Beratungen eine spezifische Bewertung der Anwendungsbereiche der PT-RL zu ermöglichen. (...) Gleichmaßen nicht zielführend wäre sowohl eine gröbere Zusammenfassung von Störungen über mehrere Störungsbereiche hinweg als auch eine alternative Zusammenfassung von Störungen gewesen. Derartige Zusammenfassungen würden verhindern, den Nutzen der systemischen Therapie hinsichtlich jedes Anwendungsbereichs der PT-RL bewerten zu können.“

Auch der Wissenschaftliche Beirat arbeitet in seinem Methodenpapier, das mit dem G-BA konsentiert ist, auf der Ebene der Anwendungsbereiche. Er hat zuletzt am 11.12.2017 nach eben dieser Logik die Überprüfung der Humanistischen Psychotherapie abgeschlossen (<http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.141>). In seinem Methodenpapier führt er in Kapitel I.3 aus:

„I.3. Anwendungsbereiche der Psychotherapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat von Beginn seiner Tätigkeit an festgestellt, dass vom Nachweis der Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens oder einer Methode bei einem Anwendungsbereich nicht generell auf die Wirksamkeit des gesamten psychotherapeutischen Verfahrens oder der Methode bei einem anderen Anwendungsbereich geschlossen werden kann. (...) Entsprechend hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie festgelegt, die Wirksamkeitsnachweise für verschiedene Anwendungsbereiche und für die Psychotherapie bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen getrennt zu überprüfen und anzugeben, für welche Anwendungsbereiche ein Psychotherapieverfahren oder eine Psychotherapiemethode gegebenenfalls als wissenschaftlich anerkannt gelten kann. Das bedeutet nicht, dass das psychotherapeutische Verfahren bei den verschiedenen Anwendungsbereichen (Diagnosen oder Diagnosegruppen) unterschiedlich sein muss. Lediglich der Nachweis der Wirksamkeit ist für die verschiedenen Anwendungsbereiche getrennt zu führen, auch wenn das Psychotherapieverfahren keine Störungs- oder Anwendungsbereichsspezifische Methoden oder Techniken definiert. Für diese Überprüfung hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie insgesamt 18 Anwendungsbereiche im Sinne größerer Klassen von Störungen gebildet, von denen insbesondere die Anwendungsbereiche 15 bis 17 nahezu ausschließlich für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen von Bedeutung sind. (Fußnote): Die Festlegung der Anwendungsbereiche erfolgte in Abstimmung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss.“

10 Fehlende Grundlage, Planbarkeit und Umsetzung einer Erprobung

Wie bereits unter Abschnitt 1 und 7 dargestellt, ist die Notwendigkeit für eine Erprobungsrichtlinie im Sinne einer Nichtunterlegenheitsstudie schon aufgrund der vom IQWiG anerkannten Studien nicht gegeben. Keine einzige Studie wurde identifiziert, in der systemische Therapie weniger effektiv abgeschnitten hat als ein Richtlinienverfahren. Der Entwurf des GKV-SV (2.5 des BE) sieht nun die Erprobung gerade für die Bereiche vor, in der die Nichtunterlegenheit schon festgestellt wurde, weil das IQWiG bereits Studien untersucht hat, in denen systemische Therapie mit Richtlinienverfahren verglichen wurden.

Methodisch wären auch in einer Erprobung keine Studien machbar, die eine deutlich höhere Aussagesicherheit hervorbringen können, durch die den psychotherapeutischen Verfahren an dieser Stelle natürlicherweise auferlegten Beschränkungen.

Bei einer Erprobung würde es sich ja nicht nur um eine Studie handeln, die ein ganzes Forschungskonsortium über Jahre beschäftigen würde, sondern gleich um eine ganze Batterie von aufzusetzenden Studien. Die Anzahl der teilnehmenden systemischen und Richtlinienpsychotherapeuten müsste im drei- bis vierstelligen Bereich liegen. Nach übereinstimmender Expertenmeinung würde es sich um die größte Psychotherapiestudie weltweit handeln. Vor dem Hintergrund der bereits festgestellten Nichtunterlegenheit müsste sich der G-BA mit einer Erprobungsregelung den Vorwurf der massiven Fehlallokation von Versichertengeldern ebenso gefallen lassen wie den Verdacht auf Verschleppung einer Entscheidung durch die Aussetzung des Verfahrens. Selbst wenn der GKV-SV „einlenken“ würde und als Kompromiss eine weniger große Bandbreite an Bereichen vorschlagen würde, wäre mit Ergebnissen frühestens in zehn Jahren zu rechnen. Auch in Anbetracht der bereits erfolgten wissenschaftlichen Anerkennung im Jahr 2008 würde eine Entscheidungsaussetzung um weitere mindestens zehn Jahre ein sachgemäßes Vorgehen der Selbstverwaltung in diesem Bewertungsverfahren sehr in Zweifel ziehen.

Vergleicht man die Datenbasis dieses Bewertungsverfahrens mit derjenigen anderer Verfahren, bei denen eine Erprobungsrichtlinie beschlossen wurde, ist sie hier ungleich größer. Bei den anderen Erprobungen gab es entweder keine Studien auf Evidenzebene 1b oder sie hatten so große methodische Mängel, dass sie mit denen vom IQWiG identifizierten Studien zur Systemischen Therapie nicht vergleichbar sind.

Derzeit gibt es bundesweit zwei Ausbildungsinstitute für Psychologische Psychotherapeuten, die einen laufenden Kurs im Vertiefungsgebiet systemische Therapie für Erwachsene anbieten. Diese Ausbildungen sind gegenüber denen der bisherigen Richtlinienverfahren stark benachteiligt, weil die für die Ausbildung obligatorischen 600 Behandlungsstunden von den Krankenkassen nicht vergütet werden und die Ausbildung im Vertiefungsgebiet systemische Therapie somit ungleich teurer ist als in den Richtlinienverfahren.

Die ärztlichen Weiterbildungsstätten binden die psychotherapeutische Weiterbildung noch stärker an die sozialrechtliche Anerkennung des Verfahrens. So ist sie bspw. für den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie laut Musterweiterbildungsordnung den sozialrechtlich anerkannten Verfahren vorbehalten. Es ist also davon auszugehen, dass sich ausschließlich Psychologische Psychotherapeuten an einer Erprobung beteiligen könnten und Ärztlichen Psychotherapeuten eben gerade nicht.

Unklar ist darüber hinaus, welche Anreize geschaffen werden müssten, um die Teilnahme der Richtlinienpsychotherapeuten an einer immens aufwendigen Erprobung sicherzustellen.

So könnte der G-BA bei einer Erprobungsrichtlinie seinerseits nicht sicherstellen, dass die notwendigen Psychotherapeuten an den Studien teilnehmen würden – zumal keines der Ausbildungsinstitute, die zumeist als GmbHs organisiert sind, auf Grundlage einer in der Umsetzbarkeit völlig vagen Planung einer Erprobungsrichtlinie das Risiko eines drei- bis fünfjährigen Ausbildungsangebotes eingehen würde.

Wenn der GKV-SV Zweifel an der Nichtunterlegenheit der Systemischen Therapie gegenüber den Richtlinienverfahren hat, ließe sich mit deutlich geringerem Aufwand durch gezielte Autorenanfragen überprüfen, ob das Einschlusskriterium 2 des IQWiG („Handelte es sich um Intervention, die der Systemischen Therapie zuzuordnen sind?“) nicht doch erfüllt ist. Immerhin wurden mit dieser Begründung mehr als 2000 Studien, sehr viele davon RCT, nicht berücksichtigt.

Völlig unklar ist, wie die Durchführung einer Erprobung sichergestellt werden könnte, wo doch bereits die gleichzeitige Überprüfung der Richtlinienverfahren 2015 abgesagt wurde und wegen des immensen Aufwandes, die Studien auch nur zu lesen und zu bewerten, eine sukzessive Überprüfung beschlossen wurde. Seitdem ist die Überprüfung der psychoanalytisch begründeten Verfahren ausgesetzt. Wenn bereits die Überprüfung derzeit nicht möglich ist, wie sollte die ungleich aufwendigere Planung, Beauftragung, Begleitung und Auswertung der Erprobung ermöglicht werden?

Fazit: Eine Erprobung für Bereiche, in denen Nichtunterlegenheit Systemischer Therapie bereits bestätigt ist, würde Jahrzehnte in Anspruch nehmen, kaum methodisch hochwertigere Studien erzeugen und wäre in der Durchführung wegen fehlender systemischer Psychotherapeuten und fehlender Anreizmöglichkeiten für die Richtlinientherapeuten bereits im Vorhinein zum Scheitern verurteilt. Es wäre zu erwarten, dass das Verfahren auf unverhältnismäßig viele Jahre ausgesetzt würde und Versichertengelder im großen Stil verschwendet würden.

11 Aussagen zur Wirtschaftlichkeit von systemischer Therapie

Zu Fragen der Wirtschaftlichkeit und Therapiedauer liegt eine ganze Reihe von Untersuchungen vor. Wo es nicht durch das a priori festgelegte Studiendesign ausgeschlossen wurde, hatte systemische Therapie eine kürzere Therapiedauer. Im Abschlussbericht heißt es dazu:

„In 2 Stellungnahmen wird angeregt, die häufig kürzere Therapiedauer bzw. geringere Therapiedosis der systemischen Therapie gegenüber den Kontrollinterventionen in der Bewertung des Nutzens zu berücksichtigen. So wird bspw. die Befürchtung geäußert, dass die kurzen Therapiedauern zu einer Unterschätzung der Therapieeffekte der systemischen Therapie führen könnten, die bei einer flexiblen Dauer und Intensität erreichbar seien. Wir stimmen dem Argument für Studien zum Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie dahin gehend zu, dass als Kontrollintervention verwendete Psychotherapien zumeist eine längere Therapiedauer aufweisen. Dieser Punkt ist aber weniger als ein Nutzenaspekt denn vielmehr als ein gesundheitsökonomischer Punkt bzw. als nicht patientenrelevanter Endpunkt Behandlungsaufwand zu sehen. Eine Therapie, welche in der Hälfte der Zeit denselben Therapieeffekt zeigt wie eine Vergleichstherapie, wäre unter diesem Gesichtspunkt als kosteneffizienter zu bewerten. Da der Auftrag des G-BA an das IQWiG lediglich eine Nutzen- und keine Kosten-Nutzen-Bewertung umfasst, sind im Bericht nur Fragen der Effektivität adressiert.“ (S.528)

Dem Selbstverständnis der Systemischen Therapie ist es immanent, wann immer möglich kurzzeittherapeutisch zu arbeiten (vgl. hierzu z. B. das bei den Studien von Knekt (2004) zugrunde gelegte Manual von de Shazer).

Auch im Vergleich zu anderen Maßnahmen hat systemische Therapie durch die Einbeziehung von weiteren Familienangehörigen eine gewaltige Auswirkung auf die Inanspruchnahme von weiteren Gesundheitsleistungen. Die Arbeitsgruppe um Russell Crane analysierte hierfür Krankenkassendaten von mehreren Hunderttausend Versicherten aus den USA und Kanada.

In der Teilstichprobe der „high utilizers“ (= 4+ „health care visits“ in den 6 Monaten vor Therapiebeginn; N = 65) reduzierten sämtliche Probanden die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in den sechs Monaten nach Therapiebeginn um etwa 50%. Einzeltherapie führte zu Reduktionen um 48%, Paar-/Familientherapie zu Reduktionen um 50-57%. Die größte Kostenreduktion (-57% Arztbesuche) trat bei Erwachsenen auf, die an einer Paar-/Familientherapie teilnahmen, selbst aber nicht Inpatienten waren (Law, Crane, & Berge, 2003).

Mit den Daten von *Cigna*, einer US-weiten Krankenversicherung mit über 9 Millionen Mitgliedern wurden Analysen aller Psychotherapie-Fälle aus den Jahren 2001-2004 durchgeführt: Beim Vergleich der Therapieergebnisse von Behandlern mit unterschiedlicher Qualifikation hatten „marriage and family therapists“ den größten Therapieerfolg (86,5%) und die geringsten Rezidivraten (13,5%). Familien-/Paartherapie war kosteneffektiver als Einzeltherapie oder „mixed therapy“ (Einzel- plus Familientherapie) (Crane & Payne, 2011). *Paar- und Familientherapeuten hatten die geringste „drop-out“ Rate und arbeiteten kosteneffektiver als Ärzte oder andere Behandler* (Moore, Hamilton, Crane, & Fawcett, 2011).

Bei Patienten mit *Schizophrenie*-Diagnose sparte jede einzelne Familientherapie-Sitzung \$568 an Gesundheitskosten für andere psychologische/psychotherapeutische Behandlungen ein. Zusätzlich wurden für jede einzelne Familientherapie-Sitzung weitere Kostenersparnisse für allgemeine medizinische Leistungen (\$580) und Hospitalisierungen (\$796) belegt (Christenson, Crane, Bell, Beer, & Hillin, 2014).

In Chile führten drei Sitzungen einer systemischen „Brief Family Intervention“ bei Patienten mit *somatoformer Störung* (ohne somatischen Befund) zu sehr starken Reduktionen der nachfolgend in Anspruch genommenen Gesundheitskosten im Vergleich zu einer „Treatment as usual (TAU)“ Gruppe: In Monat 1-6 nach der Intervention verursachte die TAU-Gruppe 21 mal so viel Gesamt-Gesundheitskosten, im Monat 7-12 verursachte die TAU Gruppe noch durchschnittlich viermal so viele Kosten wie die ST-Gruppe (Schade, Torres, & Beyebach, 2011).

Weitere Ergebnisse sind in Anhang 4 tabellarisch dargestellt.

12 Literatur-Update

Seit der Literaturrecherche des IQWiG sind bereits weitere RCT-Studien zur Systemischen Therapie veröffentlicht worden und erbringen weitere Nutznachweise. In Anhang 2 sind diese Studien aufgeführt.

13 Abschlussfazit

Die BE von KBV, DKG und PatV sieht den Nutzen Systemischer Therapie als Richtlinienverfahren für nachgewiesen an. Es stützt sich dabei auf die Ergebnisse des IQWiG, während der GKV-SV eine eigene Methodik verwendet, die sich nicht an den gültigen Standards der Evidenzbasierten Medizin und Psychotherapie orientiert. Cochrane, GRADE, AHRQ und das IQWiG selbst sprechen hierzu eine eindeutige Sprache, die die Schlussfolgerungen des BE von KBV, DKG und PatV unterstützen.

Systemischer Therapie eine zu geringe Datenbasis zu unterstellen ist bei 33 eingeschlossenen RCT und Metaanalysen nicht gerechtfertigt. Nutzen und Nichtunterlegenheit sind bereits nachgewiesen. Weitere Studien neuesten Datums, die vom IQWiG noch nicht berücksichtigt werden konnten, untermauern den Nutzen von Systemischer Therapie. US-amerikanische Krankenkassendaten zur Wirtschaftlichkeit sind eindeutig. International steht systemische Therapie nahezu überall den Versicherten zur Verfügung. Ein so wichtiger Bereich wie die psychotherapeutische Versorgung mit ihrer großen Breite von 13 Indikationsbereichen kann nicht nur mit zwei Behandlungsalternativen (den beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren und dem behavioralen) auskommen. Das Votum der Patientenvertretung ist deswegen auch von besonderer Bedeutung.

14 Verwendete Literatur

- Chiang, F. (2011). *The cost effectiveness of individual and family therapy for Schizophrenia in managed care (master's thesis)*. Provo, UT: Brigham Young University.
- Christenson, J. D. (2008). *The effect of marital and family therapy on health care use over time (Doctoral dissertation)*. Provo, UT: Brigham Young University.
- Christenson, J. D., Crane, D. R., Bell, K. M., Beer, A. R., & Hillin, H. H. (2014). Family intervention and health care costs for Kansas Medicaid patients with schizophrenia. *Journal of Marital and Family Therapy, 40*(3), 272-286. doi:10.1111/jmft.12021
- Christenson, J. D., Crane, D. R., Hafen, M., Jr., Hamilton, S., & Schaalje, G. B. (2011). Predictors of health care use among individuals seeking therapy for marital and family problems: An exploratory study. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 33*(4), 441-460. doi:10.1007/s10591-011-9159-1
- Crane, D. R., & Christenson, J. (2014). A summary report of cost-effectiveness: Recognizing the value of family therapy in health care. In J. Hodgson, A. Lamson, T. Mendenhall, & D. R. Crane (Eds.), *Medical family therapy: Advanced applications*. (pp. 419-436). Cham: Springer International Publishing.
- Crane, D. R., & Christenson, J. D. (2008). The medical offset effect: Patterns in outpatient services reduction for high utilizers of health care. *Contemporary Family Therapy, 30*(2), 127-138. doi:10.1007/s10591-008-9058-2
- Crane, D. R., Christenson, J. D., Dobbs, S. M., Schaalje, G. B., Moore, A. M., Pedal, F. F. C., . . . Marshall, E. S. (2013). Costs of treating depression with individual versus family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 39*(4), 457-469. doi:10.1111/j.1752-0606.2012.00326.x
- Crane, D. R., Christenson, J. D., Shaw, A. L., Fawcett, D., & Marshall, E. S. (2010). Predictors of health care use for children of marriage and family therapy clients. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 9*(4), 277-292.
- Crane, D. R., Hillin, H. H., & Jakubowski, S. F. (2005). Costs of Treating Conduct Disordered Medicaid Youth with and without Family Therapy. *American Journal of Family Therapy, 33*(5), 403-413. doi:10.1080/01926180500276810
- Crane, D. R., Morton, L. B., Fawcett, D., Moore, A., Larson, J., & Sandberg, J. (2012). Somatoform disorder: Treatment utilization and cost by mental health professions. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 34*(3), 322-333. doi:10.1007/s10591-012-9182-x
- Crane, D. R., & Payne, S. H. (2011). Individual versus family psychotherapy in managed care: Comparing the costs of treatment by the mental health professions. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*(3), 273-289. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00170.x

- Crane, D. R., Wood, N. D., Law, D. D., & Schaalje, B. (2004). The relationship between therapist characteristics and decreased medical utilization: An exploratory study. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 26(1), 61-69. doi:10.1023/B:COFT.0000016912.25239.52
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., & Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178(3), 216-221. doi:10.1192/bjp.178.3.216
- Deeks, J. J., Higgins, J. P. T., & Altman, D. G. (2011). Chapter 9: Analysing data and undertaking meta-analyses. In J. P. T. Higgins & S. Green (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Vol. Version 5.1.0). <http://handbook-5-1.cochrane.org/>: The Cochrane Collaboration.
- Devereaux, P. J., Choi, P. T. L., El-Dika, S., Bhandari, M., Montori, V. M., Schünemann, H. J., . . . Guyatt, G. H. (2004). An observational study found that authors of randomized controlled trials frequently use concealment of randomization and blinding, despite the failure to report these methods. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(12), 1232-1236. doi:10.1016/j.jclinepi.2004.03.017
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, E. (1994). *Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Forschungskriterien*. Bern: Hans-Huber Verlag.
- Fawcett, D., & Crane, D. R. (2013). The influence of profession and therapy type on the treatment of sexual dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(5), 453-465. doi:10.1080/0092623X.2012.665814
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., . . . Jaeschke, R. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383-394. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026
- Hamilton, S., Moore, A. M., Crane, D. R., & Payne, S. H. (2011). Psychotherapy dropouts: Differences by modality, license, and DSM-IV diagnosis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 333-343. doi:10.1111/j.1752-0606.2010.00204.x
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1980). Vote-counting methods in research synthesis. *Psychological Bulletin*, 88(2), 359-369. doi:10.1037/0033-2909.88.2.359
- Hunger, C., Hilzinger, R., Klewinghaus, L., Deusser, Sander, A., Mander, J., Bents, H., Ditzen, B. & Schweitzer, J. (2018). Psychologisches, interpersonales, systembezogenes und allgemeines Funktionsniveau bei sozialen Angststörungen: eine randomisiert kontrollierter Pilot zu Kognitiver Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie (SOPHO-CBT/ST). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Journal of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy*, 64(1), 63. doi: 10.13109/zptm.2018.64.1.39
- Hunger, C., Hilzinger, R., Klewinghaus, L., Deusser, Sander, A., Mander, J., Bents, H., Ditzen, B. & Schweitzer, J. (eingereicht). Psychologisches, interpersonales, systembezogenes und allgemeines Funktionsniveau bei sozialen Angststörungen: eine randomisiert kontrollierter Pilot zu Kognitiver Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie (SOPHO-CBT/ST).
- Jakubowski, S. F., Crane, D. R., Christenson, J. D., Miller, R. B., Marshall, E. S., & Hafen, M., Jr. (2008). Marriage and family therapy research in health care: Investigating the accuracy of self and family reports of medical use. *American Journal of Family Therapy*, 36(5), 437-448. doi:10.1080/01926180701441320

- Kahan, B. C., Cro, S., Dore, C. J., Bratton, D. J., Rehal, S., Maskell, N. A., . . . Jairath, V. (2014). Reducing bias in open-label trials where blinded outcome assessment is not feasible: strategies from two randomised trials. *Trials*, *15*, 456. doi:10.1186/1745-6215-15-456
- Kahan, B. C., Rehal, S., & Cro, S. (2015). Blinded Outcome Assessment Was Infrequently Used and Poorly Reported in Open Trials. *PLoS ONE*, *10*(6), e0131926. doi:10.1371/journal.pone.0131926
- Knekt, P., & Lindfors, O. (2004). *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up* (Vol. 77). Helsinki: Kela.
- Knekt, P., Lindfors, O., Heinonen, E., Maljanen, T., Virtala, E., & Härkänen, T. (in Druck). The effectiveness of three psychotherapies of different type and length in the treatment of patients suffering from anxiety disorders. In M. Ochs, M. Borcsa, & J. Schweitzer (Eds.), *Linking systemic research and practice – Innovations in paradigms, strategies and methods*. Cham: Springer International.
- Lau, J., Schmid, C. H., & Chalmers, T. C. (1995). Cumulative meta-analysis of clinical trials builds evidence for exemplary medical care. *Journal of Clinical Epidemiology*, *48*(1), 45-57. doi:10.1016/0895-4356(94)00106-Z
- Lau, M., & Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*(2), 96-104. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00977.x
- Law, D. D., & Crane, D. R. (2000). The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health-maintenance organization. *Journal of Marital and Family Therapy*, *26*(3), 281-291. doi:10.1111/j.1752-0606.2000.tb00298.x
- Law, D. D., Crane, D. R., & Berge, J. M. (2003). The influence of individual, marital, and family therapy on high utilizers of health care. *Journal of Marital and Family Therapy*, *29*(3), 353-363. doi:10.1111/j.1752-0606.2003.tb01212.x
- McPheeters, M., Butler, M., Maglione, M., Viswanathan, M., O'Neil, M., Epstein, R., . . . Chang, C. (2015). *Challenges in conducting EPC reviews of behavior change interventions*. Retrieved from Rockville, MD: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final/cfm
- Montgomery, P., Grant, S., Mayo-Wilson, E., Macdonald, G., Michie, S., Hopewell, S., & Moher, D. (2018). Reporting randomised trials of social and psychological interventions: the CONSORT-SPI 2018 Extension. *Trials*, *19*(1), 407. doi:10.1186/s13063-018-2733-1
- Moore, A. M., & Crane, D. R. (2014). Relational diagnosis and psychotherapy treatment cost effectiveness. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, *36*(2), 281-299. doi:10.1007/s10591-013-9277-z
- Moore, A. M., Hamilton, S., Crane, D. R., & Fawcett, D. (2011). The influence of professional license type on the outcome of family therapy. *American Journal of Family Therapy*, *39*(2), 149-161. doi:10.1080/01926187.2010.530186
- Morgan, T. B., Crane, D. R., Moore, A. M., & Eggett, D. L. (2013). The cost of treating substance use disorders: Individual versus family therapy. *Journal of Family Therapy*, *35*(1), 2-23. doi:10.1111/j.1467-6427.2012.00589.x
- Movsisyan, A., Melendez-Torres, G. J., & Montgomery, P. (2016). Outcomes in systematic reviews of complex interventions never reached "high" GRADE ratings when

- compared with those of simple interventions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 78, 22-33. doi:10.1016/j.jclinepi.2016.03.014
- Papanicolaos, I., Woskie, L. R., & Jha, A. K. (2018). Health care spending in the United States and other high-income countries. *Journal of the American Medical Association*, 319, 1024-1039. doi:10.1001/jama.2018.1150
- Pinquart, M., Oslejsek, B., & Teubert, D. (2016). Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 26(2), 241-257. doi:10.1080/10503307.2014.935830
- Sydow, K. v., Beher, S., Schweitzer, J., & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family process*, 49(4), 457-485. doi:10.1111/j.1545-5300.2010.01334.x
- Williams, R., Farquharson, L., Palmer, L., Bassett, P., Clarke, J., Clark, D. M., & Crawford, M. J. (2016). Patient preference in psychological treatment and associations with self-reported outcome: national cross-sectional survey in England and Wales. *BMC Psychiatry*, 16(1), 4. doi:10.1186/s12888-015-0702-8
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2009). Bekanntmachungen - Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 106(5), A208-A211. doi:<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=63232>
- Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2007). Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. BonnSchade, N., Torres, P., & Beyebach, M. (2011). Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. *Families, Systems, & Health*, 29(3), 197-205. doi:10.1037/a0024563

Anhang 1: Einschätzung des Verfahrens von Dr. Rainer Hess

RA Dr. Rainer Hess, Köln, bewertet das Verfahren wie folgt:

Welche methodischen Anforderungen können an den Nachweis des Nutzens der Systemischen Therapie gestellt werden, wenn die „anerkannten“ Psychotherapieverfahren ihrerseits ohne Studiennachweis als bei Inkrafttreten des PsychThG bereits vertraglich in die kassenärztliche Versorgung eingebundene Verfahren kraft Gesetzes als „theoretisch fundiert und in der Praxis hinreichend bewährt“ anerkannt sind (BSG Ur. v. 28.10.2009 – B- 6 KA 11/09 R, BSGE 105, 26 = SozR 4-2500 §92 Nr. 8 (Rn. 25), die wissenschaftliche Basis für die Nutzenbewertung in der Psychotherapie insgesamt entsprechend den insoweit unstrittigen Bewertung durch das IQWiG bisher jeweils nur Anhaltspunkte für einen Nutzenbeleg zulassen und die vom GKV-Spitzenverband geforderte hochwertige, prospektiv registrierte Studie mangels Verblindungsmöglichkeit der Therapeuten und Patienten in der praktischen Umsetzung jedenfalls bisher auf unlösbare Schwierigkeiten stößt.

1. Das IQWiG hat zwar auf die Probleme einer in der Psychotherapie unzulänglichen Studienlage hingewiesen und bessere Forschungsergebnisse angemahnt. Es hat jedoch eine die Anerkennung als Psychotherapieverfahren empfehlende Bewertung der vorgelegten Studie vorgenommen, weil mit besseren Forschungsergebnissen in der Psychotherapie in absehbarer Zeit nicht zu rechnen ist.
2. Bei der Entscheidung des G-BA für ein Potenzial eines möglichen Nutzens müsste entsprechend der Begründung des GKV-Spitzenverbandes eine Vielzahl von Indikationen einbezogen werden (z.B. Panikstörungen, Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobien und die generalisierte Angststörung) und als zweckmäßige Vergleichstherapie die anerkannten Psychotherapieverfahren zugrunde gelegt werden. Es stellt sich die Frage, wie eine solche Erprobung unter den dann ja einzufordernden strengen Bedingungen hochwertiger prospektiv registrierter Studien mit vertretbaren Kosten in angemessener Zeit durchgeführt werden sollen.
3. Es war vor diesem Hintergrund entgegen der Auffassung des GKV-Spitzenverbandes gerechtfertigt, nicht die gesetzlich anerkannten Behandlungsverfahren als Vergleichstherapie festzulegen, deren Anerkennung nicht auf einer Studienbewertung basiert. In den §§19,26 PsychTh-RL geht es nicht um den Nachweis eines Zusatznutzens gegenüber anerkannten Verfahren, sondern um einen Nutzenbeleg, der die in §19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 festgelegten Anwendungsbereiche und i.V.m. §26 bestimmte Indikationen und Störungen abdecken muss.
4. Dem Urteil des BSG lag bezogen auf die Gesprächspsychotherapie eine entsprechend der Bewertung des IQWiG vergleichbar schwache einzelne Studie zu Grunde. Trotzdem ist isoliert für den Anwendungsbereich der affektiven Störungen ein Nutzen bejaht worden, der sich nur deswegen nicht auf die Anerkennung der Gesprächstherapie als Behandlungsverfahren ausgewirkt hat, weil sich für die anderen in §§19 Abs, 1 S. 1 Nr. 2, 26 PsychTh-RL aufgelisteten Störungen kein Nutzen belegen ließ. Das BSG hat trotzdem dem G-BA nahegelegt, zur Abwendung sonst zu erwartender Kostenerstattungsansprüche, zu erwägen, eine Methodenankennung für diese Indikation mit Leistungsberechtigung der bereits zugelassenen Leistungserbringer einzuführen.
5. Anhaltspunkte für einen Nutzen führen auch in anderen Bereichen (Arzneimittelbewertung) zu einer positiven Nutzenbewertung, ohne dass durch Auflagen und Befristungen weitergehende Studiennachweise eingefordert werden. Die Reduzierung auf ein Potential erfolgt nur dann, wenn keine ausreichend bewertbaren RCT vorliegen.

Die Reduzierung der Bewertungssicherheit auf Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Nutzens ist somit kein Grund für die Nichtanerkennung der Systemischen Psychotherapie als Behandlungsverfahren nach §19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 PsychTh-RL, da auch nach der Bewertung durch das IQWiG in der Psychotherapie zumindest derzeit keine höhere Bewertungssicherheit erreichbar ist und dieser Mangel auch durch eine bei Reduzierung der Bewertung auf ein Potenzial erforderlichen Beauftragung einer Erprobungsstudie unter notwendiger Einbeziehung einer Vielzahl von Indikationen nicht behoben werden kann.

Anhang 2: Weitere Studien

Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C. G., Treasure, J., ... & Crosby, R. D. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 47(16), 2823-2833.

Haddock, S. A., Weiler, L. M., Trump, L. J., & Henry, K. L. (2017). The efficacy of internal family systems therapy in the treatment of depression among female college students: A pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(1), 131-144.

Han, H., Zhang, H., Zhang, H., Gao, X., Zhang, W., & Zhang, S. (2015). Study on the curative effect of eszopiclone tablets combined with systemic family therapy for generalized anxiety disorder and its effect on the social and cognitive function [in Chinese]. *Chinese Journal of Practical Nervous Diseases*, 23, 15.

Kim, J. S., Brook, J., & Akin, B. A. (2018). Solution-focused brief therapy with substance-using individuals: A randomized controlled trial study. *Research on Social Work Practice*, 28(4), 452-462.

Murnan, A., Wu, Q., & Slesnick, N. (2017). Effects of Ecologically-Based Family Therapy with substance-using, prostituting mothers. *Journal of Family Therapy*. doi: 10.1111/1467-6427.12187.

Piyavhatkul, N., Arunpongpaisal, S., Patjanasontorn, N., Rongbutsri, S., Maneeganondh, S., & Pimpanit, W. (2017). Effectiveness of Family Therapy Based on the Satir Model in Family of Patients with Schizophrenia. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 100(6), 670.

Wichowicz, H. M., Puchalska, L., Rybak-Korneluk, A. M., Gąsecki, D., & Wiśniewska, A. (2017). Application of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) in individuals after stroke. *Brain injury*, 31(11), 1507-1512.

Zhang, W., Zhang, J., Song, W., Han, H., & Xu, L. (2017). A randomized single-blind controlled study of systemic family therapy on 186 patients with schizophrenia [in Chinese]. *Chinese Journal of Clinicians*, 11, 7.

Anhang 3: Studie von Knekt et al. (in Druck)

The effectiveness of three psychotherapies of different type and length in the treatment of patients suffering from anxiety disorders

Running title: The effectiveness of three psychotherapies of anxiety disorders.

P.H.D Paul Knekt¹, PhD Olavi Lindfors¹, PhD Erkki Heinonen¹, M.Soc.Sci Timo Maljanen²,
Mr. Esa Virtala¹, PhD Tommi Härkänen¹.

¹National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland

²Social Insurance Institution, Helsinki, Finland

No disclosure of interest.

Address for correspondence: Dr. Paul Knekt, National Institute for Health and Welfare,
P.O.Box 30, 00271 Helsinki, Finland, paul.knekt@thl.fi

Abstract

Data on the comparative effect of short- and long-term psychotherapy in anxiety disorders is scarce.

The study compared outcomes of two short-term therapies and one long-term psychotherapy in the treatment of patients with anxiety disorders in secondary analyses of a large randomized trial. Altogether 50 outpatients with anxiety disorders as the only axis I diagnosis, were randomized to long-term psychodynamic psychotherapy (LPP), short-term psychodynamic psychotherapy (SPP), and solution-focused therapy (SFT) and were followed for 5 years. The outcome measures were psychiatric symptoms, work ability, need for psychiatric treatment, remission, and cost-effectiveness. During the first year of follow-up, no significant outcome differences were noted. During the following 3 years, LPP and SFT more effectively reduced symptoms, improved work ability, and elevated the remission rate than SPP. No significant differences between LPP and SFT were seen. At the end of the follow-up, the use of auxiliary treatment was lowest in SFT whereas no other outcome differences were noted. The average total direct costs were about three times higher in LPP than in the short-term therapy groups. In conclusion, the resource-oriented SFT may be a cost-effective option in this patient group, while unconsidered allocation of patients to LPP does not appear to be cost-effective.

Keywords: Anxiety; Effectiveness; Long-term psychotherapy; Psychodynamic; Randomized trial; Short-term psychotherapy; Solution-focused

HIGHLIGHTS

- Persons with non-comorbid anxiety disorder are a group of patients for whom short-term and cost-effective treatments can be applied
- Short-term psychodynamic psychotherapy which is not anxiety disorder specific, may be less effective than solution-focused therapy and long-term psychodynamic psychotherapy for these patients
- A subgroup of patients with non-comorbid anxiety disorder require additional therapy for gaining remission

1. Introduction

For a patient with a given mental disorder, determining the optimal type and duration of psychotherapy often requires considering multiple factors, with psychiatric co-morbidity being one of the most common (Laaksonen et al., 2012; Newby et al., 2015). Theoretical (Gabbard et al., 2002; Perry and Bond, 2009) and empirical (Falkenstrom et al., 2007; Sandell et al., 2000) grounds suggest long-term therapies facilitate psychological growth, adaptation, and symptom reduction even years after treatment termination, which may be needed in the treatment of patients with relatively enduring and more severe problems as typically reflected in psychiatric co-morbidity. Accordingly, it has been shown that long-term psychodynamic psychotherapy more effectively reduces symptoms and improves work ability than short-term psychotherapies in the treatment of patients with “complex” mental disorders consisting of the co-morbid conditions of depression, anxiety, and/or personality pathology (Knekt et al., 2016; Leichsenring and Rabung, 2011). In patient groups with lesser psychiatric severity, dysfunction and psychological complexity the superiority of LPP in comparison to less intensive and shorter therapies may not be as apparent.

Offering the least intensive intervention required for recovery is also among the principles of stepped care treatment guidelines (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2011). However, since co-morbidity is often the rule rather than the exception (Newby et al., 2015), it is highly relevant both for clinical decision-making and organizing services to identify the patient groups where the effectiveness of short-term therapy is likely to be as effective as long-term therapy.

The prevalent first-line psychotherapeutic treatments recommended for patients with some anxiety disorder are cognitive-behavioral short-term therapies, supported by higher-level evidence than other short- or long-term therapies, in which there is a lack of clinical trials (Bandelow et al., 2014). Psychodynamic therapies, which in treatment recommendations are usually considered second-line options, stress the importance of early conflictual relationship

experiences, characterized often by conscious and unconscious fears of abandonment. These are understood to result in avoiding certain experiences and avoiding the expression of one's feelings and wishes, and thus create the foundation for clinical anxiety symptoms (Busch et al., 2011; Luborsky, 1984). In short-term psychodynamic psychotherapy (SPP), the aim of exploring intensively a dynamically central conflictual problem area is to facilitate emotional insight and self-understanding by linking past experiences to the present anxiety symptoms, while in LPP a wider scope of related problems can be worked through (Gabbard, 1992, 2004) suggesting that SPP may better suffice for patients with milder symptoms. Recent findings based on the effectiveness of diverse short-term therapies in routine care, i.e. in treating patients with lesser psychiatric complexity, have shown relatively good results of psychodynamic brief therapies, comparable to cognitive therapies using a more directive orientation (Holmqvist et al., 2014), whereas little is known of comparative effects of other treatment orientations during a long-term follow-up.

In contrast to the psychodynamic psychotherapies, the outcome of solution-focused therapy (SFT), to our knowledge, has not previously been studied in a clinical trial, in comparison to other psychotherapeutic treatment models in the treatment of anxiety disorders. In a patient-population with depressive and/or anxiety disorders the outcomes of SFT have been comparable to those treated by SPP during a long-term follow-up (Knekt et al. 2013). One randomized trial has suggested that a specific resource-oriented focus, based on SFT principles, is associated with greater reduction of psychiatric symptoms by the end of therapy in patients with social anxiety disorder when treated by a combined model of SFT and cognitive therapy (CT) versus traditional CT, whereas in more long-term follow-up no differences in outcome were seen (Willutzki et al. 2004, 2012). SFT does not base its technique on assumptions regarding the etiology of the disorder. Instead, it focuses on identifying exceptions in encountering the problem, and/or examples of dealing with it effectively, thereby enhancing the person's resources to find new practical solutions in his or

her situation (de Shazer et al., 1986; Trepper et al., 2010). SFT also differs from psychodynamic psychotherapies in being carried out with lesser frequency, as it is not predicated on an intense patient-therapist relationship as part of the treatment strategy. This therapy might thus especially suffice for persons with anxiety disorders only, for whom symptom severity and personality-related problems are milder than in complex anxiety and depressive disorder (Penninx et al., 2011).

There is still a lack of information on the effectiveness of short-term therapies having a different theoretical conception in comparison with long-term therapies in patients with relatively benign disorder. We therefore decided to compare the clinical outcomes of SPP and SFT with that of LPP during a 5-year follow-up in the specific diagnostic group of patients suffering from anxiety disorders as their only axis I mental disorder.

2. Methods

2.1. Subjects and study design

Outpatients from psychiatric services in the Helsinki region, aged 20-46 years, and having long-standing (> one year) depressive or anxiety disorders causing work dysfunction were considered eligible for the Helsinki Psychotherapy Study (HPS) (Knekt and Lindfors, 2004). Patients with psychotic disorder, severe personality disorder, adjustment disorder, bipolar disorder or substance abuse were excluded. A total of 459 eligible patients were referred to the study between June 1994 and June 2000. Of these, 133 refused to participate. Using a randomized design, the remaining 326 patients were assigned to one of three treatment groups: solution-focused therapy (SFT, N = 97), short-term psychodynamic (SPP, N = 101) and long-term psychodynamic psychotherapy (LPP, N = 128). Patients gave written informed

consent and the study was approved by the Helsinki University Central Hospital's ethics council.

At baseline 50 patients (SFT, N = 13; SPP, N = 22; LPP, N = 15) suffered from non-comorbid anxiety disorders, i.e. having no other Axis I disorders (**Table 1**). The most usual anxiety disorder diagnoses were social phobia and anxiety disorder not otherwise specified (NOS). Altogether 20% of the patients had non-severe personality disorder on Axis II, most usually of the NOS type. At baseline the mean level of psychiatric symptoms of the patients was in the clinical range (Knekt and Lindfors, 2004). In comparison to the HPS patients with depressive and comorbid Axis I disorders, the anxiety disorder patients had lesser psychiatric severity and dysfunction. Of the participants, 1 allocated to SFT, 1 to SPP and 4 to LPP did not receive the treatment (**Figure 1**). Of the patients starting the assigned therapy, none assigned to SFT, 2 to SPP and 3 to LPP discontinued the treatment prematurely. The patients were mainly women (66%) and the mean age of the patients was 32 years (SD = 6).

Of the patients allocated to the therapy, the participation rate in the assessments was high, being 76% at the 5-year follow-up point. The participation, however, varied considerably between therapies (i.e. SFT 77%, SPP 68%, and LPP 87%).

2.2. Therapies and therapists

SFT (de Shazer et al., 1986) included 12 therapy sessions and SPP (Malan, 1976) 20 therapy sessions, with both therapies lasting about half a year. The frequency of therapy sessions differed between these short-term therapies, being once a week in SPP and once every second or third week in SFT. LPP was open-ended, lasting about 3 years and consisting of about 240 sessions, with a frequency of usually twice a week (Gabbard, 2004). Only SFT was

manualized. The psychodynamic therapies were conducted in accordance with clinical practice, where the therapists might modify their interventions according to the patient's needs within the respective frameworks. All the therapists had received standard training and were experienced: The mean number of years of work experience was 9 in the short-term and over 15 years in the long-term therapies.

2.3. Assessments

Psychiatric diagnoses on axis I and II (American Psychiatric Association, 1994) were assessed at baseline using a semi-structured interview (Knekt and Lindfors, 2004).

The outcome measures, covering different measures of psychiatric symptoms, work ability, need for treatment (auxiliary treatment), and remission were administered prior to the start of treatment and at 6 pre-chosen time points (i.e. 1, 1.5, 2, 3, 4, and 5 years) during a 5-year follow-up from start of treatment.

The assessment of psychiatric symptoms and work ability were based on self-report questionnaires. Psychiatric symptoms were assessed using the Symptom Check List (SCL-90) (Derogatis et al., 1973) and the Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1988; Beck et al., 1961). Work ability was assessed using the Perceived Psychological Functioning (PPF) (Lehtinen et al., 1991), the Work-subscale (SAS-Work) of the Social Adjustment Scale (SAS-SR) (Weissman and Bothwell, 1976), and the Work Ability Index (WAI) (Ilmarinen et al., 1997; Tuomi et al., 1998), with the question on current employment status collected by a single item included in a follow-up questionnaire developed in the project.

Information on the use of psychotropic medication (antidepressant, anxiolytic, neuroleptic and psychiatric combination medication), additional psychotherapy (individual short-term or long-term, group, couple or family or other), and hospitalization for psychiatric reasons were continuously assessed during the 5-year follow-up using questionnaires and nationwide public health registers (Knekt et al., 2011). Remission from psychiatric symptoms (measured by

SCL) at every measurement point of the follow-up, was defined as a 50% reduction of symptoms in comparison to the baseline level or a measurement value lower than the remission level (i.e. SCL-90-ANX < 0.9, SCL-DEP < 0.9, and SCL-GSI < 0.9) (Holi et al., 2003), and simultaneously a lack of considerable auxiliary treatment (use of psychotropic medication for at least 6 months, psychotherapy for at least 20 sessions or hospitalization due to psychiatric reason) at the measurement point.

The direct costs taken into account in this study due to the treatment of mental disorders comprised costs accruing from 1) protocol-based and additional SFT, SPP, and LPP sessions, 2) auxiliary psychotherapy sessions (individual short- or long-term therapy, group, couple or family therapy or other), reflecting the insufficiency of the protocol-based therapies, 3) outpatient visits due to mental disorders, 4) psychotropic medication, 5) inpatient care due to mental disorders, and 6) travelling due to therapy visits (Maljanen et al., 2016).

Primary measures were, SCL-90-GSI, WAI, remission from psychiatric symptoms (measured by SCL), and direct costs.

2.4. Statistical methods

The effectiveness of the three therapies was studied in a design with repeated measurements of the outcome variables mainly using “intention-to-treat” (ITT) analyses (Härkänen et al., 2016; Härkänen et al., 2005; Knekt et al., 2008a). Linear mixed models were used (Verbeke and Molenberghs, 1997) and model-adjusted statistics using predictive margins were calculated for different time points and treatment groups (Graubard and Korn, 1999; Lee, 1981). The delta method was used for calculating confidence intervals (Migon and Gamerman, 1999). Statistical significance was tested using the Wald test.

The basic model included the main effects of follow-up time, treatment group, and the first order interaction of time and treatment group. A full model also adjusted for the specific

diagnoses of anxiety disorders and personality disorders. Both models were further adjusted for the baseline level of each outcome measure in a completed model. The results of the full model were presented when the model could be estimated.

The costs of the three therapy groups were compared by calculating the annual mean costs as well as the mean costs for the whole 5-year follow-up period. The costs were not discounted (Maljanen et al., 2016).

The statistical analyses were performed using SAS software 9.3 (SAS Institute Inc, 2011).

3. Results

3.1. Psychiatric symptoms and work ability

Changes in **psychiatric symptoms** during the 5-year follow-up are presented in **Table 1**. A statistically significant decrease from baseline to the end of the follow-up was seen in all measures and in all therapy groups. The average change in the four psychiatric symptom measures varied from 52.6% to 75.6%, from 29.0% to 53.0%, and from 48.5% to 65.0% for the SFT, SPP and LPP groups, respectively. During the first year of follow-up no statistically significant differences in the outcomes between the three therapies were noted. During the following 3 years, psychiatric symptoms were statistically significantly more effectively reduced in LPP and SFT than in SPP for all symptom measures considered. For the primary measure SCL-90-GSI the mean difference between SPP and SFT was 39.7 % (95% confidence interval (CI) = 4.8, 74.7) and between SPP and LPP 47.7% (CI = 13.4, 81.9) at the 4 -year of follow-up point. No significant differences in symptom reduction were seen between LPP and SFT.

Changes in **work ability** are presented in **Table 2**. All three measures were significantly improved during follow-up for all three therapy groups. The average changes varied from 16.2% to 25.5%, from 9.2% to 15.7%, and from 9.3% to 19.1%, for SFT, SPP and LPP,

respectively. SPP showed statistically significantly less improvement than SFT at some time points for the outcome measures SAS-work and the primary measure WAI. At the end of follow-up WAI was 12.0% (CI = 9.2, 23.0) more improved in the SFT group than in the SPP group.

3.2. Need for treatment

At the end of follow-up, the use of auxiliary psychiatric treatment (psychotropic medication, psychotherapy or hospitalization) was relatively low (i.e. 9% in the SFT and 36% in the SPP and the LPP groups) (**Figure 2a**). This difference between SFT and the psychodynamic psychotherapies was mainly due to statistically significantly greater use of psychotropic medication in the psychodynamic therapy groups (i.e. 0%, 32%, and 34% in the SFT, SPP and LPP groups, respectively) (**Figure 2b**). The patients receiving LPP used no auxiliary therapy during the two last years of follow-up (**Figure 2c**). One hospitalization for psychiatric reasons was observed in the SPP group during the 2nd to 4th year of follow-up.

Study of the cumulative auxiliary use of therapy during the entire follow-up, showed twice as many therapy users in the SPP (35%) as in the SFT (17%), although no statistical significance was reached (**Table 4**). The mean number of auxiliary therapy sessions was 7-10-fold in the short-term therapy groups in comparison to LPP (**Table 5**).

3.3. Remission

The remission rate increased in all therapy groups and for all three outcome measures (**Table 6**). There was significantly less improvement in SPP in comparison to SFT and LPP in several measurement points. SFT gave about 40% higher prevalence of remission from psychiatric symptoms than SPP during three consecutive years of follow-up; the prevalence differences between SFT vs SPP were 0.42, 0.47 and 0.39 for the second, third, and fourth follow-up year, respectively. No significant differences were seen between SFT and LPP. The remission

rates at the end of follow-up did not statistically significantly differ between the three therapy groups (78%, 56%, and 75%, for SFT, SPP and LPP, respectively).

3.4. Cost-effectiveness

The average total undiscounted direct costs of persons belonging to the LPP group (EUR 19 755) were approximatively three times as high as those of persons belonging to the SFT group (EUR 6314) or SPP group (EUR 6265). This significant difference was mainly due to the greater total costs of the LPP sessions. The cost difference between SFT and SPP was small, and in both groups the main cost driver was auxiliary psychotherapy. The costs of all groups were highest when the study therapies were in progress, i.e. during the first year in the SFT and SPP groups and during the first three years in the LPP group (**Figure 3**). After LPP had been terminated, the costs of the LPP group decreased remarkably and during the 4th and 5th year they were somewhat smaller than those of the SFT or SPP patients. Because of the small differences in effectiveness of SFT and LPP, the former can be considered more cost-effective.

4. Discussion

4.1. General findings

This study compared the outcomes of two short-term therapies and long-term psychodynamic psychotherapy (LPP) among patients with anxiety disorders as the only axis I mental disorder. The main finding was that SFT, the least intensive therapy with the lowest number of sessions of the therapies studied, appeared to produce outcomes comparable with LPP, the most intensive and longest therapy. This new finding demonstrates the potential of a resource-oriented approach in the treatment of patients with anxiety disorders only. It is in line with the claim that resource-oriented therapeutic models may be needed to challenge the more traditional psychotherapeutic deficit models that concentrate on working with underlying conflicts or changing developmentally based maladaptive thinking and behavior (Priebe et al., 2014). Whereas a previous study on patients with social anxiety disorder with relatively frequent comorbidities found no additional long-term benefit of a resource-oriented focus when comparing a combined SFT-CT in comparison to traditional CT (Willutzki et al. 2012), our study suggests that the lack of comorbidity of anxiety disorder patients may increase the potential of SFT in the long run also. The results suggesting inability of LPP to show benefits significantly greater than SFT in symptoms and work ability indicate that the theoretical and therapeutic model behind it - based on identifying, exploring, and working through developmentally induced vulnerability to anxiety - is not essential to achieving sustained changes in this less complex patient group, at least on these outcome domains (Gabbard, 1992). Greater benefits might, however, be expressed in other outcome domains (Gibbons et al., 2009; Lindfors et al., 2015).

No differences between the groups emerged during the first year after the treatments started. These findings differ from those observed in the total sample of the Helsinki Psychotherapy

Study, where SFT and SPP both produced faster decreases in symptoms as well as increase in work ability than LPP (Knekt et al., 2008a; Knekt et al., 2008b). Thus it may be that anxiety patients with relatively benign intrapsychic and interpersonal problems (Knekt and Lindfors 2004) did not, even in LPP, engage in or need thorough exploration of such problems during the first year of therapy as patients with more heterogeneous problems - for whom, in turn, an intense treatment such as LPP often prolongs the experience of early reduction of manifest symptoms, albeit leading to greater long-term symptom reduction and more improved work ability (Knekt et al., 2013).

Our study also gave preliminary evidence of potentially greater benefits of SFT in contrast to SPP in this patient group. As a previous meta-analysis indicated that the effectiveness of SPP in the treatment of anxiety disorders does not differ from that of alternative therapies (Keefe et al., 2014), our preliminary finding indicates the need for further research to understand more deeply what specific treatment strategies and aspects of the therapy process of SFT were considered by the patients as more helpful than in SPP. The fact that SPP has only recently been developed as a manualized treatment for anxiety disorders (Busch et al., 2011; Leichsenring et al., 2014), and has shown comparable effectiveness to cognitive therapy (Leichsenring et al., 2007, 2014) may account for the poorer response of SPP in this study, since here a non-manualized model was used. Furthermore, the exclusion of patients with comorbid depressive disorders and the relatively lower severity of interpersonal problems of these patients in comparison to the HPS total sample (Knekt and Lindfors, 2004) may account for the outcome differences found between SPP and SFT (Wiltink et al., 2016). In line with our findings and the hypotheses that the lack of comorbidity and specific anxiety-related technique may be relevant for the differences found between SFT and SPP, Rakowska (2011) has shown that a variation of solution-focused therapy, brief strategic therapy, was more

effective in reducing symptoms of anxiety in comparison to minimal supportive therapy in patients with anxiety disorder only but not in those with comorbidity.

Additional differences were observed between both of the psychodynamic therapies and SFT in the use of additional psychiatric treatment. Remarkably, no patients were on psychotropic medication in the SFT group at the final 5-year follow-up, in contrast to about a third of patients in SPP and LPP. These differences may be due to the SFT approach, which strongly guides the patient to rely on his/her own decision-making abilities and expertise rather than following the medical deficit model (de Shazer, 1985) and corresponding pharmacological help. It may also be due to other unknown differences in therapists' advice and patients' treatment-seeking behavior after the therapies.

A strong argument, from the societal perspective, for SFT for having potential as a cost-effective treatment in treating patients with anxiety disorders was its overall effectiveness, comparable to LPP, but with significantly lower costs. In case these findings can be replicated and generalized, an average net cost saving during the 5-year follow-up of more than EUR 13 000 per patient in comparison to LPP, suggests that the brief resource-oriented model of SFT might be a favourable option from an economic and public health perspective, and that LPP would apparently be more appropriate for patients with more complex disorders.

The majority of treatment guidelines based on clinical trials on the effectiveness of psychotherapies for anxiety disorders highlight the beneficial effects of brief cognitive-behavioral treatment (CBT) models, including exposure techniques (Cuijpers et al., 2016), and recently also suggest comparable effects of low-dose internet-based vs. face-to-face therapy programs (Anderson et al., 2014). There are thus several options of potentially cost-effective short-term treatments for this patient group and accordingly a need for additional studies comparing the effectiveness of the CBT treatments with SFT and with the more recent

applications of SPP and other short-term therapy modalities, while covering outcomes more comprehensively (Knekt et al., 2015).

4.2. Methodological considerations

A strength of this randomized clinical trial comparing the outcomes of short- and long-term psychotherapy was the exceptionally long follow-up, with 10 repeated measurements of the outcome variables during a 5-year follow-up. The inclusion of information about the use of auxiliary treatment during the entire follow-up is also of importance, as it gave the possibility to evaluate the net remission from psychiatric symptoms.

The main limitation of this study is the fact that only 50 patients with anxiety disorders as the only Axis I disorder were included in this study. Given the small number of patients, divided into three therapy groups (SFT=13, SPP=21, LPP=15), the associations or lack of them may be due to chance findings. Additionally, the fact that every fourth of the patients randomized to LPP did not start the treatment compared to the average 5% in the short-term therapy groups – although initial preference for short- vs. long-term therapy was rarely mentioned – may potentially bias the results despite the difference was taken into account in the statistical analyses as a potential confounding factor.. Thus no firm conclusion about a lack of differences in the effectiveness of SFT and LPP can be made. Due to the small number of patients, those with personality disorder could not be excluded, which may have favored LPP, which is often considered necessary for working through pervasive personality-related problems (Leichsenring and Rabung, 2011; Lindfors et al., 2015). Similarly, due to the small number of patients, it was not possible to separately investigate the effects of the therapies in different anxiety disorder subgroups. However, adjustment for differences in anxiety and personality disorders performed, apparently has excluded the possibility for bias.

The focus of this study on patients with anxiety disorders as the only axis I disorder is based on a disorder-specific approach that has long been the dominant approach in psychiatric research (Newby et al., 2015). However, it has practical limitations, such as not considering the high degree of comorbidity of different anxiety disorders (Andrews et al., 2002) or the comorbidity of anxiety and depressive disorder, which is generally between 30% and 80% (Brown et al., 2001; Moffitt et al., 2007), being 28% in the HPS total sample (Knekt and Lindfors, 2004). Therefore, as comorbidity is associated with greater severity and a poorer prognosis, a more complete picture of the potential of SFT, SPP and LPP in the treatment of anxiety disorders as a whole needs to be complemented by studies of comorbid conditions. Furthermore, unavoidable general weaknesses in this study were that, for ethical reasons, it was not possible to measure effectiveness using a control group; the lack of manuals for the psychodynamic therapies used, and the lack of blindness in the assessments (Knekt et al., 2008a). Moreover, because of the randomized design and patient selection based initially on the presence of a mood or an anxiety disorder and at least moderate level of symptoms, different patients' psychological suitability for the different therapies could not be taken into account when allocating the therapies. This possibly underestimated especially the effectiveness of the short-term therapies, which may require a considered selection of patients who are capable of recovering with brief treatment (Laaksonen et al., 2012).

This study suggests that SFT is more cost-effective than psychodynamic psychotherapies, being either as costly as SPP but more effective or as effective as LPP but less costly in the treatment of patients suffering from non-comorbid anxiety disorders. The therapy alone, however, does not guarantee remission. The incomplete effect of the therapy may be compensated for by additive therapy or use of psychiatric medication. To obtain deeper insight into which type of therapy to use further research should be carried out as well in

large-scale effectiveness studies as in naturalistic studies aiming at identifying individual suitability factors, which would inform on the optimal type and length of psychotherapy.

Acknowledgements

This study was supported by a grant from the Academy of Finland (grant no. 138876), the Finnish Cultural Foundation, the Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familietherapie (DGSF) and Systemische Gesellschaft (SG). The foundations had no role in the design, analysis or writing of this article.

The statistical analyses were carried out by Mr. Julius Rissanen.

References

- American Psychiatric Association, 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV, fourth ed. APA, Washington, DC.
- Anderson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., Hedman, E., 2014. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 13, 288–295.
- Andrews, G., Slade, T., Issakidis, C., 2002. Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Br. J. Psychiatry* 181, 306–314.
- Bandelow, B., Lichte, T., Rudolf, S., Wiltink, J., Beutel, M.E., 2014. The diagnosis and treatment recommendations for Anxiety Disorders. *Dtsch Arztebl Int* 111, 473–480.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Carbin, M.G., 1988. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin. Psychol. Rev.* 8, 77–100.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J., 1961. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 4, 561–571.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R., Mancill, R.B., 2001. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J. Abnorm. Psychol.* 110, 585–599.
- Busch, F.N., Milrod, B.L., Singer, M.B., Aronson, A.B., 2011. *Manual of panic focused psychodynamic psychotherapy - Extended range.*, first ed. Routledge, New York.
- Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R.M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., Cristea, I.A., 2016. Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *J. Anx. Dis.* 43, 79–89.
- de Shazer, S., 1985. *Keys to solution in brief therapy.* W. W. Norton & Company, New York.
- de Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., Weiner-Davis, M., 1986. Brief therapy: focused solution development. *Fam. Process* 25, 207–221.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L., 1973. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacol. Bull.* 9, 13–28.
- Falkenstrom, F., Grant, J., Broberg, J., Sandell, R., 2007. Self-analysis and post-termination improvement after psychoanalysis and long-term psychotherapy. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 55, 629–674.
- Gabbard, G.O., 1992. Psychodynamics of panic disorder and social phobia. *Bull. Menninger Clin.* 56, A3–13.
- Gabbard, G.O., 2004. *Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text*, first ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Gabbard, G.O., Gunderson, J.G., Fonagy, P., 2002. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch. Gen. Psychiatry* 59, 505–510.
- Gibbons, M.B., Crits-Christoph, P., Barber, J.P., Wiltsey Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L.A., Temes, C.M., Ring-Kurtz, S., 2009. Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *J. Consult. Clin. Psychol.* 77, 801–813.
- Graubard, B.I., Korn, E.L., 1999. Predictive margins with survey data. *Biometrics* 55, 652–659.
- Holi, M.M., Marttunen, M., Aalberg, V., 2003. Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. *Nord J Psychiatry* 57, 233–238.
- Holmqvist, R., Strom, T., Foldemo, A., 2014. The effects of psychological treatment in primary care in Sweden—a practice-based study. *Nord J Psychiatry* 68, 204–212.
- Härkänen, T., Arjas, E., Laaksonen, M.A., Lindfors, O., Haukka, J., Knekt, P., 2016. Estimating efficacy in the presence of non-ignorable non-trial interventions in the Helsinki Psychotherapy Study. *Stat. Methods Med. Res.*, 25, 885–901.

- Härkänen, T., Knekt, P., Virtala, E., Lindfors, O., 2005. A case study in comparing therapies involving informative drop-out, non-ignorable non-compliance and repeated measurements. *Stat. Med.* 24, 3773-3787.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., Klockars, M., 1997. Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. *Scand. J. Work. Environ. Health* 23 Suppl 1, 49-57.
- Keefe, J.R., McCarthy, K.S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., Barber, J.P., 2014. A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clin. Psychol. Rev.* 34, 309-323.
- Knekt, P., Heinonen, E., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Virtala, E., Rissanen, J., Lindfors, O., Helsinki Psychotherapy Study Group, 2015. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychosocial functioning and quality of life during a 5-year follow-up. *Psychiatry Res* 229, 381-388.
- Knekt, P., Lindfors, O., 2004. A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders : design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up, *Studies in social security and health; 77*. Social Insurance Institution, Helsinki.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen, M., Renlund, C., Helsinki Psychotherapy Study Group, 2008a. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol. Med.* 38, 689-703.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R., Haaramo, P., Järvikoski, A., Helsinki Psychotherapy Study Group, 2008b. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity--a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *J. Affect. Disord.* 107, 95-106.
- Knekt, P., Lindfors, O., Renlund, C., Sares-Jäske, L., Laaksonen, M.A., Virtala, E., 2011. Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term psychotherapy. *J. Affect. Disord.* 135, 221-230.
- Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E., Härkänen, T., 2013. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nord J Psychiatry* 67, 59-68.
- Knekt, P., Virtala, E., Härkänen, T., Vaarama, M., Lehtonen, J., Lindfors, O., 2016. The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychol. Med.* 46, 1175-1188.
- Laaksonen, M.A., Lindfors, O., Knekt, P., Aalberg, V., 2012. Suitability for Psychotherapy Scale (SPS) and its reliability, validity, and prediction. *Br. J. Clin. Psychol.* 51, 351-375.
- Lee, J., 1981. Covariance adjustment of rates based on the multiple logistic regression model. *J. Chronic Dis.* 34, 415-426.
- Lehtinen, V., Joukamaa, M., Jyrkinen, T., Lahtela, K., Raitasalo, R., Aromaa, A., 1991. Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. (In Finnish with an English summary: Mental health and mental disorders in Finnish adults). Kansaneläkelaitoksen julkaisu AL:33, Helsinki and Turku.
- Leichsenring, F., Beutel, M., Leibing, E., 2007. Psychodynamic psychotherapy for social phobia: a treatment manual based on supportive-expressive therapy. *Bull. Menninger Clin.* 71, 56-83.
- Leichsenring, F., Rabung, S., 2011. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 199, 15-22.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M.E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., Huesing, J., Joraschky, P., Nolting, B., Poehlmann, K., Ritter, V., Stangier, U., Strauss, B., Tefikow, S., Teismann, T., Willutzki, U., Wiltink, J., Leibing, E., 2014. Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. *Am. J. Psychiatry* 171, 1074-1082.

- Lindfors, O., Knekt, P., Heinonen, E., Härkänen, T., Virtala, E., Helsinki Psychotherapy Study Group, 2015. The effectiveness of short- and long-term psychotherapy on personality functioning during a 5-year follow-up. *J. Affect. Disord.* 173, 31-38.
- Luborsky, L., 1984. *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment.* Basic Books, New York, NY.
- Malan, D., 1976. *The Frontier of Brief Psychotherapy: An Example of the Convergence of Research and Clinical Practice.* Plenum Medical Book Co, New York, NY.
- Maljanen, T., Knekt, P., Lindfors, O., Virtala, E., Tillman, P., Härkänen, T., Helsinki Psychotherapy Study Group, 2016. The cost-effectiveness of short-term and long-term psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a 5-year follow-up. *J. Affect. Disord.* 190, 254-263.
- Migon, H., Gamerman, D., 1999. *Statistical Inference: An Integrated Approach.* Arnold, London.
- Moffitt, T.E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A.M., Poulton, R., 2007. Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Arch. Gen. Psychiatry* 64, 651-660.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2011. NICE guidelines: Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management.
- Newby, J.M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., Dalgleish, T., 2015. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clin. Psychol. Rev.* 40, 91-110.
- Penninx, B.W., Nolen, W.A., Lamers, F., Zitman, F.G., Smit, J.H., Spinhoven, P., Cuijpers, P., de Jong, P.J., van Marwijk, H.W., van der Meer, K., Verhaak, P., Laurant, M.G., de Graaf, R., Hoogendijk, W.J., van der Wee, N., Ormel, J., van Dyck, R., Beekman, A.T., 2011. Two-year course of depressive and anxiety disorders: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J. Affect. Disord.* 133, 76-85.
- Perry, J.C., Bond, M., 2009. The sequence of recovery in long-term dynamic psychotherapy. *J. Nerv. Ment. Dis.* 197, 930-937.
- Priebe, S., Omer, S., Giacco, D., Slade, M., 2014. Resource-oriented therapeutic models in psychiatry: conceptual review. *Br. J. Psychiatry* 204, 256-261.
- Rakowska, J.M., 2011. Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. *Psychother. Res.* 21, 462-471.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., Schubert, J., 2000. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int. J. Psychoanal.* 81, 921-942.
- SAS Institute Inc, 2011. *SAS/STAT® 9.3: User's Guide second ed.* SAS Institute Inc., Cary, NC.
- Trepper, T.S., McCollum, E.E., De Jong, P., Korman, H., Gingerich, W., Franklin, C., 2010. *Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals.* Research Committee of the Solution Focused Brief Therapy Association.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., Tulkki, A., 1998. *Work Ability Index, second ed.* Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Weissman, M.M., Bothwell, S., 1976. Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch. Gen. Psychiatry* 33, 1111-1115.
- Verbeke, G., Molenberghs, G., 1997. *Linear Mixed Models in Practice: A SAS-Oriented Approach, Lecture Notes in Statistics.* Springer.
- Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Schulte, D., 2004. Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert resourceorientierten Vorgehen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 33, 42-50.

- Willutzki, U., Teismann, T., Schulte, D., 2012. Psychotherapy for social anxiety disorder: long-term effectiveness of resource-oriented cognitive-behavioral therapy and cognitive therapy in social anxiety disorder. *J. Clin. Psychol.* 68, 581-591.
- Wiltink, J., Hoyer, J., Beutel, M.E., Ruckes, C., Herpertz, S., Joraschky, P., Koranyi, S., Michal, M., Nolting, B., Pöhlmann, K., Salzer, S., Strauss, B., Leibing, E., Leichsenring, F., 2016. Do Patient Characteristics Predict Outcome of Psychodynamic Psychotherapy for Social Anxiety Disorder? *PLoS One* 11, e0147165.

Psychologisches, interpersonales, systembezogenes und allgemeines Funktionsniveau bei sozialen Angststörungen: eine randomisiert kontrollierter Pilot zu Kognitiver Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie (SOPHO-CBT/ST)

Hunger, Christina¹, Hilzinger, Rebecca¹, Klewinghaus, Laura¹, Deusser, Laura¹, Sander, Anja¹, Mander, Johannes², Bents, Hinrich², Ditzen, Beate¹, Schweitzer, Jochen¹

¹Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, ²Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: Soziale Angststörungen gehören als intra- und interpersonale Störungen zu den häufigsten Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung. Psychotherapeutische Behandlungen können Verbesserungen des psychologischen, interpersonalen, systembezogenen und allgemeinen Funktionsniveaus zum Ziel haben. Diesbezüglich differentielle Trends sollen in einer Psychotherapievergleichsstudie zu Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) und Systemischer Therapie (ST) untersucht werden.

Methode: In einem bi-zentrischen Pilot-RCT wurden 38 Patienten ($n = 20$, KVT; $n = 18$ ST; $M = 36$ Jahre; 58 % weiblich; 71 % mit Abitur; 97 % berufstätig) über den Therapieverlauf (26 Stunden) untersucht. Primäre Diagnose: soziale Angststörung (SKID; LSAS-SR); Komorbiditäten: v. a. depressive und andere Angststörung sowie selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung. Es wurde die Angstsymptomatik (LSAS, SIAS, SPS), Psychopathologie (BSI, BD-II), interpersonale Probleme (IIP), systembezogenes Erleben (EXIS) und das allgemeine Funktionsniveau (GAF) erhoben.

Ergebnisse: Die deskriptiven Analysen zeigten positive Trends auf allen erhobenen Konstrukten. Neben großen Effekten in der Reduktion der Angstsymptomatik und Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus zeigte die KVT auch Verbesserungen im interpersonalen und systembezogenen Funktionsniveaus mit mittleren bis kleinen Effekten. Neben großen Effekten in der Verbesserung des interpersonalen und systembezogenen Funktionsniveaus zeigte die ST auch eine Reduktion der Angstsymptomatik und Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus, jeweils mit großen Effektstärken.

Diskussion: Die deskriptiv zu interpretierenden Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der Bedeutung differentieller Effekte für die Psychotherapieforschung reflektiert. Methodische Stärken und Begrenzungen der Studie sowie Implikationen für die Forschung und Praxis werden ebenfalls diskutiert.



Psychologisches, interpersonales, systembezogenes und allgemeines Funktionsniveau bei sozialen Angststörungen: ein randomisiert kontrollierter Pilot zu Kognitiver Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie (SOPHO-CBT/ST)

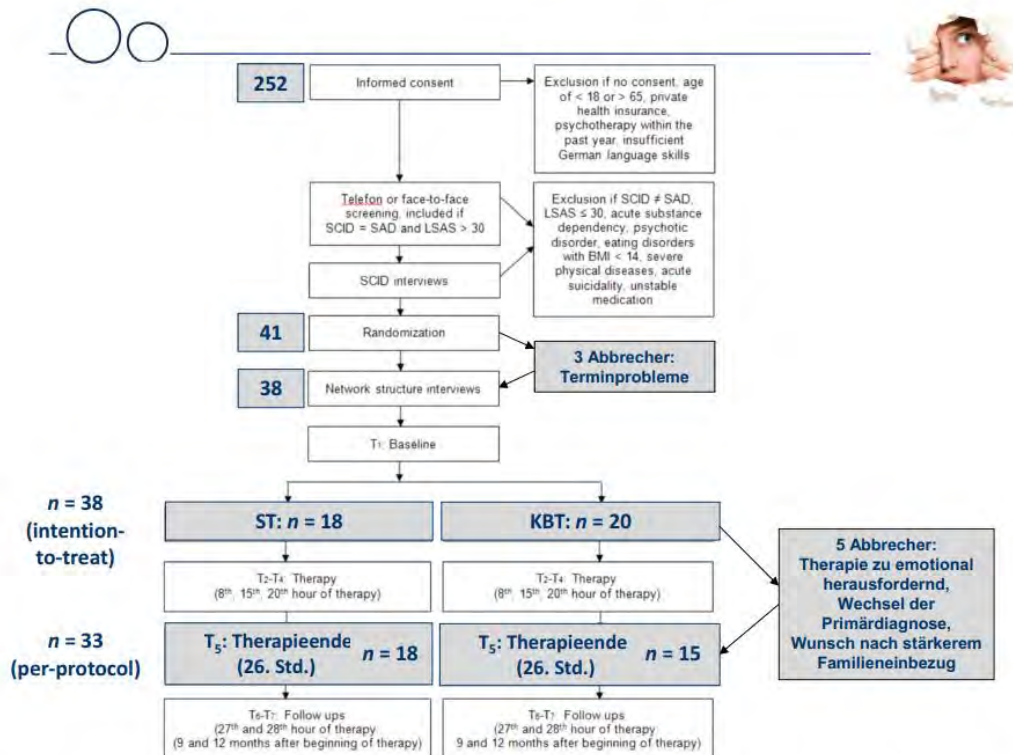
Dr. Christina Hunger-Schoppe, Dipl.-Psych., M.Sc.

Rebecca Hilzinger¹, Laura Klewinghaus¹, Laura Deußner¹, Anja Sander², Johannes Mander³,
Hinrich Bents³, Beate Ditzen¹, Jochen Schweitzer¹

¹Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Medizinische Psychologie

²Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Medizinische Biometrie und Informatik

³Universität Heidelberg, Zentrum für Psychologische Psychotherapie





Patienten ($n = 38$: 20 KVT, 18 ST)

➔ Ausbalancierte Studienarme

	Gesamtstichprobe		ST ($n = 18$)		KVT ($n = 20$)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter (Jahre)	36	14	34	13	37	15
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Weiblich	22	58	13	72	9	45
Partner	23	61	12	67	11	55
Bildung						
Abitur	13	34	7	39	6	30
Hochschulabschluss	14	37	6	33	8	40
Berufstätigkeit	37	97	18	100	19	95
Komorbidie Achse-I Störungen	19	50	7	39	12	60
Persönlichkeitsstörung	16	42	6	33	10	50
Pharmakotherapie	4	11	2	11	2	10



Therapeuten ($n = 15$: 8 ST, 7 KBT)

➔ Ausbalancierte Studienarme

	Total		ST ($n = 8$)		CBT ($n = 7$)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter (Jahre)	34	8	37	10	31	5
PT Erfahrung (Monate)	31	17	37	18	24	13
PT Praxis (Std./Woche)	15	10	15	14	15	9
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Weiblich	12	80	7	88	5	71
Partner	12	80	7	88	5	71
Bildung						
Hochschulabschluss	15	100	8	100	7	100
Berufstätigkeit	15	100	8	100	7	100



Instrumente

➔ Exzellente bis gute interne Konsistenzen

Instrument		Perspektive	α
Primärer Outcome: Schwere der sozialen Angst		<i>Note. Pat. = Patient; Diag. = Diagnostiker</i>	
LSAS-SR	Liebowitz Social Anxiety Scale	Pat.	.94 - .97
Sekundäre Outcomes:			
Verblindeter Fremdbbericht: Soziale Angststörung und globales Funktionsniveau			
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview (DSM)	Diag., blind	IRR: 94% range: 91%-100%
GAF	Globales Assessment of Functioning	Diag., blind	IRR: 94%, range: 82%-100%
Selbstbericht: Psychopathologie, interpersonales und systembezogenes Funktionsniveau			
BDI-II	Beck Depression Inventar	Pat.	.91 - .96
BSI	Brief Symptom Inventory	Pat.	.94 - .98
IIP-32	Inventar Interpersonaler Probleme	Pat.	.89 - .95
EXIS	Experience in Social Systems Questionnaire	Pat.	.94 - .96



Ergebnisse (n = 38: 20 KVT, 18 ST)

Therapiedosis: KVT: 26 Std. (SD = 0), ST: 23 Std. (SD = 3)

Therapiedauer: M ≈ 8 Monate (SD = 1.5)

Verblindete Diagnostiker:

- Patienten ohne SAD zu Therapieende (SKID)

KVT: 7 Patienten (43.75%)
ST: 13 Patienten (76.46%)

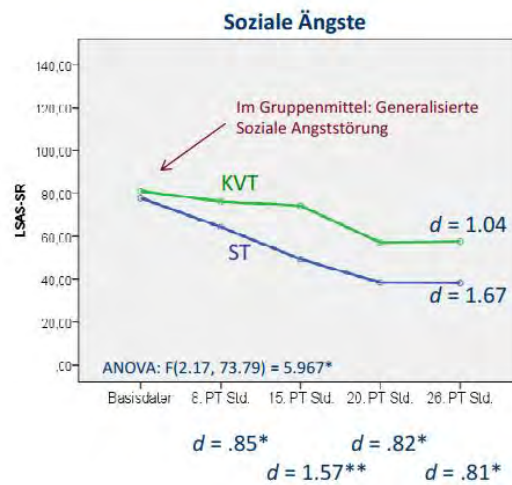
- Globales Funktionsniveau

Dekriptive Daten, ANOVA, Einfachvergleiche

	Basis	26. Std.		Einfachvergleiche (innerhalb T1-T5)			ANOVA Interaktion Zeit × Gruppe	Einfachvergleiche		
		M (SD)	M (SD)	t(df) [95%CI]	p	d		t(df)	p	d
GAF	KVT	72.07 (5.13)	76.67 (4.88)	t(14) = -3.025 [-7.86;-1.34]	.009	0.92	F(1, 31) = 4.612, p = .040, $\eta^2 = .130$	t(32) = -5.609	.000	0.76
	ST	69.28 (6.68)	79.44 (6.83)	t(17) = -5.095 [-14.38;-5.96]	.000	1.50				



Selbstberichte der Patienten (n = 38: 20 KVT, 18 ST)



* $p < .05$; ** $p < .01$



Selbstberichte der Patienten (n = 38: 20 KVT, 18 ST)

Pat.: Soziale Ängste

		Remission		Response		No change		Deterioration	
		n (%)	h	n (%)	h	n (%)	h	n (%)	h
LSAS-SR	ST	7 (38.9)	0.55	10 (55.6)	0.01	1 (5.5)	0.57	0	0.45
	KVT	3 (15.0)		11 (55.0)		5 (25.0)		1 (5.0)	

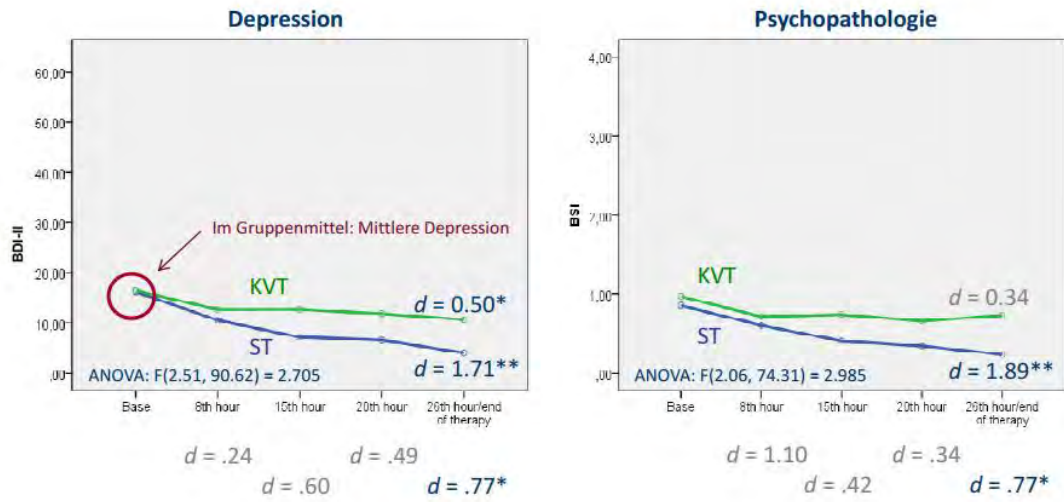
Note. LSAS-SR = Social Anxiety Scale. Reliable change index: LSAS-SR: 13.77. Cutoff: LSAS-SR: 30.

➔ Gesamtstichprobe: 26% Remission, d.h. LSAS-SR < 30
 55% Response, d.h. bedeutsame klinische Veränderung bei LSAS-SR > 30
 15% No Change
 4% Deterioration

Hunger et al. (submitted)



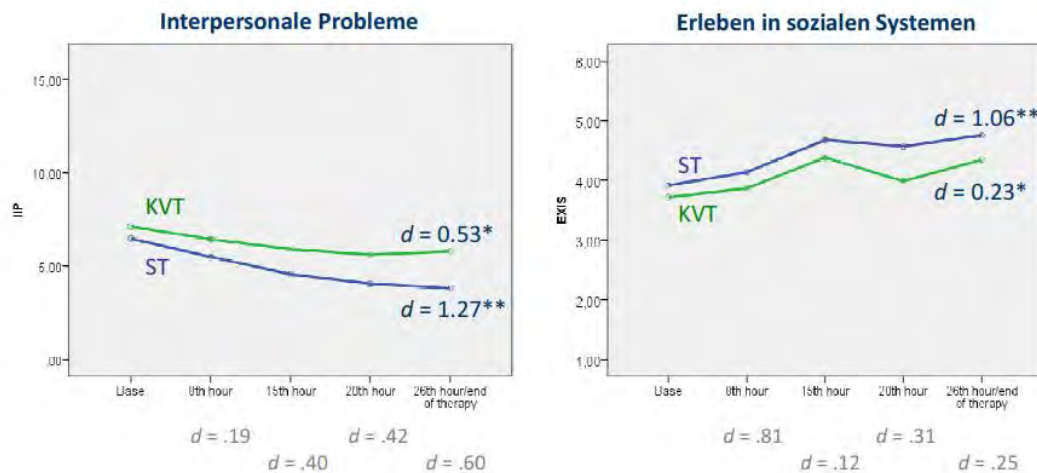
Selbstberichte der Patienten (n = 38: 20 KVT, 18 ST)



* $p < .05$; ** $p < .01$



Selbstberichte der Patienten (n = 38: 20 KVT, 18 ST)



* $p < .05$; ** $p < .01$



Fazit

- ➔ **Über den Verlauf von max. 26 Therapiestunden zeigen sich KVT und ST**
 - **mit positivem Trend in der Reduktion sozialer Ängste** (verblindete Diagnostiker: SCID; Patienten: LSAS-SR, SIAS, SPS)
 - **mit positive Trend in der Verbesserung des allgemeinen, psychologischen, interpersonalen und systembezogenen Funktionsniveaus** (verblindete Diagnostiker: GAF; Patienten: BDI-II, BSI, IIP, EXIS.pers)

- ➔ Die ST zeigt signifikant deutlicher Effekte in den **symptombezogenen Fragebögen** (LSAS-SR, SIAS, SPS, BDI-II, BSI) und im **allgemeinen Funktionsniveau**.

Anhang 5: Tabellarische Übersicht über die Arbeiten zur Wirtschaftlichkeit Systemischer Therapie (Crane & Christenson, 2014)

Health Maintenance Organization (HMO)		
Western United States HMO serving 180,00 subscribers		
Sample	Conditions/comparisons	Results for health care use
Law & Crane (2000)		
<i>n</i> = 292, average age 30 years, middle income, Caucasian individuals	a) marital/couples therapy; b) family therapy identified patient; c) family therapy other patient; d) individual therapy; e) no therapy comparison group	significant reductions: 1) by 21.5% one year after psychotherapy started for family therapy group (<i>n</i> = 172) vs. 10% reduction for individual therapy group (<i>n</i> = 60) 2) family therapy participant who was not the identified patient group (<i>n</i> = 60) also showed a reduction of 30% in health care use after one year
Law, et al. (2003)		
high utilizers of health care (<i>n</i> = 65) within the sample of Law & Crane (2000)	a) individual therapy (<i>n</i> = 22); b) marital therapy (<i>n</i> = 15); c) family therapy (<i>n</i> = 28)	1) groups a), b), c) reduced health care use by 50%; 2) family therapy other patients reduced health care use by 57%; 3) largest reduction by participants in "conjoint" therapy (50-57% reduction); 4) Individual therapy participants reduced health care use by 48%

Crane, Wood, Law, & Schaalje (2004)		
197 clients, 13 providers (marriage and family therapists, <i>n</i> = 4; psychologists, <i>n</i> = 2; clinical social workers, <i>n</i> = 7; range age providers: 37-47 years)	relationship between therapist characteristic (age, gender, profession, etc.) and medical use of their clients	logistic regression analysis supports the argument, that psychotherapy in general contributed to reductions in health care use more than specific therapist characteristics or provider type
Crane & Christenson (2008)		
sample of Law & Crane (2000)	therapy modalities	1) 78% reduction in urgent care visits, 2) 56% reduction in laboratory/X-ray visits, 3) 68% reduction in health screening visits (T1-T2) by MFT participants
Kansas Medicaid Data 300,000 beneficiaries, administered at state level, funded at federal level, lower income children and families		
Sample	Conditions/comparisons	Results for costs
Crane, Hillin, & Jakubowski (2005)		
youth, <i>n</i> = 3753; mostly male (81%), Caucasian (73%), mean age 14.4 years	comprehensive services (e.g., case management and pharmacological intervention), along with one of three types of therapy: a) in-office family therapy (<i>n</i> = 164);	1) over the two and a half year follow-up period, the cost of health care was a) 16,260 USD for the in-office individual therapy group, b) 11,116 USD for the in-office family therapy group, and c) 1,622 USD for the in-home family therapy group

	b) in office-individual therapy ($n = 3086$), and; c) in-home family therapy ($n = 503$)	2) compared to health care costs for individual therapy group, a) 32% lower costs for in-office family therapy b) 85% lower costs for in-home family therapy
Christenson et al. (2014)		
patients diagnosed with schizophrenia ($n = 164$), mostly male (55%), Caucasian (90%), mean age 30y	structural equation models related to the cost of treating patients	1) 1 st model: limited direct effects for family intervention (e.g., reductions in hospitalization costs) 2) 2 nd model: direct and indirect effects (e.g., reducing hospitalizations by increasing medication compliance); significant indirect relationship between family intervention and general medical costs (~586 USD for each session) Better fit for 2 nd model.
Cigna data		
a large national health insurance company with over nine million members; Cigna initially provided cost data for all psychotherapy services in the United States and Puerto Rico during a four-year period (2001-2004), producing a sample that included 490,000 unique patients; Majority female (60%), average age 32y.		
Sample	Conditions/comparisons	Results
Crane & Payne (2011)		

	Providers: a) marital and family therapists (MFTs), b) master's level nurses, c) social workers, d) professional counsellors (PCs), e) psychologists, and f) physicians (MDs)	total cost of therapy: 1) Family therapy alone more cost-effective than individual therapy or "mixed" therapy 2) 85% of patients required only a single episode of care 3) services provided by PCs were the least expensive 4) MFT: 86.6% success rate, 13.4% recidivism rate, best among providers
Hamilton, Moore, Crane, & Payne (2011)		
N = 434,317	a) provider type b) individual/family therapy c) diagnosis	dropout rates: 1) MFT: lowest dropout rates for individuals 2) lowest dropout rate for individual therapy 3) lowest dropout rates for patients with mood and anxiety disorders; highest dropout rates among schizophrenia, substance abuse disorders
Moore, Hamilton, Crane, & Fawcett (2011)		
31,488 men, 36,333 women	examine more specifically whether having a MFT license affected outcomes in family therapy; provider types (e.g., MFTs, MDs, nurses, social workers)	1) lowest dropout rates: licensed MFT 2) MFT more cost effective than nurses, MDs, Psychologists; less cost effective than social workers and PCs

Moore & Crane (2014)		
3,315 patients, who participated in psychotherapy for relational problems (parent-child; partner relation)	providers: a) psychologists, b) PCs, c) MFTs, d) Social Workers	<p>1) no higher recidivism rate for patients who received individual therapy than for those who participated in family therapy</p> <p>2) couple therapy relatively brief intervention, 280 USD for an episode of care, 8.43% recidivism</p>
Chiang (2011)		
2,000 patients	therapy modality (individual vs. family therapy)	<p>1) family therapy more cost effective due to lower recidivism rates and lower total treatment costs</p> <p>2) higher dropout rates for family therapy than for individual therapy</p>
Morgan, Crane, Moore, & Eggett (2013)		
14,000 patients with substance abuse disorder receiving individual and family therapy		<p>1) family therapy uses 2.41 sessions, individual therapy 3.38 sessions, and mixed therapy 6.40 sessions</p> <p>2) cost for one treatment episode: 124.55 USD for family therapy; 170 USD for individual therapy; 319.55 USD for mixed therapy</p> <p>3) recidivism rate lowest for family therapy (8.9%), mixed therapy (9.5%) and highest for individual therapy (12%)</p>

Fawcett & Crane (2013)		
230 men, 189 women, who had received treatment for sexual dysfunction	provider type (psychologists, social workers, MFTs, PCs) and modality (individual therapy, family therapy, mixed therapy)	<ol style="list-style-type: none"> 1) average number of sessions: 7, 2) marriage/ family therapists used family and mixed modalities more often than other provider types, 3) mixed therapy lower dropout rates
Crane et al. (2012)		
149 patients with somatoform disorder	same as in Fawcett, D., & Crane, D. R. (2013)	<ol style="list-style-type: none"> 1) somatoform disorder patients experienced higher than average recidivism and participated in more session (regardless of provider type) 2) no significant difference in total cost or dropout between the various professions
Crane et al. (2013)		
164,667 patients with depression	age, gender, modality and provider type	<ol style="list-style-type: none"> 1) MFT services: lowest recidivism rates 2) MFT services least costly

Training clinic data Student training clinic that provides opportunities for clinical training for Masters and Doctoral students at a large university located in the western United States; Couples and families who requested psychotherapy services, students from marriage/family therapy, clinical psychology and social work programs as providers; prospective data		
Sample	Conditions/comparisons	Outcome/results
Jakubowski et al. (2008)		
60% female, 94% Caucasian; average 31y, six months of medical records for 130 clients	1) comparison of medical record to self- reported medical use 2) family members' report on health care use of their spouses	1) medical record and self-reported health care use highly correlated 2) spouses were able to report their partners and their children's health care use
Crane, Christenson, Shaw, Fawcett, & Marshall (2010)		
	biopsychosocial measures administered to parents ($n = 60$)	children's health care use: parents marital cohesion and life satisfaction strongest correlates, accounts for 46% variance in health care use (best subsets regression)
Christenson, Crane, Hafen, Hamilton, & Schaalje (2011)		

<p>110 participants seeking services for relationship problems, 66% female, 96% Caucasian, average 31y; additionally: $n = 40$ participants as a subsample from Law, Crane, & Berge (2003)</p>	<p>biopsychosocial measures administered to their parents (for $n = 60$)</p>	<p>children's health care use:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) variables accounting for most variance: "informational support", "somatization" 2) "hostility" highest correlate among high utilizer group from Law et al. (2003)
<p>Christenson (2008)</p>		
<p>56 participants, 96% Caucasian, diverse annual income ranging from 2,500 USD to 100,000 USD</p>		<p>health care use: 1) MFT participants showed significant (44%) decrease in health care use between T1 and T2; light uptick in health care use from T2 to T3; overall 33% decrease between T1 and T3; 2) 58% decrease in health care use for patients who reported an improvement in general family functioning after treatment, whereas patients without improvement showed no decrease in health care use</p>

Stellungnahme der DGVT zum Bewertungsverfahren Systemische Therapie für Erwachsene als Richtlinienverfahren

Im Juli dieses Jahres ist – nach rund dreijähriger Arbeit und Auswertung von rund 3000 Studien - der Abschlussbericht des IQWiG zur Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen erschienen. Nach der Wissenschaftlichen Anerkennung durch den WBP 2008 war dies der nächste Meilenstein für die Systemische Therapie auf dem Weg zur Kassenzulassung.

Im Bericht bescheinigt das IQWiG der Systemischen Therapie Wirksamkeit für folgende Diagnosegruppen: Angst- und Zwangsstörung, Schizophrenie, depressive Störungen, Substanzkonsumstörungen, Essstörungen, körperliche Erkrankungen und gemischte Störungen. Das Schwellenkriterium der Psychotherapie-Richtlinie kann damit als erfüllt gelten. Die weitere Entscheidung liegt nun beim G-BA, der den IQWiG-Bericht 2014 in Auftrag gegeben hatte und nun auf dieser Grundlage seine Entscheidung fällen muss.

Zusammenfassung

Wir stimmen mit dem Beschlussentwurf A (KBV, DKG und PatV) überein, der den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit in den entsprechend den PT-RL § 19 und § 26 vorgesehenen Anwendungsbereichen als belegt ansieht.

Einschätzung des methodischen Vorgehens

Methodisch unterstützen wir die dreijährige Arbeit des IQWiG. Die dort vorgenommene Zuordnung der Nutzenkategorien auf Grundlage von RCT-Studien sowie von Metaanalysen entspricht dem Vorgehen bei den bereits als Richtlinien-Verfahren anerkannten Psychotherapieverfahren. Diese orientieren sich an den zwischen Wissenschaftlichem Beirat Psychotherapie und dem G-BA abgestimmten Kriterien für die Evaluation von Psychotherapieverfahren. Demgegenüber stellen die - zusätzlich hinzugezogenen - Evaluationskriterien im Beschlussentwurf des GKV-SV nicht mehr zeitgemäße methodische Kriterien dar.

Insbesondere der Nachweis des Nutzens im Schwellenkriterium (Angst- und Zwangsstörungen und affektive Störungen) führt uns zur Zustimmung zu Beschlussentwurf A.

Einordnung zu Störungsbereichen/Anwendungsbereichen

Die Zuordnung der Störungen bzw. Störungsgruppen zu den vom IQWiG vorgenommenen Störungsbereichen ist sachgemäß und erlaubt die Übertragung auf die Anwendungsbereiche der PT-RL.

Nicht nachvollziehbar ist für uns die Einschätzung, dass nur Studien zu körperlichen Erkrankungen gewertet werden sollen, in denen die Patient*innen auch unter einer eigenen psychischen Störung litten. Psychotherapie kann auch den somatischen Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. Entsprechend sollten bei den körperlichen Erkrankungen auch Studien einbezogen werden, bei denen somatische patientenrelevante Endpunkte erhoben wurden.

Medizinische Notwendigkeit

Die medizinische Notwendigkeit ist gegeben. Systemische (Familien-)Therapie trägt bereits heute in Deutschland sowie international unverzichtbar zur Versorgung psychisch Kranker bei.

Erprobungs-Richtlinie

Der Beschlussentwurf der GKV-SV schlägt erstmalig für den Bereich der Psychotherapieverfahren ein Erprobungsverfahren vor, deren Kosten durch die GKV zu tragen seien. Die Erprobungsregel ist nach den Regularien des G-BA für Situationen vorgesehen, in denen keine ausreichenden Daten zur Wirksamkeit einer Intervention vorliegen. Für die Systemische Therapie besteht diesbezüglich jedoch kein Mangel: Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat die Systemische Therapie 2008 wissenschaftlich anerkannt; die Prüfung des IQWiG von 2017 kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass die Systemische Therapie entsprechend den Kriterien des G-BA als wirksam einzuschätzen ist. Auch im Vergleich zu sonstigen Beschlüssen zur Erprobungs-Richtlinie, in der meist keine Studien auf Evidenzlevel 1b vorliegen, muss der Nutzen als hinreichend belegt angesehen werden.

Erhebliche Zweifel hätten wir an der Umsetzbarkeit vieler und aufwendiger Studien in einer Erprobung, zumal die Details in einem vermutlich langwierigen Prozess erst einmal neu zu erarbeiten wären. Durch die fehlende sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie wurde die Durchführung einer Approbationsausbildung in Systemischer Therapie behindert, so dass für die Erprobungstherapien aktuell keine institutionelle Basis vorliegt.

Fazit

Zusammengefasst ist die von KBV, DKG und PatV vorgenommene Einschätzung zum Nutzen und zur medizinischen Notwendigkeit der Systemischen Therapie u. E. nach korrekt und konsistent zu den durch WBP und G-BA vereinbarten Anerkennungskriterien. Wir stimmen daher dem Beschlussentwurf von KBV, DKG und PatV zu.

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

Tübingen, 3. September 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. Methodenbewertung und veranlasste
Leistungen, Frau Dr. Kati Dege
Wegelystraße 8

10623 Berlin

per mail: Mario.Hellbardt@g-ba.de

Ort	Datum	Unser Zeichen / Ihre Mitgliedsnummer
Berlin	3. 9. 2018	

**Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Anerkennung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit
der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren
– Ihr Schreiben vom 10.8.2018 an Non-AWMF-Fachgesellschaften**

Sehr geehrte Frau Dr. Dege, sehr geehrte Damen und Herren,

bisher liegen zwei Beschlussentwürfe für die Anerkennung der Systemischen Therapie bei erwachsenen Patienten vor. Die Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten e. V. (VAKJP) spricht sich eindeutig für die Position der KBV, DKG und PatV aus.

Begründung:

1. Die Bewertung des Nutzens erfolgt auf der Grundlage des Abschlussberichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Die Prüfung ergibt, dass der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit für folgende Anwendungsbereiche (Indikationen) auf der Basis von randomisiert kontrollierten Studien hinreichend belegt ist. Es handelt sich um die Anwendungsbereiche:

- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Affektive Störungen (Depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/Opiode
- Essstörungen
- Schizophrene und affektive psychotische Störungen
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen

Vorsitzende

Dr. Helene Timmermann
Sophienallee 24
20257 Hamburg
Telefon 0 40 / 401 46 20
Telefax 0 40 / 401 43 44
Timmermann@VAKJP.de

Stellvertretende Vorsitzende

Bettina Meisel
Dorfstraße 26
40667 Meerbusch
Telefon 0 21 32 / 35 22
Telefax 0 21 32 / 13 83 18
Meisel@VAKJP.de

Stellvertretender Vorsitzender

Götz Schwöpe
Am Stadtpark 14
31655 Stadthagen
Telefon 0 57 21 / 92 92 68
Telefax 0 57 21 / 99 39 20
Schwope@VAKJP.de

Bundesgeschäftsstelle

Kurfürstendamm 72
10709 Berlin
Telefon 0 30 / 32 79 62 60
Telefax 0 30 / 32 79 62 66
Geschaeftsstelle@VAKJP.de

Geschäftszeiten

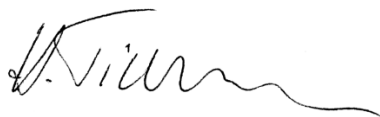
Montag - Freitag
9.00 - 14.00 Uhr

Bankverbindung

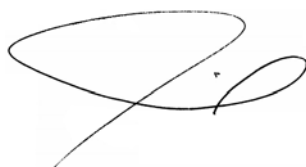
Postbank Karlsruhe
IBAN DE85660100750022027758
BIC PBNKDEFF

2. Es liegen keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit oder zur Schädlichkeit der systemischen Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie vor.
3. Danach ist die systemische Therapie ein wirksames Verfahren, dessen Finanzierung nicht den jeweiligen finanziellen Möglichkeiten der Versicherten überlassen werden sollte.
4. Auf der Basis des o.g. Beschlussentwurfs sollen Beratungen zur sektorenspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit im Versorgungskontext, zur Anwendung des Schwellenkriteriums und einer Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie eingeleitet werden.
5. Der Unterausschuss Psychotherapie wird mit der Durchführung dieser Beratungen beauftragt.
6. Eine Erprobungsrichtlinie, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, ist wegen der wenigen approbierten systemischen Psychotherapeuten nicht realisierbar. Die Aufnahme ins GKV-System wird sich voraussichtlich über fünf bis zehn Jahre erstrecken und nur ganz allmählich möglich sein, da die Ausbildungsbedingungen erst an die Kriterien des Psychotherapeutengesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung angepasst werden müssen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Helene Timmermann
Vorsitzende



Bettina Meisel
stv. Vorsitzende



Götz Schwöpe
stv. Vorsitzender

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss „Methodenbewertung“
z. Hd. Dr. Kati Dege
Postfach 120606
D-10596 Berlin

Datum
Dresden, 13.09.2018

Stellungnahme der D3G (Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie) im Stellungsverfahren G-BA zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung gemäß 2. Kapitel §7

Geschäftsstelle
Ricarda Noack
Max-Kosler-Straße 12
01328 Dresden

Telefon +49 351 - 500 619 00
Fax +49 351 - 500 619 01
E-Mail: info@d3g.org
www.d3g.org

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Vorstand der D3G schließt sich dem Beschlussentwurf A an: Feststellung, dass der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren hinreichend belegt sind.

Die Fragen im Beschlussentwurf B der GKV-SV im Zusammenhang mit dem Indikationsspektrum erscheinen uns dennoch berechtigt und verlangen nach weiterer Klärung.

Sollte sich der Antrag der GKV-SV durchsetzen, empfiehlt die D3G, innerhalb eines großzügig bemessenen befristeten Zeitraums von mindestens 5-10 Jahren den Vertretern der Systemischen Therapie zu ermöglichen, im Rahmen der Krankenbehandlungen zu Lasten der Krankenkassen die geforderten Erkenntnisse erbringen zu können.

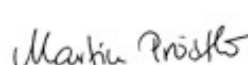
Mit freundlichen Grüßen



Ruth Beckenbauer
Vorsitzende



Harald Küster
Vorsitzender



Martin Pröstler
Stellvertreter

Vorstand
Vorsitzende
Dipl.-Psych. Ruth Beckenbauer, Hamburg
Dipl.-Psych. Harald Küster, Halle a.d. Saale
Stellvertreter
Dipl.-Psych., Dipl.-Theol. Martin Pröstler,
München
Weitere Vorstandsmitglieder
Dr. med. Jutta Gliem, Heidelberg
Dr. rer. soc. Wolfgang Trauth, München

Bankverbindung
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Konto: 000 869 4257
BLZ: 300 606 01
IBAN: DE06 3006 0601 0008 6942 57
BIC: DAA EDE DD

Dr. Jutta Gliem
Weiteres Vorstandsmitglied

Dr. Wolfgang Trauth
Weiteres Vorstandsmitglied

Deutsche Gesellschaft für
Gruppenanalyse
und Gruppenpsychotherapie
Eingetragener Verein, Sitz: Berlin

VR 31189 B, AG Charlottenburg
Steuernummer: 27/663/62226
Umsatzsteuer ID: DE281288799

Stellungnahme

06.09.2018

Stellungnahme der DGPPN zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung der Systemischen Therapie

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) dankt für die Möglichkeit der Stellungnahme zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung der Systemischen Therapie. Im Folgenden sind die Einschätzungen unserer Fachgesellschaft dargestellt.

Die Entwicklungen der Arbeitsunfähigkeitsstatistik und der Statistik der Deutschen Rentenversicherung deuten auf eine steigende Relevanz psychischer Erkrankungen in der Versorgung hin. Es ist daher geboten, Behandlungsoptionen entsprechend bereitzuhalten. Hier stellt die Systemische Therapie ein evidenzbasiertes Verfahren dar. Wie schon im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie vom 14.12.2008 dargestellt wird, ist die Systemische Therapie vor allem bei Erwachsenen mit affektiven Störungen, Essstörungen, Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankungen wirksam, wenn auch die Datenbasis nicht so breit ist wie beispielsweise bei der Kognitiven Verhaltenstherapie.

Als Wirksamkeits- und Nutznachweise kann im Wesentlichen auf die im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats genannten Publikationen verwiesen werden. Darüber hinaus ist im Bereich der Systemischen Psychotherapie mit Erwachsenen auf Girón et al. (2010) zu verweisen sowie die Übersichtsarbeiten von Retzlaff et al. (2009) und von Sydow et al. (2010) sowie v. a. die Metaanalyse von Piquart et al. (2016) zu nennen. Des Weiteren liegen viele Arbeiten auf dem Gebiet der Behandlung Adoleszenter vor. In der Übersichtsarbeit bei von Sydow et al. (2010) sind Katamnesen von bis zu fünf Jahren genannt. Langzeitwirksamkeit wurde v. a. für Essstörungen, affektiven Störungen und Schizophrenie gezeigt (Piquart et al. 2016).

Darüber hinaus eröffnet die Systemische Therapie Möglichkeiten für die aufsuchende Arbeit mit sogenannten „Multiproblemfamilien“ (von Sydow et al. 2007, Conen 1996) oder schwer kranken Patienten mit chronischen Verläufen, wie z. B. einer Schizophrenie (von Sydow et al. 2010, Girón et al. 2010). Zuletzt genannte Patienten werden in den Praxen der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten bislang nur zu einem geringen Anteil psychotherapeutisch versorgt (Herpertz et al. 2011). Gerade für Patienten mit schweren psychischen Störungen erhalten Systeminterventio-

nen in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ einen Empfehlungsgrad A, d. h. die meisten Patienten sollten sie erhalten (DGPPN 2013). Es ist in diesem Zusammenhang auch auf den breiten Anwendungsbereich der Systemischen Therapie zu verweisen, der sich u. a. in der Flexibilität der Frequenz auszeichnet, auf die z. B. Deisler (2013) verweist. Sie findet somit im stationären und teilstationären Setting breite Anwendung, sodass von einer sinnvollen Ergänzung bestehender tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Konzepte ausgegangen werden kann.

Zusammenfassend kommt die DGPPN zu der Feststellung, dass der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren hinreichend belegt sind und unterstützt damit ausdrücklich den Beschlussentwurf von KBV, DKG und Patientenvertretung.

Ein Erprobungsverfahren, wie es im Beschlussentwurf des GKV-SV vorgeschlagen wird, ist nicht sinnvoll durchführbar. Eine Durchführung der Erprobung insbesondere an Ausbildungsinstituten für Systemische Therapie hätte zur Folge, dass Ärztliche Psychotherapeuten weitestgehend aus dem Erprobungsverfahren ausgeschlossen wären, da die psychotherapeutische Weiterbildung der Ärzte nur in Ausnahmefällen an Ausbildungsinstituten nach dem Psychotherapeutengesetz erfolgt. Ärztliche Psychotherapeuten stellen jedoch eine wesentliche Säule der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft in Deutschland dar. Darüber hinaus würden durch ein Erprobungsverfahren dem Gesundheitssystem erhebliche Kosten entstehen, die vor dem Hintergrund der hinreichenden wissenschaftlichen Anerkennung nicht gerechtfertigt erscheinen und zudem würde den meisten Patienten ein wissenschaftlich anerkanntes Therapieverfahren für weitere Jahre vorenthalten werden.

Literatur

Conen M-L (1996) Aufsuchende Familientherapie mit Multiproblemfamilien. Kontext 27 (2):150-165

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2013) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin-Heidelberg, Springer

Deisler H (2013) Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs 1. SGB V vom 11.02.2013. Online-Ressource unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2597/4_2013-04-18_Antrag_SystemischeTherapie.pdf (abgerufen am 30.08.2018)

Girón M, Fernández-Yañez A, Molina-Habas A, Nolasco A, Gómez-Beneyto M (2010) Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. Psychological Medicine, 40(1):73-84

Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie vom 14.12.2008. Online-Ressource unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/GutachtenSystemischeTherapie20081214-1.pdf> (abgerufen am 30.08.2018)

Herpertz S C, Herpertz S, Schaff C, Roth-Sackenheim C, Falkai P, Henningsen P, Holtmann M, Bergmann F, Langkafel M (2011) Studie im Auftrag der Bundesärztekammer: Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie. Online-Ressource unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/aerztliche-psychotherapie-herpertz.pdf> (abgerufen am 30.08.2018)

Pinquart M, Oslejsek B, Teubert D (2016) Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: a meta-analysis. Psychother Res 26(2):241-75

Retzlaff R, Beher S, Rotthaus W, Schweitzer J, von Sydow K (2009) Systemische Therapie mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. Zum aktuellen Stand der Wirksamkeitsforschung. Familiendynamik 3:2-13

Von Sydow K, Beher S, Schweitzer J, Retzlaff R (2010) The efficacy of systemic therapy with adult patients. A metacontent analysis of 38 randomized controlled trials. Fam Process 49:457-485

Von Sydow K, Beher S, Retzlaff R, Schweitzer J (2007) Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/ Familientherapie. Göttingen, Hogrefe

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
Frau Dr. Kati Dege
Abt. Methodenbewertung und veranlasste
Leistungen
Postfach 120606
10596 Berlin

Essen, 30. August 2018

**Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die in
der AWMF organisiert sind**

**Stellungnahmeverfahren zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung
Systemische Therapie**

Sehr geehrte Frau Dr. Dege,

danke für die Möglichkeit, Stellung zu beziehen zu den
Beschlussentwürfen der KBV, DKG und Pat-V einerseits bzw. des GKV-
SV im Rahmen der Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens
„Systemische Therapie bei Erwachsenen“ gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1
SGB-V in Verbindung mit dem 2. Kapitel, § 7, Abs. 1, lit a)
Verfahrensordnung.

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die
Beschlussentwürfe

- A. zur Feststellung, dass der indikationsbezogene Nutzen und die
medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als
Psychotherapieverfahren hinreichend belegt sind (Position KBV,
DKG, Pat-V)

sowie

- B. zur Änderung der Richtlinie über die Durchführung der
Psychotherapie (PT-RL): Systemische Therapie bei Erwachsenen
– Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Hinblick auf
Erprobung (Position GKV-SV).

Vorsitzender

Univ. Prof. Dr. Christoph
Herrmann-Lingen
Universitätsmedizin Göttingen
Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
von-Siebold-Str. 5
37075 Göttingen
T: 0551/39-66707
cherrma@qwqg.de

Geschäftsführerin

Univ. Prof. Dr. Martina de Zwaan
Medizinische Hochschule
Hannover
Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
T: 0511/532-6569
dezwaan.martina@mh-hannover.de

Schatzmeisterin

Univ. Prof. Dr. Anja Mehnert
Abteilung für Medizinische
Psychologie und Medizinische
Soziologie
Universitätsmedizin Leipzig
Philipp-Rosenthal-Str. 55
04103 Leipzig
T: 0341/97-18800
anja.mehnert@medizin.uni-leipzig.de

Weitere Vorstandsmitglieder:

Univ. Prof. Dr. Claas Lahmann
Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Hauptstraße 8
79104 Freiburg
T: 0761-27068050
claas.lahmann@uniklinik-freiburg.de

Univ. Prof. Dr. Martin Teufel
Universität Duisburg-Essen
Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
LVR-Klinikum Essen
Virchowstraße 174
45147 Essen
T: 0201-7227500
martin.teufel@uni-due.de

Univ. Prof. Dr. Christiane Waller
Paracelsus Universität Klinikum
Nürnberg
Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1
90419 Nürnberg
T: 0911-398-2840
christiane.waller@klinikum-nuernberg.de

Website: www.dkpm.de

Nach intensiver Prüfung der wissenschaftlichen Evidenz hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die Systemische Therapie mit seinem Gutachten vom 14.12.2008 als wissenschaftliches Verfahren anerkannt.

Das IQWiG findet einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu den Komparatoren (Beratung und Informationsvermittlung, andere Psychotherapien, ohne Zusatzbehandlung) in den Störungsbereichen Angst- und Zwangsstörungen, depressive Störungen, Essstörungen, körperliche Erkrankungen, Substanzkonsumstörung und gemischte Störungen. Das IQWiG konstatiert, dass keine Aussagen zur Systemischen Psychotherapie mit der höchsten Aussagesicherheit, sondern nur in wenigen Fällen Hinweise mit einer mittleren Aussagesicherheit und überwiegend Anhaltspunkte mit der schwächsten Aussagesicherheit getroffen werden können. Das IQWiG analysierte in seinem Bericht von Mai 2017 den aktuellen wissenschaftlichen Stand zum Therapieverfahren bei Erwachsenen auf der Grundlage der Auswertung von 33 randomisiert kontrollierten Studien.

Die Positionen A und B unterscheiden sich in der Einschätzung der methodischen Vorgehensweise bei der Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens. Insbesondere wird die Validität der Studien und das Verzerrungspotential in beiden Entwürfen unterschiedlich eingeschätzt.

Die Einschätzung des Nutzens der Systemischen Psychotherapie beruht auf der Basis von Studien mit niedrigem oder mittlerem Evidenzgrad. Entsprechend dem IQWiG-Methodenpapier kann eine höchste Aussagesicherheit nur getroffen werden, wenn doppelt verblindete RCT-Studien vorliegen. Diese liegen zur Systemischen Therapie nicht vor. Eine doppelte Verblindung im Bereich der Psychotherapieforschung ist nicht möglich, da – im Gegensatz zur Prüfung von Arzneimitteln – der Therapeut in das Verfahren eingearbeitet sein muss und auf der Grundlage dieses Kenntnis interveniert. Das wiederum wird vom Patienten wahrgenommen, da es nicht wie bei Medikamenten in einer gleichen „Verpackung“ dargeboten werden kann. Aus wissenschaftlicher Sicht ist eine doppelt verblindete Psychotherapiestudie kaum durchführbar, bzw. würde eine große Veränderung des therapeutischen Settings bedeuten und keine validen Ergebnisse hervorbringen können. Auch große Psychotherapieforschungsverbünde können daher nicht mit Doppelblind-Studien arbeiten (EDNET, Sophonet). Folglich können in der Einschätzung des Nutzens in diesem Bereich nur Aussagen mit niedriger und mittlerer Aussagesicherheit (nach dieser Definition) herangezogen werden. Auch die vom GKV-SV geforderten Erprobungsstudien ließen sich schwerlich als Doppelblindstudien realisieren. Zwar könnten methodisch Anstrengungen gemacht werden, allerdings wäre weiter „mittlere Aussagesicherheit“ erreichbar.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie und das IQWiG haben mit der Anwendung und Definition eines Schwellenkriteriums eine qualitätssichernde Hürde für die Einschätzung des Nutzens eines Psychotherapieverfahrens geschaffen, die gewährleistet, dass die Relevanz eines Verfahrens für eine umfassende psychotherapeutische Versorgung in einem breiten Anwendungsbereich nachgewiesen sein muss. Erprobungsstudien wie die vom GKV-SV geforderten könnten Innovation hemmen, da sie eine lange Studiendauer umfassen - zumal Forschungsmittel nicht zur Verfügung stehen.

Das DKPM schließt sich der Einschätzung zur Evidenz des IQWiG an und sieht in der Systemischen Therapie einen klinischen Nutzen und eine sinnvolle Erweiterung der Therapiemöglichkeiten.

Das DKPM unterstützt die Bewertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Patientenvertretung. Das Verfahren ist in seiner Wirksamkeit hinreichend belegt für die Indikationen Essstörungen, Angststörungen und Zwangsstörungen, affektive Störungen, psychische und Verhaltensstörungen zu psychotropen Substanzen – Opioide und schizophrene und affektive psychotische Störungen.

Das DKPM empfiehlt dem Beschlussentwurf A zu folgen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Martina de Zwaan

Geschäftsführerin der DKPM



Geschäftsstelle:
Neffstraße 17
66123 Saarbrücken

Internet: www.dgppr.de
E-Mail: info@dgppr.de

DGPPR e. V. • Neffstraße 17 • 66123 Saarbrücken

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
Frau Dr. Kati Dege
Abt. Methodenbewertung und veran
Leistungen
Postfach 120606
10596 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss				
Original: <i>Dege</i>				
Kopie:				
Eingang: 11. Sep. 2018				UP
GF	M-VL	QS-V	AM	
P/Ö				

Clausthal-Zellerfeld, 04.09.2018

Stellungnahmeverfahren zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung hier: Stellungnahme der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die in der AWMF organisiert sind

Sehr geehrte Frau Dr. Dege,

vielen Dank für die Möglichkeit, schriftlich Stellung zu nehmen zu den Beschlussentwürfen der KBV, DKG und Pat-V einerseits bzw. des GKV-SV im Rahmen der Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens „Systemische Therapie bei Erwachsenen“ gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB-V in Verbindung mit dem 2. Kapitel, § 7, Abs. 1, lit a) Verfahrensordnung.

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die Beschlussentwürfe

- A. zur Feststellung, dass der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren hinreichend belegt sind (Position KBV, DKG, Pat-V)

sowie

- B. zur Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL): Systemische Therapie bei Erwachsenen – Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Hinblick auf Erprobung (Position GKV-SV).

Vorsitzender:
Prof. Dr. med. Markus Bassler
Rehazentrum Oberharz
Schwerpunktambulanz für Psychosomatik
Schwarzenbacher Str. 19
38678 Clausthal-Zellerfeld
E-Mail: markus.bassler@drv.bsh.de

Geschäftsführer und Schatzmeister:
Prof. Dr. med. Volker Köllner
Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik
Reha-Zentrum Seeshof der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
E-Mail: koellner@psychosoma.de

Vorstandsmitglieder:
Dipl.-Psych. Dagmar Feddersen
Fachklinik Aukrug der DRV Nord
Tönshöhe 10
24613 Aukrug
E-Mail: dagmar.feddersen@drv-nord.de

Dr. med. Wolfgang Kupsch
Weissenstein-Klinik
Johann-Rothmeier-Str. 14
79837 St. Blasien
E-Mail: wolfgang.kupsch@weissenstein-klinik.de

Dr. med. Tobias Wiehn
Salus Klinik
Landgrafenplatz 1
61381 Friedrichsdorf
E-Mail: t.wiehn@salus-friedrichsdorf.de

Kooperierte Vorstandsmitglieder:
Dr. med. Peter Deibler
AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim
Kurbrunnenstraße 12
67098 Bad Dürkheim
E-Mail: p.deibler@ahg.de

Dr. med. Thomas Fischer
AHG Klinik Schweriner See
Am See 4
19069 Lubstorf
E-Mail: tfischer@ahg.de

Dr. med. Barbara Guldin
Parkklinik Bad Bergzabern
Kurtalstr. 83-85
76987 Bad Bergzabern
E-Mail: barbara.guldin@parkklinik-bad-bergzabern.de

Dr. med. Matthias Israel
MEDIAN Klinik Bergeßhübel
Gersdorfer Str. 5
01819 Bergeßhübel
E-Mail: matthias.israel@median-kliniken.de

Dr. med. Sigrid R.-M. Krause
MediClin Deister Weser Kliniken
Lug ins Land 5
31848 Bad Münder
E-Mail: sigrid.krause@medicin.de

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden
Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation
Charité, Campus Benjamin Franklin, Hs II, E01
Hindenburgdamm 30
12200 Berlin
E-Mail: michael.linden@charite.de

Prof. Dr. med. Philipp Marius
Klinik Höhenried
82347 Barmried
E-Mail: philipp.marius@hoehennied.de

Jutta Melko
AHG Ambulantes Reha-Zentrum Ludwigshafen
für Psychosomatik und Abhängigkeitskrankungen
Yorkstr. 1
67061 Ludwigshafen
E-Mail: jmelko@ahg.de

Dr. med. Matthias Rudolph
Mittelrhein-Klinik / Abt. Psychosomatik
Salzkomstr. 14
56154 Boppard
E-Mail: matthias.rudolph@drv-rip.de

Stefan Schmädcke
AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim
Kurbrunnenstraße 12
67098 Bad Dürkheim
E-Mail: sschmaedcke@ahg.de

Prof. Dr. med. Gerhard Schmid-Ott
Berolina Klinik GmbH & Co. KG
Bäckerstr. 21
32584 Löhne bei Bad Oeynhausen
E-Mail: g.schmid-ott@ugljetje.de

Dr. med. Michael Schonnebeck
Psychosomatische Tagesklinik Köln
Hansaring 55
50670 Köln
E-Mail: michael.schonnebeck@psylk.de

Dr. med. Kornelia Stutz
Klinik am Waldschlosschen
Südhausweg 6
01099 Dresden
E-Mail: k.stutz@klinikwaldschloesschen.de

Bankverbindung:
IBAN: DE24 5945 0010 1010 8702 59
BIC: SALADE51HOM (Kreissparkasse Saarpfalz)

Vereinsregistereintrag:
Amtsgericht Düsseldorf • VR 7630

Zuständiges Finanzamt: Saarbrücken
Steuernr. 040/140/28396

Zu den Beschlusssentwürfen möchte die DGPPR in Übereinstimmung mit dem Ihnen bereits vorliegenden Votum der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) wie folgt Stellung nehmen:

Die Systemische Therapie war Gegenstand zweier wissenschaftlicher Gutachten. Nach intensiver Prüfung der wissenschaftlichen Evidenz hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die Systemische Therapie mit seinem Gutachten vom 14.12.2008 als wissenschaftliches Verfahren anerkannt.

Das IQWiG analysierte in seinem Bericht von Mai 2017 den aktuellen wissenschaftlichen Stand zum Therapieverfahren bei Erwachsenen auf der Grundlage der Auswertung von 33 randomisiert kontrollierten Studien. In seiner Analyse sieht das IQWiG einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zu den Komparatoren (Beratung und Informationsvermittlung, andere Psychotherapien, ohne Zusatzbehandlung) in den Störungsbereichen Angst- und Zwangsstörungen, depressive Störungen, Essstörungen, körperliche Erkrankungen, Substanzkonsumstörung und gemischte Störungen. Das IQWiG konstatiert aber, dass keine Aussagen zur Systemischen Psychotherapie mit der höchsten Aussagesicherheit, sondern nur in wenigen Fällen Hinweise mit einer mittleren Aussagesicherheit und überwiegend Anhaltspunkte mit der schwächsten Aussagesicherheit getroffen werden können.

Die beiden vorgelegten Beschlusssentwürfe bewerten die Studienlage unterschiedlich, wobei die DGPPR analog der Einschätzung der DGPM sich der Bewertung der Studienlage der Position A überwiegend anschließt. Ohne vertieft auf die Analyse in allen Störungsbereichen eingehen zu können, sei dieses exemplarisch anhand der unterschiedlichen Bewertungen des Nutzens bei depressiven Störungen und körperlichen Erkrankungen eingegangen.

- Hinsichtlich der **depressiven Störung** sah der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie auf der Grundlage von 3 positiv bewerteten Studien die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei affektiven Störungen in seinem Gutachten aus dem Jahr 2008 als nachgewiesen an. Das IQWiG erkannte anhand der Analyse von 6 verwertbaren Studien Anhaltspunkte für einen Nutzen der Systemischen Therapie. Die DKG, KBV und Patientenvertretung schließt sich dieser Bewertung an und sieht Anhaltspunkte für einen Nutzen der Systemischen Therapie für die Endpunkte depressive Symptomatik, Lebensqualität und beruflich relevante Faktoren im Vergleich mit den herangezogenen Komparatoren. Im Entwurf des GKV-Spitzenverbandes werden Zweifel an dieser Einschätzung des IQWiG geäußert, da der Vergleich der Anzahl signifikanter und nicht signifikanter Effekte nicht zielführend sei und keine Studie eine Überlegenheit der Systemischen Therapie gegenüber der psychodynamischen Psychotherapie nachweise. Die DGPPR schließt sich der sorgfältigen Prüfung des Wissenschaftlichen Beirats an. Die Evidenzlage hat sich seit dem Jahre 2008 durch weitere RCT-Studien, die das IQWiG in seiner Analyse

heranzieht, verbessert. Studien zur Überlegenheit der Systemischen Psychotherapie gegenüber der psychodynamischen Psychotherapie sehen wir nicht als notwendige Voraussetzungen für einen Nutznachweis an. Daher erkennen wir für diesen Störungsbereich den Nutznachweis in Übereinstimmung mit dem Beschlussentwurf A als gegeben.

- Auch stimmen wir der indikationsbezogenen Bewertung im **Störungsbereich Körperliche Erkrankungen** der Einschätzung des GKV-SV nicht zu. Das IQWiG analysiert 9 Studien zu diesem Störungsbereich bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen wie z.B. koronare Herzerkrankung, Myokardinfarkt, Bronchialkrebs, rheumatoide Arthritis etc.. Als Zielkriterien wurden u.a. die Reinfarktrate, der körperliche Gesundheitszustand, die krankheits- und gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Schmerzsymptomatik, Fatigue sowie die psychische Symptomatik herangezogen. Insgesamt werden hier von IQWiG sowohl die Störungsbereiche somatische Störungen, dissoziative Störungen, Anpassungsstörungen als Folge schwerer chronischer körperlicher Erkrankungen sowie die psychischen und sozialen Faktoren bei somatischen Erkrankungen in einem Kapitel zusammengefasst. Daher folgt diese Systematik nicht den Indikationen gemäß § 26 der Psychotherapie-Richtlinie. Betrachtet man aber ausschließlich die 3 Studien für den Anwendungsbereich Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54), so ergibt sich ein konsistentes Bild für einen Nutznachweis in diesem Anwendungsbereich. Anhand dieser Studien hatte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in seinem Gutachten die Wirksamkeit der Systemischen Therapie für den Anwendungsbereich Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54) als nachgewiesen anerkannt. Gerade in der Psychosomatischen Medizin kommt der psychotherapeutischen Versorgung in diesem Anwendungsbereich eine große Bedeutung zu ebenso wie die in diesem Kapitel des IQWiG aufgeführten Studien zur Verbesserung der Lebensqualität bei chronischen körperlichen Erkrankungen. Daher sollten sie in der Beurteilung des Nutzens der Systemischen Therapie mit aufgenommen werden. Eine Betrachtung ausschließlich der Studien, die der Therapie der psychischen Komorbidität bei somatischen Erkrankungen berücksichtigen – wie im Entwurf der GKV-SV vorgeschlagen – , wird der enormen psychosomatischen Versorgungsproblematik nicht gerecht.

Grundsätzlich unterscheiden sich die Positionen A und B hinsichtlich der Einschätzung der zugrunde liegenden Methodik bei der Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens. Insbesondere werden die Validität der Studien und das Verzerrungspotential in beiden Entwürfen unterschiedlich eingeschätzt.

Entsprechend dem IQWiG-Methodenpapier kann eine höchste Aussagesicherheit nur getroffen werden, wenn doppelt verblindete RCT-Studien vorliegen. Diese liegen zur Systemischen Therapie nicht vor. Daher beruht die Einschätzung des Nutzens der

Systemischen Psychotherapie auf der Basis von Studien mit niedriger oder mittlerer Aussagesicherheit. Eine doppelte Verblindung im Bereich der Psychotherapieforschung ist nicht möglich, da – im Gegensatz zur Prüfung von Arzneimitteln – der Therapeut in das Verfahren eingearbeitet sein muss und auf der Grundlage dieses Kenntnis interveniert. So würde eine doppelt verblindete Psychotherapiestudie eine große Verfremdung des therapeutischen Settings bedeuten und keine validen Ergebnisse hervorbringen können. Auch große Psychotherapieforschungsverbände arbeiten daher nicht mit Doppelblind-Studien. So können in der Einschätzung des Nutzens in diesem Bereich nur Aussagen mit niedriger und mittlerer Aussagesicherheit herangezogen werden. Auch die vom GKV-SV geforderten Erprobungsstudien ließen sich nicht als Doppelblind Studien realisieren, sodass sie zwar einige methodische Probleme der aktuellen Studien umgehen könnten aber weiterhin im Bereich einer mittleren Aussagesicherheit verblieben. Auch für die Richtlinienverfahren liegen im Übrigen keine Doppelblindstudien vor. Solche Studien von der Systemischen Therapie zu fordern käme einer Ungleichbehandlung gleich.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie und das IQWiG haben mit der Anwendung und Definition eines Schwellenkriteriums eine hohe Hürde für die Einschätzung des Nutzens eines Psychotherapieverfahrens geschaffen, die gewährleistet, dass die Relevanz eines Verfahrens für eine umfassende psychotherapeutische Versorgung in einem breiten Anwendungsbereich nachgewiesen sein muss. Ein darüber hinausgehender Nutznachweis in Form der vom GKV-SV geforderten Erprobungsstudien würde die Möglichkeit, neue Psychotherapieverfahren und somit innovative Entwicklungen in das Gesundheitssystem zu integrieren, in unseren Augen inadäquat erschweren. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass psychotherapeutische Interventionsstudien eine lange Studiendauer benötigen und nicht im Fokus der Drittmittelfinanzierung stehen. Mittel der Industrie stehen für diesen Forschungszweig nicht zur Verfügung.

Betrachtet man die hohe Prävalenz psychischer und psychosomatischer Störungen und die damit massive Einschränkung der Lebensqualität der Betroffenen, die hohen sozialen medizinischen Folgekosten sowie die erhöhten Mortalitätsraten dieser Patientengruppen, so ist bei der Gesamtbewertung der Studienlage im Sinne des Patientenwohls unseres Erachtens wissenschaftlich begründet davon auszugehen, dass die Systemische Therapie einen großen klinischen Nutzen und eine wertvolle Erweiterung des Behandlungsspektrums darstellt.

Da die Passung zwischen Patient und Therapeut/Therapieverfahren für den Erfolg einer Psychotherapie bedeutsam ist, wird das Therapiespektrum durch die Systemische Therapie erweitert und bietet vermehrt Alternativen für Patienten, die von einer Therapie in den anderen Psychotherapieverfahren nicht profitieren konnten. Bei einer Non-Response-Rate von 40 bis 50 % der zugelassenen Psychotherapieverfahren kann die Systemische Therapie somit eine wichtige Ergänzung im Versorgungssystem darstellen. Patienten, die von der Richtlinienverfahren nicht profitieren, können von der Systemischen Therapie profitieren.

Patientenpräferenzen kommt im Übrigen im Rahmen der individualisierten Medizin zunehmend mehr Bedeutung zu. Diversität ist auch aus diesem Grund als eine Stärke zu betrachten.

Daher schließt sich die DGPPR der Bewertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Patientenvertretung an und sieht den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren als hinreichend belegt für die Anwendungsbereiche Angststörungen und Zwangsstörungen, affektive Störungen, psychische und Verhaltensstörungen zu psychotropen Substanzen – Opiode, Essstörungen und schizophrene und affektive psychotische Störungen. Wir empfehlen somit dem Beschlussentwurf A zu folgen und die Beratungen zur sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext, zur Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 19 Psychotherapie-Richtlinie sowie über eine Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie einzuleiten.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Markus Bassler
(Vorsitzender DGPPR)

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.

Postfach 1453

59004 Hamm

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gemäß § 91 SGB V

Unterausschuss Methodenbewertung

Stellungnahmeverfahren zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung gemäß 2. Kapitel § 7 Abs. 1 lit a) Verfahrensordnung

A. Feststellung, dass der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren hinreichend belegt sind

B. Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL): Systemische Therapie bei Erwachsenen – Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Hinblick auf Erprobung

Hier: Stellungnahme der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die in der AWMF organisiert sind

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 10.08.2018 mit der Gelegenheit eine Stellungnahme zu dem im Betreff genannten Verfahren abzugeben.

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) begrüßt und würdigt die Arbeit des Unterausschusses „Methodenbewertung“ im Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die Vorarbeit der Autoren des hier einschlägigen Berichts Nr. 513 des IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). Wir nehmen im Folgenden im Rahmen der Bewertung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen ausschließlich zum Störungsbereich „Substanzkonsumstörungen“ Stellung.

Übereinstimmend mit inhaltlich entsprechenden Aussagen in den Stellungnahmen von KBV, DKG, PatV (2018) und GKV-SV (2018) stellt der Vorstand der DG-Sucht fest:

- a) Bei der Systemischen Therapie für Erwachsene (ST) handelt es sich um wissenschaftlich basierte psychotherapeutische Interventionsformen gemäß §19 Abs.1 Nr.1 der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL).

- b) Der IWiG-Bericht (2017) „Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren“ bietet eine gute Grundlage für eine Bewertung der ST.
- c) Zur ST liegen aktuell keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit oder zum Schaden in den Anwendungsbereichen der PT-RL vor, welche im IWiG-Bericht (2017) thematisiert wurden.
- d) Bewertungen von Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext sowie die Anwendung des Schwellenkriteriums gemäß § 19 PT-RL sollen zu späteren Zeitpunkten erfolgen.
- e) Keine der im IWiG-Bericht (2017) inkludierten Studien zur ST hat unerwünschte Ereignisse oder Verschlechterungen berichtet, da diese in den Studien nicht untersucht wurden.

Die Punkte a) bis e) gelten für den Störungsbereich „Substanzkonsumstörungen“ entsprechend.

Zur Nutzenbewertung durch die GKV-SV

- f) Gemäß der Definition „Nutznachweis“ (Dokumentation GKV-SV, 2018; S. 33 f., vgl. Anlage) sieht die GKV-SV statt Nutznachweisen nur „Anhaltspunkte“ für eine mögliche Anerkennung der ST gemäß PT-RL. Die GKV-SV nimmt hier Bezug auf den IQWiG-Bericht (2017; S. 87). Dieser resümiert dort zu methodischer Qualität und Berichterstattung in den inkludierten Studien, es konnten „überwiegend Aussagen mit der schwächsten Aussagesicherheit (Anhaltspunkt) getroffen [werden]. Dies heißt, an diesen Stellen fehlt den Nutzaussagen eine Absicherung bspw. durch eine hochwertige, prospektiv registrierte Studie (a.a.O.)“
- g) Der IQWiG-Bericht äußert sich ferner skeptisch dazu, inwiefern hochwertige Studien die bislang ermittelten Anhaltspunkte bestätigen würden (IQWiG, 2017; S. 87).

Für die GKV-SV liegen die Voraussetzungen für eine Anerkennung als Verfahren gemäß PT-RL somit insgesamt nicht vor (GKV-SV, 2018; S. 15), also für den Störungsbereich „Substanzkonsumstörungen“ ebenfalls nicht.

Zur Nutzenbewertung durch KBV, DKG und PatV

- h) Für KBV, DKG und PatV sind der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der ST hinreichend belegt für eine Reihe von Störungsbereichen, darunter auch psychische und Verhaltensstörungen durch

psychotrope Substanzen/ Opioide (Position KBV, DKG, PatV 2018; „Beschlussfassung“ o.S.).

Augenscheinlich haben KBV, DKG und PatV ein Verständnis des Begriffs „Anhaltspunkt“, wonach ein Anhaltspunkt hinreichend für das Vorliegen eines Nutzens sei. Dieses Verständnis muss zu einer unterschiedlichen Bewertung der gleichen Datenlage führen.

Stellungnahme des Vorstands der DG-Sucht

- a) Der Vorstand der DG-Sucht stimmt inhaltlich mit der GKV-SV im o.g. Punkt f) überein, da er bei Bewertung von Behandlung bei Erwachsenen im Interesse aller Beteiligten und Betroffenen strikte Kriterien angewendet sehen möchte.
- b) Der Vorstand der DG-Sucht stimmt nicht mit der Prognose aus dem IQWiG-Bericht (2017; o.g. Punkt g) überein. Auch wenn man bisherigen Studien hohes Bias-Potenzial (2017; S. 79) bescheinigen kann, lässt sich jedoch die Prognose unter Punkt g) darauf nicht gründen: weil nämlich künftige Studien methodisch besser angelegt sein können.
- c) Der Vorstand der DG-Sucht teilt nicht die augenscheinliche Auffassung von KBV, DKG und PatV, dass ein „Anhaltspunkt“ einen Nutzen belegt. Für einen Nutznachweis sind Anhaltspunkte zwar notwendige, aber nicht hinreichende Belege.

V.a. aus wissenschaftlicher Sicht begrüßt und unterstützt der Vorstand der DG-Sucht den Vorschlag der GKV-SV zur Erprobung der ST als einem PT-RL-Verfahren. Er bietet die Chance, vor dem Hintergrund der Ergebnisse des IWiG-Berichts (2017) über methodisch anspruchsvolle Studien belastbare Erkenntnisse zur Bewertung der ST als PT-RL-Verfahren zu gewinnen.

Denkbar ist z.B. ein multi-zentrischer RCT, welcher etwa über den Innovationsfonds zur Förderung ausgeschrieben werden könnte. Jedes beteiligte Zentrum¹ könnte dabei per se eine Studie durchführen mit Auswertungen durch das Studienteam vor Ort; hinzu käme jedoch eine meta-analytischen Befund-Integration durch ein „verblindetes“ Studien-externes Team. Komparatoren wären v.a. Verhaltenstherapie und psychoanalytisch begründete Verfahren. Ergänzender Arm („Studie in der Studie“) sollte eine Analyse von Routinedaten der Kassen zu diesem Thema sein.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Rainer Thomasius

Präsident der DG-Sucht

¹ Auf jeden Fall sollte eine absehbare Ergebnis-Patt vermeiden werden, indem eine ungerade Zahl von Studienzentren gewählt wird.

Anlage

Definition „Nutznachweis“

Dokumentation der GKV-SV (2018; S.33 f.) zum IWiG-Bericht (2017):

- (1) Basis sind Studien mit Evidenzlevel 1² zugunsten der untersuchten Intervention.
- (2) Aus den Studienergebnissen ergeben sich keine Hinweise auf einen Schaden.
- (3) Es werden ausschließlich statistisch signifikante Effekte mit ausreichender externer Validität gefunden zu Mortalität, Morbidität und Lebensqualität.
- (4) Sofern auch nicht statistisch signifikante Effekte gefunden werden, überwiegen statistisch signifikante Effekte mit ausreichender externer Validität zu Mortalität, Morbidität und Lebensqualität.
- (5) Kein Nutznachweis liegt vor, wenn die nicht signifikanten Unterschiede überwiegen.

² In den IWiG-Bericht (2017) wurden nur Studien auf dem Evidenzlevel 1b inkludiert.

Literatur

- Dokumentation GKV-SV (2018): „Zusammenfassende Dokumentation. Bewertungsverfahren gemäß § 135 Absatz 1 SGB V (Vertragsärztliche Versorgung). Systemische Therapie bei Erwachsenen“ mit Stand vom 9.8.2018. [Unveröff. Entwurf]. Berlin 2018.
- IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2017), Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren. IQWiG-Berichte – Nr. 513. Köln: IQWiG, ISSN: 1864-2500. <https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/publikationen/iqwig-berichte.1071.html> [Zugriff August 2018]
- Position GKV-SV (2018): „Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen; Aussetzung des Bewertungsverfahrens“ und „Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen; Aussetzung des Bewertungsverfahrens“ beide mit Stand vom 9.8.2018. [Unveröff. Entwurf]. Berlin 2018.
- Position KBV, DKG, PatV (2018): „Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anerkennung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren“ und „Tragende Gründe zum Beschlussentwurf zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anerkennung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren“, beide mit Stand vom 9.8.2018. [Unveröff. Entwurf]. Berlin 2018.

gemäß 1. Kapitel, § 12 Abs. 3 Verfahrensordnung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

**hier: Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens
Systemische Therapie bei Erwachsenen**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 27. September 2018
von 11.35 Uhr bis 12.00 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer für die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**

Herr Timo Harfst

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)**

Herr Felix Hoffmann

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)**

Herr Dr. Gerhard Hildenbrand

Teilnehmer für das **Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)**

Prof. Martin Teufel

Angemeldete Teilnehmerin für die **Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP)**

Frau Dr. Helene Timmermann

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)**

Herr Dr. Björn Enno Hermans

Herr Dr. Markus Haun

Angemeldete Teilnehmer für die **Systemische Gesellschaft - Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung (SG)**

Frau Dr. Ulrike Borst

Herr Sebastian Baumann

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie (D3G)**

Herr Prof. Dr. med. Ulrich Schultz-Venrath

Beginn der Anhörung: 11:35 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Im Namen des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere des Unterausschusses Methodenbewertung, begrüße ich Sie ganz herzlich zur mündlichen Anhörung zur Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen. Herzlich willkommen hier im Unterausschuss!

Kurze Vorbemerkung: Wir werden von dieser Anhörung ein Wortprotokoll erstellen. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, würde ich Sie jetzt um ein Handzeichen bitten. - Da das nicht der Fall ist, gehe ich davon aus, dass Sie damit einverstanden sind. - Damit die Erstellung des Wortprotokolls erleichtert wird, möchte ich Sie bitten, vor jedem Wortbeitrag Ihren Namen und die Organisation, für die Sie sprechen, zu nennen und das Mikrofon zu benutzen.

Wir haben für diese Anhörung bis zu eine Stunde vorgesehen. Wir haben Ihre Stellungnahmen gelesen, kann ich Ihnen versichern, und sie umfassend gewürdigt. Wir würden Sie dringend bitten, sich jetzt vor allen Dingen auf neue Aspekte respektive wesentliche Punkt zu fokussieren und nicht den Inhalt der schriftlichen Stellungen hier noch einmal darzustellen. Wer möchte beginnen? - Herr Baumann.

Sebastian Baumann (Systemische Gesellschaft - Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung [SG]): Wir freuen uns sehr, dass jetzt das Bewertungsverfahren in die Stellungnahmephase gekommen ist. Der Abschlussbericht liegt ja schon eine Zeitlang vor.

Ich möchte zwei Punkte herausgreifen. Wir haben den Eindruck, dass es in diesem Bewertungsverfahren um zwei zentrale Punkte geht. Der eine Punkt ist: Folgt man der Einschätzung der KBV, der DKG und der Patientinnen und Patienten, die sich mit den gefundenen Anhaltspunkten und Hinweisen auf die Einschätzung und das methodische Vorgehen des IQWiG stützen, oder folgt man Beschlussentwurf B, in dem eine methodische Neubewertung der Studien vorgenommen wurde? Ein Nutzen würde dann als nachgewiesen angesehen, wenn alle signifikanten versus nichtsignifikanten Unterschiede ungewichtet ausgezählt würden und ein einfacher Strich darunter gemacht und dann unseres Erachtens willkürlich festgelegt würde, dass hier mindestens die Hälfte aller Outcome-Maße über sämtliche Zeitpunkte hinweg signifikant sein müssten.

Wir haben einige Koryphäen - natürlich ohne Nennung der Beschlussentwürfe - dazu befragt, was sie von einer solchen methodischen Vorgehensweise halten - also die Biometriker des IQWiG, die Expertin vom Cochrane-Netzwerk -, und alle bestätigen unisono, dass das einfache Auszählen über verschiedene Endpunkte und Erhebungszeitpunkte hinweg - diese Differenzen von signifikanten versus nichtsignifikanten Teilergebnissen - nicht dem methodischen Standard entspricht, auf dem Entscheidungen basieren sollten. Das bezieht sich auch auf das Signifikanzanzählen auf Studienebene, nicht nur auf Metaanalyseebene.

Zu dieser Auffassung sind auch wir gelangt und haben uns deswegen dem methodischen Vorgehen und den Ergebnissen des IQWiG und damit dem Beschlussentwurf von KBV, DKG und den Patientinnen und Patienten angeschlossen.

Die zweite zentrale Frage ist die nach der Ergebnissicherheit, die man bei Psychotherapiestudien erwarten kann. Laut Beschlussentwurf B würden nur Belege als ausreichende Ergebnissicherheit zugelassen sein. Abgesehen davon, dass man wahrscheinlich einen großen Teil der Leistungen der GKV streichen müsste, wenn man diesen Maßstab anlegte, ist durch die Verblindungsproblematik, die bei

allen Psychotherapiestudien aller Verfahren eine Rolle spielt, von Belegen regelhaft nicht auszugehen. Sie sind in der Studienpraxis nur äußerst schwer zu erreichen. Die GRADE-Arbeitsgruppe geht sogar davon aus, dass die höchste Aussagesicherheit in Psychotherapiestudien überhaupt nicht zu erreichen ist.

Vor dem Hintergrund der Gleichbehandlung, die mit dem Beginn des Beratungsthemas 2013 versprochen wurde - im Vergleich zu den anderen Richtlinienverfahren, die ohne diese Methodenprüfung in die Erstattungsfähigkeit gekommen sind -, ist es unseres Erachtens nicht schlüssig, nur Aussagen der höchsten Aussagesicherheit zu fordern. Deswegen überzeugt uns auch hier die Position von KBV, DKG und der Patientinnen und Patienten, auch Ergebnisse mit weniger großer Aussagesicherheit zu berücksichtigen, wie es absolut typisch für alle Psychotherapiestudien ist.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank, insbesondere auch für die Präzisierung auf einzelne Punkte. - Wer möchte fortfahren? - Herr Hermans.

Dr. Björn Enno Hermans (Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie [DGSF]): Ich will nur ganz wenige Punkte zu dem ergänzen, was Sebastian Baumann gerade ausgeführt hat, aber noch einmal sagen, dass wir uns hier ziemlich genau zehn Jahre nach der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie zusammenfinden und auch geraume Zeit, nachdem die Ergebnisse der doch sehr umfassenden IQWiG-Studie vorliegen, und es doch hier und da verwundern mag, weil die ja auch gewissen Verfahrensordnungen bzw. -logiken folgen, sich dann noch einmal der Forderung ausgesetzt zu sehen, da zu einer methodischen Neubewertung zu kommen. Da können wir sicherlich noch einmal zu den einzelnen Gründen einsteigen.

Ich würde gern noch etwas zu der im anderen Beschlussvorschlag vorgeschlagenen Erprobungsregelung sagen: Wir haben uns im Vorfeld auch angesehen, für welche Fälle im G-BA üblicherweise Erprobungsregelungen vorgeschlagen und auch beschlossen werden. Dabei wird doch deutlich, dass es sich meistens um Verfahren, Methoden etc. handelt, die von ihrer Evidenzlage - aus unserer Sicht zumindest - doch weit von dem entfernt sind, was wir jetzt hier im Bereich der Systemischen Therapie an Datenlage auf dem Tisch haben.

Zum anderen - das will ich nur andeuten; darauf gehen wir später sicherlich noch stärker ein -: Wenn man dann einmal durchdenken würde, wie eine solche Erprobungsregelung methodisch und statistisch und überhaupt von der Erhebung her umgesetzt werden könnte, dann fällt doch relativ schnell auf, dass das vom Design einer solchen Studie her eigentlich an die Grenzen der Möglichkeit bzw. über die hinweg zur Unmöglichkeit gelangt. Das hat verschiedene, primär methodische Aspekte, wenn ich der Argumentation dort folgen würde, aber auch solche Aspekte, wie dann eine tatsächliche faktische Umsetzung überhaupt möglich wäre aufgrund der Möglichkeiten, entsprechende Studienteilnehmer zu rekrutieren etc. Insofern halte ich diese Kritikpunkte zumindest für sehr bedenkenswert. Wir würden der anderen Vorlage da entsprechend folgen. Ich denke, dass wir auf die einzelnen Punkte nachher gegebenenfalls noch näher eingehen können.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Herr Harfst, bitte.

Timo Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK]): Wir haben in unserer schriftlichen Stellungnahme dargelegt, dass wir den Nutzen in den sechs Anwendungsbereichen der Psychotherapie als hinreichend belegt ansehen; das müssen wir jetzt nicht noch im Detail ausführen.

Relevant für uns ist an der Stelle, noch einmal zu betonen, dass die methodisch adäquaten Studien an keiner Stelle eine Unterlegenheit der Systemischen Therapie gegenüber den bereits anerkannten Anwendungen, den bereits anerkannten Psychotherapieverfahren zeigen. Das ist, glaube ich, ein wichtiger Punkt - und auch, dass der Nutzen im Vergleich zu aktiven Kontrollgruppen belegt werden kann.

In Ergänzung zu dem Beschlussentwurf von KBV, DKG und Patientenvertretungen hatten wir noch einmal deutlich gemacht - und das wäre mein Anliegen, dass noch einmal zu betonen -, dass die Zuordnung der Nutzenbelege für den Bereich der somatischen Erkrankungen aus unserer Perspektive eben dem entsprechenden Anwendungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie zugeordnet werden kann, und haben ja noch einmal zitiert, dass in der Begründung seinerzeit, als die Anwendungsbereiche noch einmal neu definiert wurden, auch klar in der Begründung eine Zuordnung vorgenommen wurde von ICD-10-Diagnosen zu den jeweiligen Anwendungsbereichen, dass hier eben die Belege zu körperlichen Erkrankungen für uns in die Gruppe F54 fallen und die dann entsprechend in den Anwendungsbereich seelische Behinderungen als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe - so wie das dort definiert ist. Es ist damals eine längere Diskussion gewesen - auch in der Gemeinsamen Arbeitsgruppe von Wissenschaftlichem Beirat und G-BA -, wie die Anwendungsbereiche der Psychotherapie dort definiert werden. Wir haben beim Wissenschaftlichen Beirat dann einen einheitlichen Katalog von 18 Anwendungsbereichen definiert. Seinerzeit sind die Anwendungsbereiche im Absatz 2 nicht noch einmal näher angefasst worden, aber es gab ein Verständnis dafür, wie die im Grunde ineinander überführbar waren. Und es war eine wesentliche Grundlage, dass man sagte: Wir brauchen vom Prüfprozedere her und nachher auch für das Schwellenkriterium ein gemeinsames Verständnis davon, wie eigentlich ein hinreichender Nutzenbeleg für ein Verfahren aussehen muss, damit es zugelassen werden kann. Es wäre aus unserer Perspektive noch einmal wichtig, darauf hinzuweisen, dass diese Nutzenbelege, die sich hier finden, diesem Anwendungsbereich zuzuordnen wären. Insofern haben aus unserer Perspektive sechs Anwendungsbereiche einen hinreichenden Nutzenbeleg.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank, Herr Harfst. - Weitere Wortmeldungen? - Herr Hildenbrand, Frau Timmermann, Herr Teufel und dann Frau Borst.

Dr. Gerhard Hildenbrand Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. [DGPM]: Ich möchte das Votum meines Vorredners noch einmal hinsichtlich des Nutzenbelegs für die Erkrankungen der F54-Gruppe aufgreifen. Auch das sehen wir durch das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats als belegt an und finden das einen sehr wichtigen Anwendungsbereich innerhalb der Psychosomatischen Medizin.

Neben der Methodenbewertung möchte ich an der Stelle auch schon etwas zur klinischen Anwendung und damit zur medizinischen Notwendigkeit sagen: Die Systemische Therapie nimmt im Bereich der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich, dort, wo die sozialrechtliche Anerkennung eben nicht die Rolle spielt, bereits einen sehr umfangreichen Raum ein, insbesondere wenn es um die Behandlung von Patienten mit chronisch körperlichen Erkrankungen geht, wenn es um die Essstörungen geht, wenn es um Arbeitskontext, sensitive Erkrankungen geht, die sich dann auch als affektive Störungen darstellen. Insofern ist die Systemische Therapie in Ergänzung zu den analytischen Verfahren und der Verhaltenstherapie ein wichtiger, für die klinische Versorgung bedeutungsvoller Teil, der schon etabliert ist und wo aus unserer Sicht nach zehn Jahren Anerkennungsverfahren jetzt die Umsetzung im sozialrechtlichen Bereich ansteht.

Bezüglich der indikationsbezogenen Nutzenbewertung und medizinischen Notwendigkeit hat sich die DGPM ja auch dem Beschlussentwurf A angeschlossen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank, wobei ich hier noch einmal darauf aufmerksam mache, dass wir im Moment keinen Richtlinienbeschluss fassen - was Ihnen allen klar ist -, sondern es

alleinig um die Nutzenbewertung geht. Das ist die Hoheit des Unterausschusses Methodenbewertung. Alle weiteren Schritte haben im Unterausschuss Psychotherapie zu erfolgen.

Noch einmal meine Bitte: Konzentrieren Sie sich bitte auch auf noch nicht geäußerte Aspekte! - Frau Timmermann.

Frau Dr. Helene Timmermann (Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. [VAKJP]): Ich vertrete die Vereinigung der Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, das sind Kindertherapeuten mit der Fachkunde Tiefenpsychologie und Psychoanalyse. Wir haben uns eindeutig für die Position von KBV, DKG und Patientenvertretern ausgesprochen. Ergänzend zu der schriftlichen Stellungnahme möchte ich zwei Punkte aus der Praxis erwähnen:

Sie werden sich vielleicht fragen, warum sich ein Verband von Kindertherapeuten jetzt für die Anerkennung der Systemischen Therapie für Erwachsene ausspricht. Wenn man mit Kindern und Jugendlichen arbeitet, muss man zwangsläufig immer das System im Blick haben, weil Kinder in der Regel in Familien aufwachsen und ohne Erwachsene gar nicht aufwachsen können. Das heißt, für uns ist es selbstverständlich, dass wir das System im Blick haben. Umgekehrt - im Bereich der Erwachsenentherapie - ist es leider nicht so selbstverständlich. Ich erlebe öfter, dass Eltern von meinen Patienten in Behandlung sind und dass dann sehr auf die individuelle Geschichte bzw. das Erleben zentriert wird und die Kinder weniger im Blick sind. Von daher denke ich: Wenn jemand systemisch arbeitet, wird es so sein, dass die Patienten auch darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie vielleicht Eltern sind.

Der zweite Punkt: Ich habe mich mit Kolleginnen und Kollegen darüber unterhalten, die dann sagten: Ja, dann wird ja das GKV-System von neuen Kollegen überflutet, und alle Sitze, die abgegeben werden, gehen dann an die Systemiker! - Ich denke, das kann man gut entkräften, wenn man weiß, dass die Systemische Therapie an den Instituten ja erst einmal umgesetzt werden muss, und dann wird es langsam vorangehen, dass der Einsatz Systemischer Therapeuten da probiert wird und sie dann ins GKV-System kommen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank, insbesondere noch einmal für den Hinweis auf die Umsetzung. - Jetzt folgt Herr Prof. Teufel und dann Frau Dr. Borst.

Prof. Martin Teufel (Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin [DKPM]): Ich beschäftige mich wissenschaftlich vorwiegend mit Ess- und Gewichtsstörungen und in der Psychoonkologie. Das sind Bereiche, in denen es aus meiner Sicht ganz klar Evidenz gibt, dass die Systemische Therapie wirkt.

Da es hier ja jetzt um Nutzenbewertungen geht und ich nichts wiederholen will, was schon andere gesagt haben oder was geschrieben wurde: Ich leite die Klinik an der Universität Duisburg-Essen. Wir könnten zum Beispiel Patientinnen mit Anorexie gar nicht behandeln, ohne dass wir systemische Elemente in die stationäre oder teilstationäre Psychotherapie/Psychosomatische Psychotherapie integrieren. Wir haben im stationären Bereich den Nutzen längst festgestellt und umgesetzt - wo wir jetzt gerade wieder vor Problemen stehen, dass die Behandlungskontinuität derzeit gar nicht gegeben ist. Wenn wir hier systemische Elemente mit Familien und nicht nur den Kontext mit der betroffenen Patientin haben und es nach der Entlassung nicht wirklich weitergeht, fühlen wir uns nicht gut damit, und die Patientinnen - meist sind es Patientinnen mit Anorexie - haben dann ein Problem. Das als kleines Beispiel, um einen Blick aus der wissenschaftlich-klinischen Praxis zu verstehen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank. - Frau Dr. Borst, bitte.

Frau Dr. Ulrike Borst (Systemische Gesellschaft - Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung [SG]): Ich bin die Erste Vorsitzende der Systemischen

Gesellschaft. Vielen Dank, Frau Lelgemann, dass ich trotzdem etwas aus der Sicht der Grundversorgung sagen darf. Ich schließe mich da den Vorrednern auch noch einmal von der Warte der Psychiatrie, der psychiatrischen Grundversorgung aus an, wo ich in der Schweiz meine hauptsächliche Erfahrung gesammelt habe - erst im stationären, dann im ambulanten Bereich. Ich habe aber auch in Deutschland Erfahrungen als Supervisorin gesammelt. Und da fällt mir auf, dass sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland Psychiatrische Kliniken, in die ich und Sie wahrscheinlich auch unsere Angehörigen gerne einweisen lassen würden, wenn es denn nötig wäre, sehr stark mit Familieneinbezug und mit systemischen Haltungen und Methodik arbeiten und dass es dann äußerst zermürend sein kann, wenn man in der Anschlussbehandlung - das haben die Vorredner auch gesagt - auch im Psychiatrischen Bereich nach Systemischen Therapeuten auf die Suche gehen muss. In der Schweiz ist das kein Problem, aber in Deutschland noch nicht möglich. Ich finde, dass Deutschland da weltweit auch ziemlich einzigartig dasteht mit einem sehr gerechten System. Alle haben Zugang zur Psychotherapie - aber eben sehr eingeschränkt in den Leistungen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank. - Als Nächste habe ich Herrn Haun und dann Herrn Schultz-Venrath auf meiner Rednerliste.

Dr. Markus Haun (Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie [DGST]): Ich möchte noch zwei methodische Anmerkungen zu der schon von Herrn Baumann thematisierten Definition des Nutznachweises für die Beschlussvorlage B machen. Zum einen möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass es schon seit mehreren Jahren immer wieder Warnungen gibt, dass Behandlungsempfehlungen allein auf binäre Entscheidungen nichtsignifikant/signifikant basiert werden, zuletzt prominent 2016 von der American Statistical Association, auch in „Nature“ und „Science“ aufgegriffen. Das ist deswegen problematisch, weil p-Werte letzten Endes auf den Studienvariablen basieren und die Studienvariablen zufallsverteilt sind. Das heißt, p-Werte sind auch zufallsverteilt. Das bedeutet letzten Endes: Auch wenn Sie einen nichtsignifikanten p-Wert haben, kann sich dahinter ein realer Effekt verbergen, sodass - und das ist eben auch so, wie Cochrane und andere evidenzgenerierende oder -synthetisierende Institutionen arbeiten - letzten Endes metaanalytisch auf Effekte und Konfidenzintervalle geguckt wird und eben nicht auf p-Werte. Es gibt Arbeiten, die zeigen, dass, wenn Sie in einer Studie replizieren - selbst, wenn Sie die besten Replikationsbedingungen haben -, die Wahrscheinlichkeit für einen exakten gleichen p-Wert - sprich auch Signifikanz - bei 16 Prozent liegt.

Das Zweite, was ich aufgreifen wollte, ist die Verblindung. Es ist naturgemäß schwierig, doppelblind - Therapeuten und Patienten - bei Psychotherapiestudien zu verblinden. Demzufolge gewinnt natürlich die Verblindung der Endpunkte hierbei eine viel größere Rolle. Das ist aus zwei Gründen problematisch: weil es logistisch meist sehr schwierig ist - ich mache selbst Studien -, dass Sie eine Person haben, die komplett von der Zuteilung der Patienten ausgeschlossen ist, also keine Kenntnis hat und dann diese Endpunkte erheben kann. Es ist vor allem aber bei Psychotherapiestudien deswegen schwierig, weil sie in der Regel damit zu tun haben, dass Patienten Selbstauskünfte geben. Das heißt, sie kreuzen selbst einen Fragebogen an und wissen in der Regel, welches Verfahren sie hatten, weil sie eben nicht verblindet worden sind.

Wir hatten es auch in der Stellungnahme angeführt, dass es auch bei großen Positionspapieren einfach keine Einigkeit darüber gibt, inwieweit man das letzten Endes als ausschlaggebenden Aspekt berücksichtigen sollte.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank für die kleine methodische Nachhilfe. - Herr Schultz-Venrath.

Prof. Dr. med. Ulrich Schultz-Venrath Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie [D3G]: Ich bin der Sprecher des Beirats für Wissenschaft und Forschung der Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie. Wir schließen uns den Vorrednern, insbesondere der systemischen Richtung, voll an, weil wir aus zwei Gründen der festen Überzeugung sind, dass es sich nicht nur klinisch als nützlich erwiesen hat. Ich leite unter anderem eine Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im EVK Bergisch Gladbach. Diese Klinik ist gruppenanalytisch und mentalisierungsbasiert und systemtherapeutisch orientiert, und wir haben genau das Problem, was Herr Teufel nennt, dass wir, wenn wir erfolgreiche Arbeit geleistet haben, dann im ambulanten Bereich zu wenig Gruppentherapeuten und noch weniger Systemtherapeuten haben, an die wir sozusagen weitervermitteln können - immer angesichts des Drucks der Kassen, die Liegezeit zu verkürzen; das ist ja auch ein wichtiger Punkt.

Der zweite Punkt ist - ich finde es unheimlich schön, Herr Baumann, was Sie methodisch vorgebracht haben und was Sie gerade sagten, Herr Haun -: Wir finden die Stellungnahme der GKV ein bisschen abenteuerlich in Bezug auf die IQWiG-Stellungnahme. Ich finde das Methodenverständnis, was da vertreten oder vertreten wird, leider old-fashioned. Das ist nicht mehr up to date. Da gibt es eine ganz harte kritische Diskussion zu dieser „evidence based medicine“-Vorstellung, die da im GKV-Papier vertreten wird, und ich finde es sehr schön, wie Sie das schon auseinandergenommen oder zumindest dargelegt haben. Mehr haben wir nicht zu sagen, vielen Dank.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Ganz herzlichen Dank. - Gibt es weitere Wortmeldungen? - Wenn das nicht der Fall ist, eröffne ich die Runde für die Träger und die Patientenvertretung. Gibt es Fragen, Anmerkungen, Diskussionsbedarf? - Keine Rückfragen? - Alles geklärt? - Alles ausreichend diskutiert? - Da Sie keine weiteren Anmerkungen haben, bleibt mir nur, mich bei Ihnen, den Anzuhörenden, ganz herzlich zu bedanken.

(Schluss der Anhörung: 12:00 Uhr)