

## Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren

## Dokumentation und Würdigung der Anhörung zum Vorbericht

Auftrag: N14-02 Version: 1.0

Stand: 24.05.2017

### **Impressum**

#### Herausgeber:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

#### Thema:

Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren

#### **Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

#### Datum des Auftrags:

25.08.2014

#### **Interne Auftragsnummer:**

N14-02

#### Anschrift des Herausgebers:

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

Tel.: +49 221 5685-0 Fax: +49 221 35685-1

E-Mail: <u>berichte@iqwig.de</u> Internet: <u>www.iqwig.de</u>

### Inhaltsverzeichnis

			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Seite
A	bkür	zung	gsverzeichnis	iii
1	Do	kun	entation der Anhörung	1
2	Wi	ürdi	gung der Anhörung	2
3	Of	fenle	egung potenzieller Interessenkonflikte	3
	3.1		tenzielle Interessenkonflikte von Stellungnehmenden aus Organisationen, titutionen und Firmen	
	3.2	Pot	tenzielle Interessenkonflikte von stellungnehmenden Privatpersonen	3
	3.3		tenzielle Interessenkonflikte von weiteren Teilnehmern der senschaftlichen Erörterung (externe Sachverständige)	3
4			nentation der wissenschaftlichen Erörterung – Teilnehmerliste, rdnung und Protokoll	5
	4.1	Tei	lnehmerliste der wissenschaftlichen Erörterung	5
	4.2	Tag	gesordnung der wissenschaftlichen Erörterung	5
	4.3	Pro	otokoll der wissenschaftlichen Erörterung	6
	4.3	3.1	Begrüßung und Einleitung	6
	4.3	3.2	Tagesordnungspunkt 1: Kritik bezüglich CONSORT Statement	8
	4.3	3.3	Tagesordnungspunkt 2: Vorschlag der Berücksichtigung der Studie Castelnuovo 2011 in der Meta-Analyse zum Störungsbereich Essstörungen (Endpunkt Teilremission)	14
	4.3	3.4	Tagesordnungspunkt 3: Vorschlag des Einschlusses der Studien Ataoglu 2003 und Leff 2000	16
	4.3	3.5	Tagesordnungspunkt 4: Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf den deutschen Versorgungskontext (inwieweit werden im Bericht bewertete Interventionen im deutschen Versorgungskontext angeboten bzw. nicht angewendet?)	21
	4.3	3.6	Tagesordnungspunkt 5: Verschiedenes	32
A	nhan	σΑ	– Dokumentation der Stellungnahmen	42

#### Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials (gemeinsame Standards für die Beschreibung von Studien)
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V.
DSM-IV	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage
DSM-5	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 5. Auflage
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Ausgabe
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
PRO	Patient-reported Outcome (patientenberichteter Endpunkt)
SG	Systemische Gesellschaft – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e. V.
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
WBP	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

#### 1 Dokumentation der Anhörung

Am 23.08.2016 wurde der Vorbericht in der Version Nr. 1.0 vom 16.08.2016 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 20.09.2016 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurden 3 Stellungnahmen form- und fristgerecht abgegeben. Diese Stellungnahmen sind im Anhang abgebildet.

Unklare Aspekte in den schriftlichen Stellungnahmen wurden in einer wissenschaftlichen Erörterung am 08.11.2016 im IQWiG diskutiert. Das Wortprotokoll der Erörterung befindet sich in Kapitel 4.

Eine Würdigung der in der Anhörung vorgebrachten Aspekte befindet sich im Kapitel "Kommentar" des Abschlussberichts. Im Abschlussbericht sind darüber hinaus Änderungen, die sich durch die Anhörung ergeben haben, zusammenfassend dargestellt. Der Abschlussbericht ist auf der Website des IQWiG unter <a href="https://www.iqwig.de">www.iqwig.de</a> veröffentlicht.

Systemische Therapie bei Erwachsenen

24.05.2017

#### 2 Würdigung der Anhörung

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des Vorberichts überprüft. Die wesentlichen Argumente wurden im Kapitel "Kommentar" des Abschlussberichts gewürdigt. Neben projektspezifischen wissenschaftlichen Aspekten wurden auch übergeordnete Punkte, zum Beispiel zu rechtlichen Vorgaben für das Institut, zu berufsrechtlichen Aspekten oder zu Aufgabenbereichen einzelner Fachverbände angesprochen. Auf solche Punkte wird im Rahmen dieser projektspezifischen Würdigung der Anhörung nicht weiter eingegangen.

#### 3 Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte

Im Folgenden sind die potenziellen Interessenkonflikte der Stellungnehmenden sowie weiterer Teilnehmer an der wissenschaftlichen Erörterung zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen anhand des "Formblatts zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte". Das Formblatt ist unter <a href="www.iqwig.de">www.iqwig.de</a> abrufbar. Die in diesem Formblatt aufgeführten Fragen finden sich im Anschluss an diese Zusammenfassung.

## 3.1 Potenzielle Interessenkonflikte von Stellungnehmenden aus Organisationen, Institutionen und Firmen

Organisation/ Institution	Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Bundespsycho-	Harfst, Timo	nein	nein	nein	nein	nein	nein
therapeutenkammer (BPtK)	Munz, Dietrich	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft	Beher, Stefan	nein	ja	ja	nein	nein	nein
für Systemische Therapie, Beratung und	Borst, Ulrike	ja	ja	nein	nein	nein	nein
Familientherapie	Haun, Markus	ja	nein	nein	ja	nein	nein
(DGSF) e. V. und Systemische	Hermanns, Björn Enno	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Gesellschaft (SG) – Deutscher Verband für	Ochs, Matthias	ja	ja	ja	nein	nein	nein
systemische Forschung,	Retzlaff, Rüdiger	nein	ja	ja	ja	nein	nein
Therapie, Supervision und Beratung e. V.	Sydow, Kirsten von	nein	ja	ja	nein	ja	nein

#### 3.2 Potenzielle Interessenkonflikte von stellungnehmenden Privatpersonen

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Ludewig, Katrin	nein	nein	nein	nein	nein	nein

## 3.3 Potenzielle Interessenkonflikte von weiteren Teilnehmern der wissenschaftlichen Erörterung (externe Sachverständige)

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Geiger, Friedemann	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Kasper, Jürgen	ja	ja	ja	nein	nein	nein

Im "Formblatt zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte" wurden folgende 6 Fragen gestellt (Version 11/2013):

*Frage 1:* Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

*Frage 2:* Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

*Frage 3:* Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischem Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Haben Sie und / oder hat die Einrichtung<sup>1</sup>, für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischem Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Haben Sie und / oder hat die Einrichtung<sup>1</sup>, für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

*Frage 6:* Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines "Branchenfonds", der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

<sup>1</sup> Sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.

\_

## 4 Dokumentation der wissenschaftlichen Erörterung – Teilnehmerliste, Tagesordnung und Protokoll

#### 4.1 Teilnehmerliste der wissenschaftlichen Erörterung

Name	Organisation / Institution / Firma / privat				
Borst, Ulrike	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. & Systemische Gesellschaft e. V. – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e. V.				
Geiger, Friedemann	Fakultät Humanwissenschaften, Medical School Hamburg sowie Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel				
Grouven, Ulrich	IQWiG				
Grümer, Sebastian	IQWiG				
Harfst, Timo	Bundespsychotherapeutenkammer				
Kasper, Jürgen	Institut für Kommunikation in der Medizin – Training und Forschung, Universität Tromsø				
Kreis, Julia	IQWiG				
Lange, Stefan	IQWiG (Moderation)				
Lampert, Ulrike	IQWiG				
Ludewig, Katrin	Privat				
Pluto Prondzinski, Markus von	IQWiG				
Retzlaff, Rüdiger	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. & Systemische Gesellschaft e. V. – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e. V.				
Rörtgen, Thilo	Sitzungsdokumentarischer Dienst des Landtags NRW				
Sydow, Kirsten von	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. & Systemische Gesellschaft e. V. – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e. V.				

#### 4.2 Tagesordnung der wissenschaftlichen Erörterung

	Begrüßung und Einleitung
TOP 1	Kritik bezüglich CONSORT Statement
TOP 2	Vorschlag der Berücksichtigung der Studie Castelnuovo 2011 in der Meta-Analyse zum Störungsbereich Essstörungen (Endpunkt Teilremission)
TOP 3	Vorschlag des Einschlusses der Studien Ataoglu 2003 und Leff 2000
TOP 4	Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf den deutschen Versorgungskontext
TOP 5	Verschiedenes

#### 4.3 Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung

Datum: 08.11.2016, 13:30 bis 15:30 Uhr

Ort: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG),

Im Mediapark 8, 50670 Köln

Moderation: Stefan Lange

#### 4.3.1 Begrüßung und Einleitung

**Moderator Stefan Lange:** Mein Name ist Stefan Lange. Ich bin stellvertretender Institutsleiter und habe heute die ehrenvolle Aufgabe, diese Erörterung zu moderieren.

Zu Beginn einer jeden solchen Erörterung gibt es ein paar Formalia. Der wichtigste Punkt vorneweg: Diese Erörterung und die Beiträge, die hier geleistet werden, werden aufgezeichnet, einerseits durch einen Protokollanten, andererseits elektronisch, und dann im Wesentlichen wortwörtlich im Internet veröffentlicht. Sollten Sie - das ist Ihnen mit der Einladung ja schon mitgeteilt worden; Sie wissen also, was auf Sie zukommt - Ihre Ansicht diesbezüglich geändert haben und sagen: "Unter den Bedingungen möchte ich das nicht", dann müssten Sie jetzt den Raum verlassen und könnten nicht teilnehmen. Ich sehe Ihnen aber an, dass Sie Ihre Ansicht offensichtlich nicht geändert haben, sodass wir das so machen können.

Zweiter formaler Punkt, um den wir bitten, ist, dass Sie - dass macht es dem Protokollanten leichter - bei jedem Redebeitrag Ihren Nachnamen nennen. Sie brauchen nicht die Institution zu sagen; das ist dann klar. Das ist zur Erleichterung der Aufzeichnung. Vielleicht fühle ich mich manchmal genötigt, dazwischenzurufen, falls Sie das vergessen sollten. Das passiert schon mal. Dann dürfen Sie sich nicht wundern.

Der dritte formale Punkt ist, dass wir eine Tagesordnung vorbereitet haben, die Ihnen auch zugegangen ist. Die beinhaltet Punkte aus Ihren Stellungnahmen, wo wir die eine oder andere Rückfrage haben. Der wesentliche Sinn dieser Veranstaltung ist, dass wir Fragen, die sich uns aus Ihren Stellungnahmen ergeben haben, mit Ihnen besprechen können, um eine gewisse Klarheit zu erlangen. Das heißt nicht, dass andere Punkte, die Sie in Ihren Stellungnahmen adressiert haben, von uns unberücksichtigt bleiben, nur nicht im Rahmen dieser Erörterung. Das heißt, wir werden dazu ausführlich in einem gesonderten Dokument bzw. im Abschlussbericht in einem gesonderten Abschnitt Stellung nehmen. Daran können Sie erkennen, wie wir das eingeschätzt haben, ob in die eine oder andere Richtung, je nachdem. Nichtsdestotrotz haben Sie unter TOP 5 die Möglichkeit, Punkte, die Ihnen besonders am Herzen liegen, vorzutragen. Wir bitten allerdings um Verständnis, dass wir uns nicht - das wird manchmal gewünscht - positionieren können. Das werden wir heute sowieso nicht tun. Wir werden heute nicht besprechen, wie der Abschlussbericht aussehen wird, aber das werden Sie sich auch denken können. Da bitte ich um Verständnis. Aber Sie können gewiss sein, dass

wir alles das, was uns schriftlich und jetzt auch mündlich vorgetragen wird, sehr wohl beachten und berücksichtigen werden.

Das sind die Formalia. Habe ich irgendetwas vergessen? - Nein. Haben Sie Fragen zu den Formalia? - Das ist nicht der Fall.

Wir haben die Tagesordnung etwas modifiziert, weil ein Teilnehmer, der Herr Harfst, der sich angemeldet hat, offensichtlich noch im Schneegestöber steckt und etwas später kommt. Da der ursprüngliche TOP 1 insbesondere die Frage von uns an die Bundespsychotherapeutenkammer beinhaltet, haben wir den nach hinten verschoben. Ich hoffe, das stößt auf Ihre Zustimmung.

Ansonsten wird es so sein, dass gleich zu jedem Tagesordnungspunkt von uns eine kleine Einführung, Einleitung durch Herrn Grümer bzw. durch die Projektgruppe erfolgen wird. - Bitte, Frau von Sydow.

**Kirsten von Sydow:** TOP 1 lautet "Kritik bezüglich CONSORT Statement".

Moderator Stefan Lange: Ja.

**Kirsten von Sydow:** Das betrifft aber auch die Bundespsychotherapeutenkammer.

**Sebastian Grümer:** Generell sicherlich ja. Das ist nur ein Punkt, den Sie aufgebracht haben. Wir haben versucht, die Punkte, die BPtK eingereicht hat, nach hinten zu setzen und quasi andere Punkte nach vorne zu setzen. Sicherlich kann die BPtK zu allen Punkten inhaltlich Relevantes sagen.

**Kirsten von Sydow:** Ich denke, das CONSORT Statement betrifft überhaupt die Prüfung von Psychotherapieverfahren. Als solche, finde ich halt, ist die Bundespsychotherapeutenkammer extrem wichtig dabei. Vielleicht können wir erst über die Studien reden.

**Sebastian Grümer:** Das könnten wir sicherlich gerne. Das Problem ist, dass die Studie Leff auf einen Vorschlag von Herrn Harfst eingereicht worden ist. Von daher wollten wir ihm Gelegenheit bieten, möglichst zu seinen Punkten auch hier zu erscheinen. Vielleicht können wir so verfahren, dass wir im Anschluss, sofern er noch pünktlich kommt, ihm Gelegenheit geben, zu den Punkten, zu denen er sich vorbereitet hat, Stellung zu nehmen.

**Moderator Stefan Lange:** Dann belassen wir es erst mal bei der Tagesordnung. Ich denke, der Vorschlag von Herrn Grümer ist vernünftig. Wenn sich zum TOP 1 vonseiten Herrn Harfst noch Punkte ergeben, können wir ja darauf gerne zurückkommen. Das ist kein Problem.

Wir haben eine zeitliche Festlegung getroffen, etwa zwei Stunden. Das sollte ausreichen. Jetzt müssen wir mal gucken, wie sich das gestaltet, wann Herr Harfst hier tatsächlich eintrifft. Wir

können es allerdings nicht ad libitum nach hinten ausdehnen. Das wird Sie natürlich auch betreffen, da Sie sicher Rückreisepläne haben.

Wir lassen jetzt die Tagesordnung so, wie sie ist, und fangen an.

**Sebastian Grümer:** Eine Vorbemerkung von meiner Seite: Die Mikrofone sind parallel geschaltet. Es können maximal zwei aktiviert sein. Wenn sich jetzt noch zwei eindrücken würden, würde meines automatisch ausgeschaltet. Ich bitte, das zu berücksichtigen.

Ich möchte Ihnen von unserer Seite, der Seite der Projektgruppe, ein herzliches Willkommen sagen. Wir freuen uns, dass Sie es durch das Schneegestöber geschafft haben, und Ihnen im Namen der Projektgruppe den Dank für Ihre Stellungnahme aussprechen. Es waren sehr hochwertige Stellungnahmen, sowohl vom Umfang als auch besonders vom Detailgrad her, die sicherlich auf die eine oder andere Art und Weise - ich glaube, da brauche ich nicht vorzugreifen - ihren Einfluss auf den Abschlussbericht finden werden.

Wir werden, wie Herr Lange gerade sagte, sicherlich alle Punkte, die wir hier besprechen, aber auch die, die Sie schriftlich eingereicht haben, im Abschlussbericht würdigen, Ihnen an manchen Punkten sicherlich widersprechen, aber sicherlich auch an manchen Punkten entsprechen.

#### 4.3.2 Tagesordnungspunkt 1: Kritik bezüglich CONSORT Statement

Wir kommen nun zum Tagesordnungspunkt 1, Kritik bezüglich CONSORT Statement. Hier möchte ich mit einem Zitat beginnen. In einer Stellungnahme wird aufgerufen, dass das IQWiG einen - jetzt kommt das Zitat - "grundsätzlich methodischen Mangel [hätte], da es sich in seinem Vorgehen im Vorbericht am CONSORT Statement für die Berichte randomisierter Studien orientiert und nicht an dessen Erweiterung für nichtpharmakologische Studien".

Unserer Ansicht nach scheint es hier ein Missverständnis zu geben, denn die CONSORT Statements sind Hilfestellungen, Richtlinien für die Erstellung von Manuskripten, die es einem Autor erleichtern sollen, bestimmte Punkte gut darzulegen und ihm das, was in eine Studie gehört, vorzustellen. Es sind explizit keine Richtlinien, keine Kriterien zur Bewertung einer Studie. Vor diesem Hintergrund haben wir die CONSORT Statements auch nur bei unseren Einschlusskriterien aufgeführt als eine Art grobe Orientierung, welche Informationen wir aus einer Studie benötigen, damit wir sie hinsichtlich ihrer Berichtsrelevanz einschließen können oder nicht. Daher würde auch das von Ihnen aufgeführte Zitat hinsichtlich der Erweiterung des CONSORT Statement für nichtpharmakologische Therapien keinen großen Unterschied machen, denn auch hier sind die gleichen Kriterien aufgeführt wie in dem originalen CONSORT Statement, nur halt spezifiziert für nichtpharmakologische Studien.

Vor diesem Hintergrund wollen wir nun von Ihnen wissen, was Sie als grundsätzlichen methodischen Mangel sehen, den Sie in Ihrer Stellungnahme beschreiben.

**Kirsten von Sydow:** Erst mal: Grundsätzlich wollten wir sagen, dass wir ganz beeindruckt sind, was Sie da gemacht haben. Das ist eine großartige Leistung, die Sie da zusammengestellt haben. Das ist Punkt 1.

Ich würde es nicht unbedingt einen Mangel nennen, sondern es geht mehr darum, dass grundlegend hier zum ersten Mal ein Psychotherapieverfahren geprüft wird und dass uns wünschenswert erscheint, dass die methodischen Anforderungen - das ist ja sozusagen prototypisch - an die Besonderheiten von Psychotherapiestudien angepasst werden, die sich eben in einigen Details von pharmakologischen Studien unterscheiden.

Hier ist ja immer wieder der Kritikpunkt der fehlenden Verblindung angemahnt worden, was bei einem naiven - es ist auch irgendwo gesagt worden, das ist nicht alles so machbar - Leser den Eindruck verschafft, als ob es damit bei systemischer Therapie ein besonderes Problem gäbe. Das, denke ich, ist falsch.

Unser Anliegen ist erstens, dass für alle Psychotherapieverfahren einheitlich nach den gleichen Regeln geprüft wird. Das ist ja ein Problem, das alle Psychotherapieverfahren haben.

Verblindung - das ist ja auch von systemischer Seite eingereicht worden - des Psychotherapieverfahren aus Sicht des Therapeuten ist unmöglich. Sonst wüsste der ja gar nicht mehr, was er oder sie macht. Auch vonseiten des Patienten ist es tendenziell eher unmöglich, vor allem zum Beispiel Familientherapie versus Psychoanalyse auf der Couch. Da erkennt jeder, was das ist, auch jeder Angehörige. Auch da ist Verblindung praktisch unmöglich. Was ein wünschenswerter und legitimer Wunsch ist, ist, wenn es eine Begutachtung durch externe Experten gibt, zum Beispiel psychiatrisches Rating oder so, dass natürlich der Experte in Bezug auf die Gruppenzugehörigkeit verblindet sein soll. Das ist legitim.

Was in der Psychotherapieforschung generell, nicht nur bei der systemischen Therapie, sondern bei allen Therapierichtungen, die größte Rolle spielt, ist die Selbsteinschätzung der Patienten, zum Beispiel in Bezug auf ihre Symptomatik in Bezug auf irgendeine Störung. Das ist das zentrale Outcomemaß. Man kann auch noch andere wie biologische Parameter oder ökonomische Parameter nehmen, aber das ist eher selten. Die meisten Psychotherapiestudien arbeiten mit diesen Selbsteinschätzungsdaten. Das muss einfach generell irgendwie berücksichtigt werden, und nicht speziell für systemische Therapie, sondern grundsätzlich bei der Bewertung. Das ist unser Anliegen.

Sebastian Grümer: Vielleicht kann ich versuchen, Ihnen ein wenig entgegenzukommen. Ich gebe Ihnen komplett recht, eine Selbstauskunft ist per se ein wichtiger Aspekt bei einer Psychotherapiestudie. Ich glaube, Sie sprechen den Versuch eines Dilemmas an, nämlich dass wir, hätten wir verblindete Endpunkte und unverblindete Endpunkte, eher die verblindeten Endpunkte bewerten würden und dann die Selbstauskünfte vielleicht vernachlässigen würden. Dies ist im Bericht nicht geschehen. Es wurden alle Endpunkte, die wir erheben konnten,

erfasst. Das waren "sowohl als auch"-Endpunkte. An keiner Stelle im Bericht gab es quasi die Auswahl zwischen einem verblindeten Fremdeinschätzungsfragebogen und einem unverblindeten Selbstauskunftsfragebogen, wo wir hätten entscheiden müssen. Von daher sind in dem Bericht sowohl Endpunkte auf Basis von Fremdeinschätzung als auch auf Selbstbeurteilung eingeflossen.

**Ulrike Borst:** Da hätte ich noch die Frage, ob das denn einen Einfluss gehabt hat am Schluss auf die Zuordnung, ob das ein Anhaltspunkt oder ein Hinweis - Beleg kam ja nicht vor - ist.

Sebastian Grümer: Tatsächlich ist Verblindung einer der Aspekte, die wir hinsichtlich des Verzerrungspotentials einer Studie bewerten neben vielen anderen Punkten, ob es eine ITT-Analyse gab, wie das Allocation Concealment war, wie viele Studien zu dem jeweiligen Endpunkt eingeflossen sind. Sicherlich kann es dann auch sein - ich habe jetzt nicht die genaue Anzahl im Kopf -, dass in einem einzigen Fall, und zwar bei Rakowska, ein als unverblindet bewerteter Endpunkt das ausschlaggebende Moment war, eine Studie herabzustufen. Dieser Endpunkt war allerdings nicht signifikant. Von daher war das jetzt nicht für den Bericht so ausschlaggebend. Das heißt, meiner Kurzanalyse nach über alle Endpunkte im Bericht verteilt, ist nur in einem einzigen Fall tatsächlich aufgrund des Aspektes Verblindung eine Studie herabgewertet worden. In allen anderen Studien gab es neben der Verblindung noch weitere Probleme, dass dann die Studie herabgewertet wurde.

Julia Kreis: Ich möchte auch auf Ihre Anmerkung eingehen. Ich habe Sie so verstanden, dass der Eindruck entstanden ist, als wäre die Verblindung jetzt ein spezielles Problem - in Anführungszeichen - der systemischen Therapie. Dazu möchte ich kurz sagen, dass wir diese Diskussion in diversen Bereichen führen, also nicht nur in psychotherapeutischen Bereichen, sondern zum Beispiel auch bei operativen Verfahren wird diese Diskussion ganz ähnlich geführt, denn auch da ist es nicht möglich, zum Beispiel den Operateur zu verblinden. Das wäre auch beunruhigend. Auch die Patienten sind häufig schwierig zu verblinden. Insofern ist die Gemengelage da gar nicht so unähnlich. Auch da halten wir dann fest, dass möglicherweise für bestimmte Beteiligte an der Studie eine Verblindung nicht möglich ist und dass eben trotzdem dann diese fehlende Verblindung die Unsicherheit bezüglich der Ergebnisse erhöht. Ich glaube, da sind wir uns auch einig, dass das nun einfach so ist, auch wenn man es an manchen Stellen eben nicht ändern kann. Wie gesagt, das ist ganz bestimmt nicht speziell nur für die systemische Therapie und, ich denke, auch nicht für die Psychotherapie spezifisch.

**Ulrike Borst:** Sie haben ja in dem Methodenpapier in Tabelle 2 angegeben, wie das Verhältnis von Ergebnissicherheit zur Einstufung als Anhaltspunkt, Hinweis usw. ist. Da wäre unser Anliegen für die Zukunft, dass die Psychotherapieverfahren ähnlich behandelt werden.

**Sebastian Grümer:** Da kann ich versichern, wir sind nicht von dem Muster abgewichen. Tatsächlich fußt der Bericht auf den Allgemeinen Methoden des IQWiG. Wir haben hier keine Psychotherapiespezifika angewendet. Ganz im Gegenteil - den Punkt, den Frau Sydow

eben aufwarf, hinsichtlich der Verblindung -, wir kommen ja gar nicht umhin, es anders zu bewerten. Gerade weil Psychotherapiestudien nicht verblindet sind, besteht ja das Problem, dass sie vielleicht diesbezüglich eine höhere Verzerrung aufweisen. Der muss natürlich irgendwo berücksichtigt werden. Die Art und Weise, wie man es beschreibt, ob das quasi umfänglich in jeder Tabelle, wie wir es momentan haben, tatsächlich ist, kann man sicherlich debattieren, aber von dieser grundsätzlichen Methodik der Bewertung der einzelnen Verzerrungsaspekte kann das IQWiG nicht abweichen. Zumindest gehe ich davon aus, dass wir das nicht können.

**Kirsten von Sydow:** Das ist sichergestellt, dass - die Richtlinienverfahren werden ja meines Wissens vom G-BA geprüft, nicht von Ihnen - das alles nach den gleichen Kriterien geschieht?

**Moderator Stefan Lange:** Ich glaube, an der Stelle können wir dazu schlecht etwas sagen, wie der G-BA verfährt, weil ja bisher noch nichts diesbezüglich vorgelegt worden ist. Ich gehe jetzt mal davon aus, natürlich. Das sind ja allgemeine Prinzipien.

**Kirsten von Sydow:** Ja, die aber im Detail unterschiedlich oder exakt gleich umgesetzt werden können. Das ist ja schon eine ganz wesentliche Frage, ob sichergestellt ist, dass das ganz exakt gleich geprüft wird. Die Gefahr erscheint mir recht groß, wenn das zwei unterschiedliche Institutionen machen, dass die da vielleicht nicht ganz gleich vorgehen.

**Moderator Stefan Lange:** Sie werden Verständnis haben, dass wir dazu nichts sagen können.

Kirsten von Sydow: Gut, aber für das Protokoll betone ich das.

**Moderator Stefan Lange:** Sie haben ja recht, Ihr diesbezügliches Statement wird ja dann auch im Internet veröffentlicht. Aber, wie gesagt, ich bin da relativ entspannt, relativ zuversichtlich, dass die allgemeinen Prinzipien, auch was die Umsetzung angeht, in gleicher Weise gehandhabt werden vom Institut wie auch vom G-BA.

Ich würde gerne grundsätzlich sagen und das ein bisschen ergänzen, was Frau Kreis gesagt hat: Frau von Sydow, Sie haben gesagt, man könne Psychotherapiestudien nicht so prüfen wie Arzneimittel. Sie wissen vermutlich, dass wir da anderer Ansicht sind und dass diese Ansicht ehrlich gesagt nicht IQWiG-spezifisch ist, sondern dass in der Welt der evidenzbasierten Medizin eigentlich die Übereinkunft herrscht, dass zunächst mal alle medizinischen Interventionen unabhängig von ihrem vermuteten Wirkmechanismus, ob pharmakologisch, nichtmedikamentös, ob es sich um Diagnostik handelt, wie auch immer, nach den gleichen Prinzipien geprüft werden müssen. Das simpelste Prinzip ist, ich brauche einen Vergleich. Da sind wir uns einig. Das nächste Prinzip ist, möglichst ein fairer Vergleich. Das nächste Prinzip, das daraus folgt, ist, der sollte randomisiert sein. So kommt ein Prinzip nach dem anderen.

Es ist klar - da beißt die Maus auch keinen Faden ab -, dass bestimmte Formen der Verblindung dann irgendwann an Grenzen stoßen, aber dann bleibt trotzdem die Unsicherheit bestehen. Die kann man ja nicht wegdiskutieren. Das wäre jetzt noch mal ein spannender Punkt, unabhängig von dem Bericht zur systemischen Therapie. Das gilt eben auch für die Richtlinienverfahren. Glauben Sie denn, dass tatsächlich die fehlende Verblindungsmöglichkeit und damit die fehlende Verblindung in Psychotherapiestudien einen geringeren Einfluss auf die mögliche Verzerrung hat wie bei Nichtpsychotherapiestudien? Das würde mich interessieren, jetzt außerhalb des Berichts zur systemischen Therapie.

**Kirsten von Sydow:** Ich denke, das ist eine gute Frage. Darauf kann ich jetzt keine Antwort geben. Mein einziges Anliegen ist, es sozusagen global abzuhandeln. Es ist eine globale Problematik. Ich habe es jetzt global für die Psychotherapie gesehen. Aber Sie haben natürlich recht, es ist jetzt nicht nur Psychotherapie, es sind sicher auch noch andere Bereiche betroffen. Man kann ja mal ein Symposium machen mit den ganzen Richtlinientherapien, wo man mal darüber diskutiert, einfach einheitlich damit umzugehen. Das ist das Kernanliegen.

**Ulrike Borst:** Das führt jetzt möglicherweise zu weit oder ist nicht der Zweck dieser Erörterung, aber es gibt ja gerade den allgemeinen Wirkfaktor der Allegiance, also der Überzeugtheit des Therapeuten von seinem Verfahren, also es ist das Gegenteil der Fall, es spielt eine große Rolle.

Moderator Stefan Lange: Wobei das sicher spannend ist, wenn ich das mal aufgreifen darf. Sie haben es jetzt sozusagen als Wirkfaktor bezeichnet. Dann wäre es ja im Grunde genommen im Grenzbereich. Dann wäre es gar nicht ein verzerrendes Moment, sondern sozusagen ein gewünschtes Moment. Nur die große Schwierigkeit ist eben, diese verschiedenen Komponenten voneinander zu trennen.

Rüdiger Retzlaff: Ich möchte noch auf einen praktischen Aspekt zurückkommen. Wenn man die CONSORT oder die modifizierten CONSORT Kriterien nimmt, wie ich das verstanden habe, ist ein Problem von vielen Psychotherapiestudien, die von systemischer Seite vorgelegt worden sind - das ist ja auch eines von anderen Therapiestudien -, dass nur bestimmte Angaben aus Platzmangel nicht veröffentlicht werden, sodass dann meinetwegen Angaben fehlen zur Randomisierung oder in der Studie von Asen und Leff usw., auf die wir noch kommen werden, wo bestimmte Angaben zur Diagnosestellung ursprünglich vielleicht nicht so enthalten waren. Wir haben ja den Vorschlag gemacht, dass solche Daten durch E-Mail-Kontakt oder Anschreiben der Corresponding Authors eingeholt werden. Das wäre eine wichtige Ergänzung, um eine bestimmte Güte nachweisen zu können. Da hatten wir den Eindruck, dass das zum Teil gemacht worden ist, aber für uns war nicht transparent, nach welchem Schema, wie intensiv. Das sind natürlich Faktoren, die einen wichtigen Einfluss haben können.

**Sebastian Grümer:** Im vorläufigen Berichtsplan führen wir den Benchmark auf, nach dem wir auswerten, ob wir eine Autorenanfrage machen oder nicht. Sie haben uns ja in Ihrer

Stellungnahme an mehreren Stellen dazu aufgefordert, noch einmal nachzuhaken. Dies betrifft aber überwiegend Studien, wozu wir momentan keine Daten haben, Studien unklarer Relevanz, die noch nicht veröffentlicht sind oder die vielleicht noch nicht publiziert worden sind.

Bezüglich der von Ihnen gerade angesprochenen Punkte der einzelnen Aspekte des Verzerrungspotentials haben wir uns deswegen dagegen entschieden, weil es tatsächlich nur in einem einzigen Fall, nämlich die gerade angesprochene Studie von Rakowska 2015, hinsichtlich eines einzigen Endpunktes quasi auf der Kippe stand. Da dieser Endpunkt aber eh kein signifikantes Ergebnis bot, haben wir in diesem spezifischen Fall davon abgesehen, einen einzigen Aspekt des Verzerrungspotentials noch einmal per Autorenanfrage zu klären. Das wäre einfach vom Nutzenertrag her nicht sinnvoll gewesen. Bei allen anderen Studien, bei allen anderen Endpunkten gab es mindestens mehrere Aspekte, die dazu geführt haben, wie die Studie jeweils eingeschätzt wurde, sodass wir nicht umhinkamen, jede Studie hinsichtlich mehrerer Aspekte noch mal mit dem Autor zu klären, was einfach nicht zielführend gewesen wäre.

Moderator Stefan Lange: Vielleicht darf ich ergänzen: Wir haben eine gewisse Erfahrung mit Autorenanfragen, nicht nur wir, auch andere. Diese Erfahrung ist relativ ernüchternd, in zweierlei Hinsicht. Da muss man sich bei dieser Ernüchterung dann immer fragen, ob es ein positives Aufwand-Nutzen-Verhältnis gibt. In der Regel werden, wenn ich das richtig im Kopf habe, maximal 15 bis 20 % der Autorenanfragen beantwortet, was natürlich zur Folge hat, dass man vermutlich da auch wieder ein verzerrtes Bild bekommt, weil möglicherweise nur die Autoren aus bestimmten Interessen heraus antworten. Darüber hinaus werfen sehr häufig - da kann ich jetzt keine genaue Prozentzahl angeben - diese Antworten der Autoren weitere Fragen auf. Insofern ist das ein nur sehr begrenzt hilfreiches Instrument, um unklare Punkte zu beseitigen.

Wir sind allerdings der guten Hoffnung, dass die wissenschaftliche Forschung insgesamt sich auf einen Weg macht, der jetzt im Arzneimittelbereich beschritten wird, indem nämlich jetzt endlich verpflichtend Studienberichte zu Arzneimitteln, die also zugelassen werden, veröffentlicht werden müssen. Das sollte natürlich der gleiche Fall sein bei Studien zu nichtpharmakologischen Therapien. Ob sie nun von irgendeiner Firma im Bereich Medizinprodukte gesponsert werden, ob sie aus dem akademischen Bereich kommen, ich glaube, inzwischen ist es Standard, dass man solche Studienberichte erstellen muss, in denen die wesentlichen Informationen sind. Dann werden wir hoffentlich in einer nicht allzu fernen Zukunft dieses Problem nicht mehr haben, weil dann alle Informationen auf dem Tisch liegen. Gegenwärtig ist die Situation noch unbefriedigend, aber aus dem geschilderten Grunde lohnt es sich nicht.

**Kirsten von Sydow:** Direkt dazu: Ich respektiere da jede Entscheidung, verstehe auch, dass das viel Aufwand mit wahrscheinlich wenig Ertrag ist. Auch da geht es mir um die Gleichbehandlung. In die Entscheidung fließen so viele subtile Minientscheidungen ein, ob

man null Autorenanfragen macht oder zehn und wie man das im Einzelnen gewichtet. Ich glaube, dass Sie da sehr sorgfältig arbeiten. Aber ich finde es wichtig, dass das in jedem Detail einheitlich abgeglichen wird mit der Arbeit des G-BA bei den anderen Verfahren.

**Katrin Ludewig:** Ich habe das Bedürfnis nach Gleichbehandlung gehört. Das finde ich auch gut nachvollziehbar.

Ich wollte zu der Bedeutung dieser Diskussion etwas anmerken, weil hier auch der Begriff "Allegiance" erwähnt wurde. Was wirkt in der Psychotherapie? Ich glaube, es ist unbestritten, dass das, was wirkt, die therapeutische Beziehung, also die Alliance, ist und dass die Auswirkung, welches Psychotherapieverfahren zur Anwendung kommt, gar nicht so eine große Rolle spielt. Von daher, denke ich, kann das vielleicht auch diese Diskussion etwas relativieren.

#### Moderator Stefan Lange: Okay. Danke.

Ich glaube, wir haben, um diesen Punkt zunächst mal abzuschließen, ein Missverständnis klären können, indem Herr Grümer deutlich gemacht hat, dass es nicht darum ging, dass dieses CONSORT Statement für uns als Bewertungsinstrument herangezogen worden ist, sondern zunächst mal dem Ein- oder Ausschluss von Studien diente hinsichtlich der Vollständigkeit von Informationen, die man benötigt. Nichtsdestotrotz haben wir aber auch klarstellen können, dass die dort aufgeführten Grundprinzipien auch für uns bei der Bewertung von psychotherapeutischen Verfahren und jetzt hier auch der systemischen Therapie eine Rolle spielen.

Wenn kein weiterer Redebedarf besteht, schlage ich vor, dass wir zum nächsten TOP gehen.

## 4.3.3 Tagesordnungspunkt 2: Vorschlag der Berücksichtigung der Studie Castelnuovo 2011 in der Meta-Analyse zum Störungsbereich Essstörungen (Endpunkt Teilremission)

**Sebastian Grümer:** Die Meta-Analyse im Störungsbereich Essstörungen betrifft den Endpunkt Teilremission, welchen wir im Bericht so definiert haben, wie er, glaube ich, überall definiert ist, nämlich es geht um den Wegfall mindestens eines Kriteriensymptoms oder diagnostischen Kriteriums zum Zeitpunkt der Erhebung.

Das von Castelnuovo geäußerte Remissionskriterium lautet: weniger als zwei Binge-Eating-Attacken pro Woche. Dies kann man sicherlich im Rahmen des DSM-IV als Remissionskriterium sehen, jedoch war die Binge-Eating-Störung im DSM-IV noch keine eigenständige Diagnose, sondern nur eine Forschungsdiagnose, explizit mit dem Hinweis verbunden, dass die Wissenschaft aufgerufen wird, die Kriterien, die einzelnen Symptome, aber auch die Schwellenwerte, die angegeben sind, zu überprüfen und zu evaluieren. Dies ist anscheinend geschehen, denn im DSM-5 ist die Binge-Eating-Störung als eigenständige Diagnose aufgeführt, also eigenständige krankheitswertige Störung, dann aber mit einem

anderslautenden Kriterium. Es heißt nun: Essanfälle treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche - und nun kommt das Besondere - über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten auf. Und dieses "über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten" fehlt halt beim Endpunkt von Castelnuovo. Vor diesem Hintergrund haben wir uns entschlossen, diesen Endpunkt von Castelnuovo nicht als Remission zu betrachten, sondern wir werten ihn als Systemverbesserung Essanfälle. In Anbetracht dessen möchten wir Sie fragen, ob und auf welcher Basis Sie den Endpunkt von Castelnuovo tatsächlich als Teilremissionsendpunkt bewerten würden.

**Kirsten von Sydow:** Zum Verständnis - ich habe das nicht im Kopf -: Sie haben das schon ohnehin drin als Symptomveränderung Essanfälle?

**Sebastian Grümer:** Der Endpunkt ist berücksichtigt. Er heißt nur nicht wie bei Castelnuovo "Remission", sondern er heißt bei uns "Symptomverbesserung".

**Kirsten von Sydow:** Man könnte natürlich eine Autorenanfrage machen und fragen, ob die Daten über drei Monate haben. Da es in dem Feld nicht so wahnsinnig viele Studien gibt, wäre das natürlich schön.

Moderator Stefan Lange: Ja, das wäre sicher schön, andererseits sind wir ja auch aufgefordert, wie Sie wissen, unseren Bericht in endlicher Zeit abzuschließen, jetzt nicht nur endlich, sondern es gibt eine neue Gesetzgebung, die wahrscheinlich für dieses Verfahren - in Anführungszeichen - glücklicherweise noch nicht greift, aber wonach Beschlüsse des G-BA sogar innerhalb von drei Jahren zu erfolgen haben, was bedeutet, dass für die Berichte nur noch 15 Monate Zeit sind. Auch das wiederum wird natürlich den Stellenwert von Autorenanfragen besonders kritisch werden lassen.

Aber, ich glaube, wir haben ein Missverständnis oder einen Punkt klären können: Die Ergebnisse sind nicht völlig - in Anführungszeichen - verloren, sondern nur etwas anders gelabelt.

**Jürgen Kasper:** Ich wollte nur klarstellen, es sind ja nicht nur die drei Monate, sondern es geht auch darum, dass auch die kritische Frequenz der Essanfälle nach dem DSM-5 nicht unterschritten wird mit dem Kriterium, was hier ausgewiesen ist. Die Idee war ja mit diesen Teilremissionen, dass man da ein diagnostisches Kriterium nimmt, das dann völlig remittiert. Das wäre dann Teilremission. Das würde ja auch nach drei Monate nicht erreicht.

**Moderator Stefan Lange:** Danke für die zusätzliche Erläuterung. - Dann sind wir mit diesen Punkt offenbar relativ schnell durch.

Wir kommen zum nächsten TOP.

## 4.3.4 Tagesordnungspunkt 3: Vorschlag des Einschlusses der Studien Ataoglu 2003 und Leff 2000

**Sebastian Grümer:** In allen Ihren Stellungnahmen haben Sie uns zahlreiche Studien, Dokumente, Schriften mitgeteilt, die wir sicherlich - das sei Ihnen noch mal versichert - für den Abschlussbericht dezidiert überprüfen und auch würdigen werden. Wir möchten Ihnen nun die Gelegenheit bieten, zu ausgewählten Studien, zu denen wir Rückfragen haben, noch mal Stellung zu beziehen und uns Ihre Position darzustellen.

Wichtig ist, noch mal vorzugreifen, dass wir hier und heute quasi in großer Runde nicht zusammen über den Einschluss der Studien entscheiden können. Es geht uns vielmehr darum, zu erfahren, ob Sie noch zusätzliche Informationen haben, vielleicht über Wissen verfügen, sodass wir dann auf möglichst breiterer Wissensbasis im Nachgang entscheiden können, wie wir die Studien bewerten sollen.

Die erste Studie, die thematisiert werden soll, ist die türkische Studie von Ataoglu. Dort werden Patienten mit einer Konversionsstörung eingeschlossen und mittels einer paradoxen Intention therapiert. Dieses Prüfverfahren, die Prüfintervention wurde von uns als nicht eindeutig systemisch bewertet, da sie sowohl von uns als auch in der Publikation selber primär mit dem Namen Viktor Frankl und seiner Logotherapie in Verbindung steht. Darüber hinaus haben wir geschaut, ob es vielleicht weitere Angaben in der Publikation gibt, aus denen sich erkennen lässt, dass vielleicht hier ein größeres systemisches Setting angewendet wird oder weitere systemische Techniken angewendet werden. Das ist nicht der Fall. Ganz im Gegenteil: Es wird sogar am Ende der Publikation auf eine psychoanalytische Deutung der Konversionsstörung hingewiesen, sodass wir insgesamt hier nicht zu dem Schluss gekommen sind, dass hier ein eindeutig systemisches Verfahren Anwendung gefunden hat. In diesem Zusammenhang möchten wir Sie fragen, ob Sie vielleicht Hinweise, Informationen haben, inwieweit dieses Prüfverfahren als eindeutig systemisch zu bewerten sei.

**Kirsten von Sydow:** Eindeutig systemisch ist ein bisschen nicht ganz klar, aber es wird zu Beginn des Artikels auch verwiesen auf Haim Omer, der eine Art systemisch-integrativer Therapeut ist. Das geht also in die Richtung. Uns ist natürlich auch klar, dass diese paradoxe Intervention in verschiedenen Kontexten vorkommt.

Katrin Ludewig: Ich weiß, dass man Wikipedia eigentlich nicht zitiert, aber ich habe mal "paradoxe Intervention" herausgesucht. Da wurde unterschieden zwischen den Begriffen "paradoxe Intention", was wohl auf Viktor Frankl zurückzuführen ist, und "paradoxe Intervention". Das stand da sozusagen zur Diskussion. Von daher trägt das, was Sie anmerkten, Herr Grümer, vielleicht zu der Verwirrung bzw. zu der Frage bei, ob die Studie mit einzubeziehen ist oder nicht. Ich denke, da muss man schon genau hinschauen.

**Moderator Stefan Lange:** Das habe ich zugegebenermaßen nicht verstanden, was Sie uns als zusätzliche Information bzw. Empfehlung mit auf den Weg geben wollen.

**Katrin Ludewig:** Gerne noch mal: Es wurde dort unterschieden zwischen den Begriffen "paradoxe Intention" und "paradoxe Intervention". Ich glaube, Viktor Frankl ist nicht unbedingt ein Mensch, der einen systemischen Therapeut in diesem Sinne einer paradoxen Intervention arbeitend anzusehen ist. Deshalb, denke ich, wäre es wichtig, sich wirklich damit zu beschäftigen, welche Überlegungen bezüglich der therapeutischen Einflussnahme oder Unterstützung, Begleitung dieser Studie zugrunde lagen. Da erwähnte auch Herr Grümer, dass da auch Anhaltspunkte für eine analytische Vorgehensweise zu sehen waren.

Rüdiger Retzlaff: Da ich vor vielen Jahre nach meiner Erinnerung unserer Expertengruppe diese Studie für die Aufnahme in den Bericht für den Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagen hatte, möchte ich dazu Stellung beziehen. Es ist richtig, dass einzelne Techniken natürlich in verschiedenen Therapieverfahren angewandt werden können wie Tagebuchtechniken oder Psychoindikation. Das machen tiefenpsychologische Kollegen natürlich auch. Es ist aber so, dass die paradoxe Intervention ebenfalls in verschiedenen Therapieverfahren angewandt wurde. Wenn man sich anschaut, welche Veröffentlichungen es in Lehrbüchern, in Artikeln gibt, dann ist es eindeutig, dass die paradoxe Intervention im Rahmen der Hypnotherapie nach Erickson und im Rahmen der systemischen Therapie einen ganz zentralen Stellenwert hat. Literatur von verhaltenstherapeutischer Seite kenne ich aus den 70er-Jahren. Viktor Frankl kenne ich auch. Aber ich finde es sehr honorig, wenn ein Autor heute noch Herrn Frankl zitiert, den ich auch sehr schätze, aber das bedeutet nicht unbedingt, dass das eine analytische Arbeit wäre. Und mir war es sehr wichtig, zu zeigen, dass man mit paradoxen Interventionen, also einer Schlüsseltechnik, auch in vielen Bereichen der systemischen Therapie, auch bei körpernahen Symptomen, Konversionssymptomen, arbeiten kann. Deswegen haben wir dafür plädiert, dass diese Studie beim Wissenschaftlichen Beirat und auch hier vorgelegt wird. Dass man das der analytischen Richtung zuschlagen sollte, erscheint mir nach dem, was ich von dem Artikel in Erinnerung habe, nicht einleuchtend.

Sebastian Grümer: Es ging hier primär um die Überprüfung, inwieweit das Setting, in welchem die paradoxe Intention stattfindet, möglicherweise systemisch sein kann. Die paradoxe Intention primär war für uns ein mögliches systemisches Verfahren, aber halt nicht ein eindeutig klares Verfahren. Von daher war unsere Aufgabe, zu gucken, ob es in der Literatur weitere Angaben, Publikationen diesbezüglich gibt, welche das Setting beschreiben, welche die Therapeutenausrichtung beschreiben, die Diagnosestellung beschreiben. Die einzige wirklich schulische Angabe in der Publikation ist halt am Ende die Deutung der Konversionsstörung in einer psychoanalytischen Richtung, sodass sich das Gesamtbild dieser Studie halt nicht eindeutig systemisch für uns darstellte.

Jürgen Kasper: Ich möchte präzisieren: nicht nur die Deutung der Konversionsstörung tiefenpsychologisch, sondern auch die kausale Herleitung des Wirkmechanismus für diese Intervention. Wenn eine Intervention in einem solchen Maße kausal interpretiert wird, spricht das gegen einen systemischen Hintergrund. Wir haben natürlich sofort "Hurra" geschrien, weil wir uns immer gefreut haben, wenn wir systemische Interventionen gefunden haben. Es

ist natürlich gut, wenn man eine gute Beurteilungsgrundlage hat. Aber auf der anderen Seite muss man aufpassen, wenn man jetzt nicht auf die Ergebnisse schielt, die hier natürlich sehr positiv für die systemische Therapie oder für diese Prüfintervention herüberkamen, dass das, was wir prüfen, wirklich der gefragten Prüfintervention entspricht und wir nicht in der puren Begeisterung zu viele Interventionen in diesen Topf hineinsammeln. Deswegen waren wir sehr streng, nur, wie Herr Grümer sagte, wenn es wirklich eindeutig war. In kritischen Fällen haben wir uns eher dagegen entschieden. Ich habe sie mir jetzt noch mal angeschaut. Ich würde es nach denselben Kriterien wieder so machen.

Moderator Stefan Lange: Dazu noch Redebedarf?

Kirsten von Sydow: Ich sehe Ihre Argumentationslinie.

**Moderator Stefan Lange:** Danke. Dann haben wir dazu keine Fragen mehr. Dann machen wir weiter.

**Kirsten von Sydow:** Was ist mit Herr Harfst?

**Sebastian Grümer:** Laut der aktuellsten Bahnumfrage, kurz bevor ich herunterkam, hat er 100 Minuten Verspätung. Das heißt, er müsste um kurz vor 2 im Hauptbahnhof ankommen. Er hat versprochen, das schnellste Taxi zu nehmen, was es gibt. Ich weiß jetzt aber nicht, wie die Innenstadt aussieht oder ob es einen weiteren Oberleitungsschaden gab. Vielleicht ist ja die Diskussion zu Leff etwas ausführlicher, und dann stößt er noch zu uns.

In die Studie von Leff, dem London Depression Intervention Trial, werden depressive Patienten eingeschlossen, allerdings ohne eine ICD- und DSM-Diagnose. Stattdessen haben die Studienautoren den Einschluss ihrer Patienten auf Basis des Present State-Examination Systems und der Hamilton-Skala entschieden. Wir haben nun überprüft, ob die in der Studie aufgeführten Kriterien von uns übersetzbar sind in unser Einschlusskriterium, nämlich ob hier Patienten mit einer krankheitswertigen Störung eingeschlossen wurden. Unser Prüfverfahren umfasste unter anderem die Überprüfung der kriterialen Übereinstimmung zwischen dem Present State Examination System und den DSM-Kriterien, Überprüfung der prognostischen Validität und Übereinstimmung zwischen Hamilton und einer DSM-Diagnose. Alles zusammen genommen konnten wir letztendlich nicht klar sicher sagen, dass die Patienten, die Leff eingeschlossen hat, tatsächlich eindeutig auch mittels einer DSM-Diagnose zu bezeichnen wären. Von daher möchten wir Sie jetzt im Rahmen der Erörterung fragen, worauf Ihre Einschätzung beruht, dass diese Studie Patienten mit einer krankheitswertigen psychischen Störung umfasst.

**Rüdiger Retzlaff:** Ich hatte vor längerer Zeit das Vergnügen, einen Vortrag von Dr. Asen, einem der Mitautoren der Studie, zu hören. Er hat damals bei uns in der Uniklinik in Heidelberg vorgetragen, dass sie eine Studie gemacht hätten mit schwerdepressiven kranken Patienten, die so schwerdepressiv gewesen waren, dass sie von den Verhaltenstherapeuten, die an der Studie teilgenommen haben, als sozusagen "impossible to treat" angesehen wurden.

Es war nicht die Rede von Patienten, die ein bisschen depressiv wären oder depressive Beschwerden hätten, sondern es waren wirklich schwerdepressive Personen. Ich hoffe, die Mail von Herrn Baumann hat sie erreicht. Ich habe noch am Freitag eine Nachricht von Dr. Asen bekommen. Diese Aussage liegt eben vor, in der er noch mal bestätigt, dass es sich ausschließlich um Patienten gehandelt hat, die die Diagnose einer klinischen Depression nach ICD- und DSM-Kriterien erhalten haben.

**Kirsten von Sydow:** Ich möchte nachtragen: In dem Artikel selbst auf der Anfangsseite steht ja, also diese beiden Kriterien mit der Present State Examination und der Hamilton-Skala: These criteria define a major depressive episode. - Das ist also schon deutlich, in einem führenden Journal, British Journal of Psychiatry. Ich denke mal, das ist nicht gelogen. Das spricht dafür. Ein anderes Kriterium ist ja, dass der Drop-out in den Verhaltenstherapiearm gigantisch ist, obwohl das Verhaltenstherapeuten waren die noch extra trainiert waren bei irgendeiner Koryphäe der Verhaltenstherapie, also keine Berufsanfänger oder so, was ja auch dafür spricht, dass es wirklich eher schwere Fälle waren.

**Ulrike Borst:** Ich habe zu der Zeit noch zu den Forscherinnen gehört und kann mich erinnern, dass Present State Examination damals eher den Vorrang hatte vor anderen kategorialen Systemen. Das galt als sehr gründliches Verfahren der Befunderhebung und dann Kategorisierung von psychischen Störungen.

Moderator Stefan Lange: Haben wir noch weitere Fragen? - Vielen Dank erst mal für diese E-Mail - ich weiß gar nicht, von wem sie kam, weitergeleitet wurde - mit dieser Erklärung des Herrn Prof. Asen. Wir müssen - da würden wir Sie bitten, weil Sie da jetzt nachträglich zu Ihrer Stellungnahme und im Vorfeld dieser Erörterung noch mal nachgehakt haben - natürlich die Möglichkeit haben, das zu veröffentlichen. Wären Sie so freundlich, Herrn Asen noch mal zu fragen, ob er damit einverstanden ist, dass wir das im Grunde genommen so, so wie er das hier beschrieben hat ... Weil er schreibt: "To whom it may concern". Wir würden sagen, das concernd alle. Wenn er nichts dagegen hat.

Rüdiger Retzlaff: Können Sie gerne bekommen.

Moderator Stefan Lange: Wir werden nichtsdestotrotz - das müssen wir uns vorbehalten - den Sachverhalt noch mal für uns prüfen, auch mit dieser zusätzlichen Information, auch mit dem, was Sie gerade gesagt haben, was Sie jetzt sozusagen mündlich von ihm erfahren bzw. vorgetragen bekommen haben, dass es sich um schwerdepressiv erkrankte Menschen gehandelt habe in der Studie. Das haben wir jetzt mal so zur Kenntnis genommen und schauen dann, wie wir damit umgehen können.

Frau von Sydow, Sie hatten ein besonderes Interesse, dass auch Herr Harfst bei der Behandlung dieser Studie mit dabei ist?

Kirsten von Sydow: Sie haben gesagt, er habe das eingebracht.

**Sebastian Grümer:** Der Grund, dass wir noch mal Leff 2000 überprüfen sollten, war auf Basis einer Stellungnahme der BPtK hier eingeflossen.

**Moderator Stefan Lange:** Okay, das war dann sozusagen eine Konkordanz von Ereignissen, dass Sie unabhängig von der Stellungnahme, die Sie ja wahrscheinlich gar nicht kannten ...

**Kirsten von Sydow:** Durch die Tagesordnung.

Moderator Stefan Lange: Ach so, durch die Tagesordnung.

**Rüdiger Retzlaff:** Ich habe noch eine Ergänzung. Das ist ja eine Studie, die im Paarkontext durchgeführt wurde. Uns wäre es wichtig - das hatten Sie in Ihrem ersten Bericht mit drin, auch als Setting; das ist jetzt, glaube ich, in diesem Vorbericht etwas untergegangen -, darauf hinzuweisen, dass es systemische Therapie nicht nur im Einzel-, Familien- oder Gruppensetting gibt, sondern auch im Paarsetting. Darauf wollte ich noch mal hinweisen und darum bitten, dass das auch aufgenommen wird.

**Moderator Stefan Lange:** Okay. Nehmen wir erst mal so zur Kenntnis. Das erste Dokument war aber nicht der Bericht, sondern der Berichtsplan.

Rüdiger Retzlaff: Ja.

**Katrin Ludewig:** Weil Sie kurz ansprachen, dass wahrscheinlich nicht bekannt gewesen sein könnte, was die BPtK an Punkten vorgetragen hat: Sowohl die BPtK als auch die beiden Fachverbände haben ihre Stellungnahmen vorab veröffentlicht.

**Moderator Stefan Lange:** Okay. Das ist völlig unproblematisch. Dann wissen ja sozusagen alle Bescheid. Das macht die Sache noch einfacher.

Wir haben im Grunde genommen unsere Fragen abgearbeitet.

(Moderator Stefan Lange begrüßt Herrn Harfst.)

Herr Harfst, Sie kennen ja unsere Regularien. Insofern brauche ich Sie jetzt nicht noch mal zu belehren, dass, wenn Sie nicht damit einverstanden sind, dass das, was Sie hier sagen, aufgezeichnet und auch veröffentlicht wird, Sie den Raum wieder verlassen müssen. Erst mal: Vielen Dank, dass Sie gekommen sind, und großes Bedauern, dass das Wetter so einen Streich gespielt hat!

Wir haben bereits drei Tagesordnungspunkte abgearbeitet, wobei wir extra die Reihenfolge geändert haben, um den Punkt, den Sie von der Bundespsychotherapeutenkammer adressiert hatten, mit Ihnen jetzt besprechen zu können. Wenn Sie zu den anderen Punkten noch etwas sagen möchten - wir haben allerdings aus unserer Sicht alle Unklarheiten lösen können mit den anderen Herrschaften -, sind Sie frei, dazu noch etwas zu sagen.

# 4.3.5 Tagesordnungspunkt 4: Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf den deutschen Versorgungskontext (inwieweit werden im Bericht bewertete Interventionen im deutschen Versorgungskontext angeboten bzw. nicht angewendet?)

Sebastian Grümer: In einer Stellungnahme wurde angemerkt, dass die eingeschlossenen Studien von uns überwiegend internationaler Natur sind und wir kaum deutsche Studien eingeschlossen haben. Das ist sicherlich erst mal so korrekt. Tatsächlich haben wir nur zwei deutsche Studien eingeschlossen. Vor diesem Hintergrund wurde aber die Befürchtung geäußert, dass deswegen möglicherweise die Aussagekraft dieser Studien für den deutschen Versorgungskontext als geringer einzuschätzen wäre. In unseren Augen lässt sich dieses Thema aus zwei Richtungen betrachten, einmal spezifisch mit Blick auf unseren Vorbericht und einmal etwas allgemeinerer Natur.

Mit Blick auf unseren Vorbericht hätten wir gerne Ihre Expertise zu der Frage, inwieweit Sie finden, dass die von uns eingeschlossenen Studien möglicherweise für Deutschland wirklich nicht repräsentativ sind. Wir haben uns erlaubt, uns kurz einmal anzuschauen, welche Art von Prüfinterventionen wir eingeschlossen haben, und denken eigentlich, dass es, wie Herr Kasper eben sagte, klassische eindeutige systemische Verfahren sind. Wir haben zum Beispiel in sieben Fällen eine lösungsfokussierte Therapie eingeschlossen, in fünf Fällen eine strategische Therapie, in drei Fällen eine strukturelle Therapie, in zwei Fällen das Mailänder Modell, sodass wir eigentlich insgesamt denken, das sind relativ eindeutige systemische Techniken, von denen wir zumindest bisher annahmen, dass sie auch in Deutschland Anwendung finden können.

Von daher geht unsere erste Frage an Sie, inwieweit Sie unseren Studienpool und die dort dargestellten Studieninterventionen als repräsentativ für Deutschland erachten oder halt nicht.

Ulrike Borst: Ich antworte zunächst mal aus zwei Perspektiven, zum einen aus der Perspektive der ersten Vorsitzenden eines großen Verbandes, wo 45 Ausbildungsinstitute eingeschlossen sind. Mitvertreten tue ich den anderen großen Verband, wo ebenfalls zig Institute mit eingeschlossen sind. Ich kann nur sagen, dass die Inhalte, die gleichzusetzen sind mit den Prüfinterventionen, bereits gelehrt werden, dass aber selbstverständlich sich auch noch etwas verändern wird und verändert werden muss, wenn die systemische Therapie Richtlinienverfahren wird. Dann wird das sicher noch mehr Thema werden, dass das für die ambulante Grundversorgung nützlich sein wird.

Ich kann vor allem aus dem stationären Bereich berichten, dass die Leute, Teilnehmer an den Weiterbildungscurricula sagen, dass systemische Methoden da sehr nützlich und wirksam sind, dass aber im ambulanten Bereich es oft fehlt, dass diese Art von Behandlung weiter verfolgt und aufgegriffen wird.

Die zweite Perspektive beziehe ich aus meinem zwischenstaatlichen Dasein, wie Sie vielleicht noch wissen. Ich bin ja in der Schweiz approbierte Psychotherapeutin im Verfahren

systemische Therapie und kann auch für die Schweiz bestätigen, dass sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich die Interventionen, die da vorkommen, als Prüfinterventionen verwendet und gelehrt werden.

Moderator Stefan Lange: Vielen Dank für das Statement, wobei ich einen Punkt noch nicht ganz verstanden habe. Sie haben gesagt, Sie gehen davon aus, sollte das Richtlinienverfahren werden oder jedenfalls erstattungsfähig werden, dass noch etwas geändert oder angepasst werden müsste. Was denn dann?

**Ulrike Borst:** Ich würde jetzt nicht sagen, an den Lehrinhalten der Curricula in den Weiterbildungsinstituten, sondern das sind sehr weitreichende Veränderungen. Wenn man zum Beispiel davon ausgeht, dass Familieneinbezug ein wichtiger Bestandteil ist, Paartherapie ein wichtiger Bestandteil ist, Netzwerkgespräche ein wichtiger Bestandteil sind, dann wird sich da noch einiges an Versorgungsmodellen ändern müssen. Ich bin auch in der Lehre tätig, in Inhousetrainings im offenen Dialog. Das ist eine systemische Methode, wo sehr beklagt wird, dass es keine ambulanten Therapeuten gibt, die da mitarbeiten könnten.

Moderator Stefan Lange: Das habe ich, glaube ich, verstanden.

**Rüdiger Retzlaff:** Die Tatsache, dass es zu wenige Studien aus Deutschland gibt, ist allgemein bekannt. Wir haben hier ein Problem von Henne und Ei. Wenn ein Verfahren nicht anerkannt ist, kann man damit auch keine kassenfinanzierten Therapien machen, denn es ist sehr viel schwerer, Studien zu finanzieren, und es ist auch sehr viel schwerer, damit an einer deutschen Hochschule wissenschaftlich Karriere zu machen, sodass eigentlich immer das beforscht wird, was schon relativ vertraut ist.

Ich habe kurz überflogen: Wir haben Studien aus Großbritannien, Italien, China, Finnland, Polen, Norwegen, Schweden, Spanien, nur zum Teil Kanada und den USA vorliegen. Das ist also schon ein ziemlich breites internationales Spektrum. Ich habe lange Zeit an der Uni unterrichtet. Wir haben immer wieder amerikanische Gäste gehabt. Ich habe selber in den USA Familientherapie gelernt. Die Unterschiede sind nicht groß. Es gibt natürlich kulturelle Unterschiede, und das Versorgungssystem ist etwas anders, aber wenn Sie sich anschauen, welche Ausbildungskriterien ein amerikanischer Familientherapeut erfüllen soll, welche Skills der haben soll, oder ein britischer ... Das ist das, was wir auch machen. Wenn diese Gäste zu uns kommen, dann gibt es null Probleme in der Übersetzung oder Umsetzung.

**Katrin Ludewig:** Ich möchte dazu Folgendes anmerken: Ich glaube, es ist kein Geheimnis, dass man in der deutschen systemischen Therapie in bestimmten Kreisen vor Diagnosestellung zurückschreckt oder sich davon fernhalten möchte, was ich unter bestimmten Aspekten auch gut nachvollziehen kann. Die Bewertung der systemischen Therapie erfolgte aber gerade genau diagnosebezogen. So stellt sich mir die Frage: Wie kann eine solche Studienanalyse, die ganz klar diagnosebezogen erfolgt ist, auf die systemische, therapeutische Arbeit in Deutschland übertragbar sein, wenn ganz klar offen in aller

Deutlichkeit auf Symposien diskutiert wird, wie wir mit Diagnosen überhaupt umgehen können, obwohl wir das aus bestimmten Gründen gar nicht wollen? Das finde ich in dem Zusammenhang einen wichtigen Aspekt.

Kirsten von Sydow: Ich wollte noch etwas zu einem anderen Punkt sagen, zur Praxis in Deutschland. Das eine ist, systemische Therapie ist erst Mitte Dezember 2008 wissenschaftlich anerkannt worden. Das heißt, juristisch erlaubt im ambulanten Bereich ist systemische Therapie erst seit 2009. Es gibt praktisch keine Lehrstühle in der klinischen Psychologie für systemische Therapie, auch in der psychosomatischen Medizin oder Psychiatrie oder wo immer sonst meines Wissens so gut wie gar nicht. Lehrstühle für klinische Psychologie werden - das ist nachgewiesen - systematisch praktisch nur bevorzugt mit Verhaltenstherapeuten besetzt. Insofern ist es völlig klar, dass es fast keine deutschen Studien gibt, weil es den Kontext dafür einfach nicht gibt. Das ist dieses Henne-Ei-Problem. Das wollte ich nur noch einmal näher ausführen.

Es gibt dennoch zum Beispiel auch in Deutschland Studien. Es gab an der Uniklinik in Hamburg am UKE die Studie von Thomasius über Drogen. Das war keine RCT-Studie, sondern ein einfacher Vergleich über Drogen, Familientherapie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Diese zeigt, dass durchaus systemische Familientherapie erfolgreich durchgeführt werden kann in Deutschland. Es gab auch von Scholz in Zusammenarbeit mit Asen am Uniklinikum Dresden auch nicht RCT-Studien zur Multifamilientherapie bei Essstörungen, ich glaube primär eher Jugendliche, aber möglicherweise auch mit jungen Erwachsenen dabei.

Es ist also machbar, es ist auch erfolgreich, es ist bisher nur nicht methodisch so anspruchsvoll nachgewiesen in Deutschland, weil einfach der Kontext dafür komplett fehlt, größere anspruchsvollere Projekte zu machen.

Und es gibt in Baden-Württemberg - dazu kannst du, Rüdiger, wahrscheinlich mehr sagen - dieses Modellprojekt, wo auch systemische Therapie praktiziert wurde.

Timo Harfst: Eingangs kann ich die Zusammenfassung von Herrn Grümer bestätigen, dass die vorliegenden Studien dem klassischen Spektrum der systemischen Methoden entstammen. Es ist auch so, dass es keine Besonderheit letztendlich für die systemische Therapie ist, dass der größere Teil der empirischen Studien dem internationalen Bereich entspringt. Das haben wir bei allen anderen Psychotherapieverfahren sicherlich in vergleichbarer Weise. Es mag sicherlich zahlenmäßig mehr Studien geben, aber sozusagen von den Prozentsätzen her kommt ein großer Teil aus dem internationalen Raum. Das ist sicherlich auch für die anderen Richtlinienverfahren und die weiteren wissenschaftlich anerkannten anderen Psychotherapieverfahren, Gesprächspsychotherapie so festzuhalten.

Bezüglich der Methoden, die sich hier wiederfinden, ist die Frage, ob es repräsentativ ist. Für das, was letztendlich gelehrt ist, kann man sicherlich zum einen sagen, die staatlich

anerkannten Ausbildungsinstitute sind nicht so zahlreich - das ist sicherlich erst mal richtig -, aber die haben sich natürlich sozusagen seit dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Ende 2008 und dann entsprechend mit der Beantragung der staatlichen Zulassung an dem entsprechenden wissenschaftlichen Stand zu orientieren.

Das Gleiche gilt in dieser Weise auch für die Weiterbildungsgänge, die es inzwischen auch in einer großen Zahl von Landesspsychotherapeutenkammern gibt in systemischer Therapie, wo eben schon approbierte Psychotherapeuten neben anderen Verfahren ihre Fachkunde erworben haben, dann draufsatteln oder eben ihre Fachkunde anerkennen lassen im Rahmen einer Weiterbildung, dass auch die sich entsprechend an dem aktuellen Stand zu orientieren haben und da eben die wissenschaftliche Evidenz entsprechend zu berücksichtigen ist. Und sozusagen auch mit Zukunftsperspektive wäre es eben so, dass bezogen auf die Übertragbarkeit dann die tatsächlich untersuchten Methoden der systemischen Therapie auch gelehrt werden und dann Anwendung finden können. Das kann man sicherlich bejahen.

Es ist sicherlich auch so, dass das zwar nicht in einer ambulanten GKV-Versorgung Anwendung findet, aber sehr wohl in dem Bereich der privatversicherten Patienten und bei den Selbstzahlern, also wo sich das sozusagen in der ambulanten Versorgung niederschlägt und da auch die Ansätze, die genannt wurden, sicherlich eher das typische Beispiel sind.

Ulrike Borst: Ich würde gerne etwas zu dem sagen, was Frau Ludewig erwähnt hat. Es ist natürlich richtig, dass da manchmal ein gespaltenes Verhältnis zu der Diagnostik besteht. Ich möchte es aber gerne so zusammenfassen, wie ich das sinnvoll finde, wenn man in klinischen Kontexten arbeitet. Es wird anerkannt, dass es psychische Störungen von Krankheitswert gibt, es wird anerkannt, dass mit Diagnosen gearbeitet wird als Querschnittsbetrachtung, aber - das ist der andere Teil - es wird durch ein immer wieder in den Kontext stellen der psychischen Störung noch weitaus mehr als in anderen Verfahren darauf hingewirkt, dass eine Chronifizierung nicht stattfindet. Ganz kurz zusammengefasst: Da spricht man von der Aufweichung des Krankheitskonzeptes, aber nicht von einer Auflösung.

Jürgen Kasper: Ich wollte nur ein bisschen ordnend nachhaken. Die letzten Beiträge gingen ja ein ganz kleines bisschen in die Richtung, dass ich dachte, jetzt geht es darum, eine Lanze für die systemische Therapie zu brechen. Die Therapeuten werden sehr wohl in Zukunft gründlich ausgebildet. Und Sie sagen: Nein, die sind gar nicht so diagnosefeindlich. - Was wir eigentlich hier machen, ist, glaube ich, mehr, dass wir nach möglichen Anhaltspunkte dafür suchen, dass das, was wir in dem Bericht gefunden haben, vielleicht nicht repräsentativ sein könnte. Wenn ich das so höre, dann gibt es im Prinzip drei mögliche Quellen von Nichtrepräsentativität:

Das eine ist: Die Verfahren, die untersucht wurden, entsprechen nicht den Verfahren, die in Deutschland angewendet werden. Das wurde von den meisten eher so bewertet, dass das nicht der Fall ist.

Der andere Punkt wäre: Die therapeutischen Ausbildungen, die es hier gibt, sind noch gar nicht auf dem Stand, wie sie wären, wenn eine Anerkennung stattfindet. Das würde ja dann, wenn ich das ganz schnell beurteile, tendenziell gegenwärtig eher zu einer Unterschätzung des tatsächlichen Potentials führen. Das versehe ich mit einem Fragezeichen. Wären die Therapeuten noch gar nicht so ausgebildet, wäre der Effekt ja noch größer.

Die dritte Gruppe von Nichtrepräsentativität wäre ein bisschen das, was Frau Ludewig angeführt hat: Es gibt eben dann - das ist unabhängig davon, wo die Studien durchgeführt worden sind - systemische Therapieverfahren oder vielleicht systemische Therapeuten. Die sind studienfähig. Die stellen sich für solche Untersuchungen zur Verfügung. Und dann gibt es - hypothetisch - einen großen Teil an Therapeuten, die niemals an so einer Studie teilnehmen würden, weil die Wissenschaft hassen, weil die keine Diagnosen stellen, weil die so nicht arbeiten. Ich übertreibe jetzt ein bisschen. Aber dann hätte man jetzt mit einer kleinen Gruppe von Psychotherapeuten, die studiengängig sind, diese Ergebnisse erzielt, aber es wäre halt dann nicht repräsentativ - das war ein bisschen Ihr Punkt -, weil die meisten systemischen Therapeuten gar nicht erst eine Diagnose stellen würden.

Wir sind ja auf der Suche nach möglichen Auswirkungen auf den Bericht und der Interpretation, inwieweit das repräsentativ ist. Ich glaube, die ersten beiden Punkte können wir fast schon abhaken. Aber der letzte steht ja noch im Raum.

Katrin Ludewig: Ich habe den Eindruck, dass ich eben ein bisschen missverstanden worden bin. Es geht mir - das hatte ich in meiner Stellungnahme sehr ausführlich angemerkt - ... Hier klang es für mich so, als ob es sozusagen um eine Potentialbeschreibung der systemischen Therapie in Deutschland ginge. So habe ich den Auftrag an das IQWiG nicht verstanden, sondern dass es um eine Bewertung geht, und zwar um eine Nutzen- und Schadenbewertung unter dem Aspekt auch des Patientenschutzes. So hat es damals auch Herr Deisler formuliert, als er erläutert hat, welchem Zweck diese Auftragsstellung dient. Da finde ich es schon wichtig, zu gucken, welche Methoden genau angewandt wurden und welches Verständnis man zu diesen Methoden in Deutschland hat. Es gibt in Deutschland - das habe ich in der Stellungnahme ausführlich dargelegt - einen Sonderweg, den Frau von Sydow sehr deutlich kritisiert hat, der aus meiner Sicht - man kann es in der Literatur auch nachlesen - zu Therapieschäden führt.

Wenn Frau Dr. Borst in ihrem Buch "Systemische Therapie", was sich als Grundlagenwerk versteht, schreibt, dass das, was systemische Therapie erreichen könnte, Krise und Verstörung sei, dann finde ich das sehr irritierend. Wenn mir ein Herr Prof. Simon erklärt, er halte das Konzept der psychischen Traumatisierung für Quatsch, und das auch andeutungsweise in seinen Büchern so zum Ausdruck bringt, oder ein Herr Dr. Ludewig und Herr Prof. Simon das Leidparadigma der operationalen Geschlossenheit ihre Sichtweise der deutschen systemischen Therapie proklamieren, dann finde ich das auch aus therapeutischer Sicht, bei der es um Linderung von Leid und Krankheit geht, beunruhigend. Ich finde es auch beunruhigend, wenn Frau Dr. Borst ausdrücklich schreibt, die systemische Therapie arbeitet weder indikations-

noch diagnosebezogen und es geht nicht um die Heilung einer Krankheit, es geht hier um die sozialversicherungsrechtliche Anerkennung, und sozialversicherungsrechtlich anerkannt wird die Behandlung von Krankheiten oder von Störungen mit Krankheitswert.

Das sind, finde ich, alles Aspekte, die bei der Frage, inwieweit das, was hier in den Studien analysiert wurde, übertragbar ist auf die systemische Therapie in Deutschland, eine Rolle spielen.

**Moderator Stefan Lange:** Sie haben insofern recht, als der Auftrag eben die Nutzen- und Schadenbewertung ist und dann idealerweise unter Bedingungen, wie wir sie in Deutschland vorfinden.

Die Frage der Übertragbarkeit ist immer ein sehr schwieriger Punkt, der auch nicht methodisch formal, methodisch befriedigend gelöst werden kann. Das sind häufig Einschätzungen. Da ist es so, wie Jürgen Kasper sagte. Wir suchen Anhaltspunkte für das Für und das Wider, wobei vermutlich manche dieser Punkte, die jetzt angesprochen worden sind, in letzter Konsequenz gegebenenfalls der G-BA behandeln muss, wenn es dann darum geht, sollte er zu einem Beschluss kommen, in dem er glaubt, dass die systemische Therapie im Grunde genommen alle Kriterien erfüllt und sie in die GKV-Versorgung im ambulanten Bereich Einzug erhalten soll, dass noch Bedingungen formuliert werden müssen und sollen, wie das vonstatten zu gehen hat. Das geht dann aber über unseren Berichtshorizont hinaus.

Jetzt haben Sie sehr grundsätzliche Punkte angesprochen, Frau Ludewig, die Sie uns freundlicherweise auch in Ihrer Stellungnahme haben zukommen lassen. Ich denke, Sie beide kennen sich, und da gibt es einen bestimmten Diskurs, den wir, glaube ich, hier an dieser Stelle nicht unbedingt wiederholen können.

Ich will trotzdem eine Frage an Frau Borst stellen - Sie haben es teilweise ja schon beantwortet -: In der Tat, ein Verfahren, das für sich in Anspruch nähme - ich sage es im Konjunktiv -, indikations- und diagnosefrei - ich übertreibe auch wie Jürgen Kasper - zu arbeiten, wäre natürlich ein Stück weit ein Problem, sowohl was die Bewertung dieser Studien angeht für ein solches Vorgehen als auch natürlich für Fragen des Sozialrechts, wobei wir dafür im IQWiG nur sehr begrenzt Experten sind, das ist eher der G-BA oder gar die Rechtsprechung. Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen. Sie haben es ja im Grunde genommen schon gesagt.

Ulrike Borst: Diagnose- und indikationsfrei ganz bestimmt nicht, aber wir versuchen - das habe ich schon in der ersten Anhörung versucht, anzubringen - immer, eher konstellationsspezifisch zu arbeiten als diagnosespezifisch. Das heißt, wenn - ich habe ja sehr lange in psychiatrischen Kontexten gearbeitet - eine schwerdepressive Patientin zu mir in die Klinik kommt, dann stelle ich die Diagnose, ja, stelle die Indikation, ja, ich stelle die Indikation meistens auch für eine Paarberatung, Paartherapie. Das gerät dann oft in den Vordergrund - das stimmt - und die Diagnose durchaus in den Hintergrund. Ich war ja auch

lange Qualitätsbeauftragte in dem Spitalverbund im Thurgau. Wir sehen es nicht als Qualitätskriterium an, wenn eine Diagnose über Jahre bestehen bleibt, im Gegenteil.

Rüdiger Retzlaff: Ich möchte erst mal daran erinnern, dass ich auch Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie und auch für tiefenpsychologische Therapie bin. Als wir in den 70er-Jahren verhaltenstherapeutisch an der Uni Tübingen ausgebildet wurden, galt in der Verhaltenstherapie die Stellung von psychiatrischen Diagnosen nach dem ICD-10 als ein no go, sondern man hat immer eine sehr ausführliche seitenlange Verhaltensanalyse erstellt, 20 Seiten Verhaltensanalyse. Diese Feindlichkeit gegenüber psychiatrischen Diagnosen gibt es in anderen Bereichen auch. Ich weiß von einem Kollegen, der auch Gutachter und Professor für Psychoanalyse ist, dass ein großer Teil der Tiefenpsychologen und der analytischen Kollegen überhaupt nicht begeistert ist von der Arbeit mit Diagnosen. Er sagt mir, dass die dann, wenn er Anträge zurückweist, zum Teil sehr beleidigt seien und dass da auch eine Spaltung besteht zwischen dem, wie man es eigentlich macht, und dem, was in der Wissenschaft praktiziert wird. Dieses Thema haben wir natürlich in den anderen Verfahren auch, dass es solche und solche gibt.

Herr Harfst hat schon darauf hingewiesen: Wir haben zum Beispiel in Baden-Württemberg eine zusätzliche systemische Therapie, den approbierte Kollegen erreichen können. Da steht eindeutig auch eine störungsspezifische Fortbildung drin. Das muss sein. Das wird auch so gemacht. Das gehört dazu. Eine der namhaften systemischen Verlage hat, glaube ich, im letzten Jahr eine Reihe aufgelegt "Störungsspezifische systemische Therapie". Da gibt es also eine große und breite Szene, die das durchaus befürwortet.

In der Schweiz, glaube ich, ist die systemische Therapie eines von vier Hauptverfahren. Auch da gibt es kein Problem mit Diagnosestellung und so. Ich muss aber sagen, dass ich selber Diagnosen als eine notwendige Voraussetzung für eine therapeutische Arbeit ansehe, aber nicht als hinreichende. Wenn ich vier magersüchtige Patientinnen in Therapie nehme, dann bin ich überzeugt davon, dass jede eine unterschiedliche Familiengeschichte hat, die ich kennen und berücksichtigen muss. Das ist aber auch in den Psychotherapierichtlinien so verankert. Es reicht überhaupt nicht aus, dass ich eine ICD-10-Diagnose stelle und dann einfach das Manual x abarbeite - so ein Antrag würde sofort zurückgewiesen werden -, sondern ich muss eine psychiatrische Diagnose stellen, ich muss einen lebensgeschichtlichen deutenden sowie einen tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Befund stellen. Das heißt, ich muss eigentlich drei Diagnosen parallel stellen. Aus einer systemischen Sicht ist es, glaube ich, wichtig, dass man Menschen nicht nur reduziert auf eine Störung, sondern auch ein breiteres Fallverständnis hat und sie in ihrem sozialen Kontext sieht, versteht und behandelt. Ich hoffe, dass das eine Position ist, der sich viele systemische Kollegen anschließen.

**Kirsten von Sydow:** Ich möchte mich da anschließen, vor allem an das, was Rüdiger Retzlaff gesagt hat. Ich denke auch, es gibt sicherlich einen gewissen Teil von systemischen Therapeuten, die da eine gewisse große Distanz zu Diagnosen haben, genauso wie es das bei

anderen Richtlinientherapeuten gibt und mindestens genauso stark im psychodynamischen Feld, Verhaltenstherapie auch zum Teil. Das ist aber sicherlich nicht unvereinbar mit irgendeiner Approbationsausbildung. Da muss man schon mit Diagnosen arbeiten.

Was ich auch finde, was systemisch anders ist: Es gibt in den USA zum Beispiel große Bemühungen, Relational Diagnostic zu entwickeln und im DSM unterzubringen, bisher noch nicht sehr erfolgreich. Das ist eben das systemische, eben mehr auf den Kontext zu gucken und zum Beispiel auch Ressourcendiagnostik zu machen, nicht nur Defizitdiagnostik. Wenn jemand eine schwere depressive Episode hat, ist das trotzdem ein Mensch mit sehr unterschiedlichen Ressourcen, was auch für die Prognose Unterschiede macht.

Ich wollte noch erwähnen: Das ist jetzt nicht rein systemisch, aber angeblich haben ICD-11 die Diagnose komplexe Traumafolgestörung, wo sozusagen belastende, meistens sind es ja familiäre Erfahrungen sozusagen genuin eine Rolle spielen für die Entstehung einer schweren psychischen Störung. Also da ist noch mal anders der Zusammenhang von Familie, Beziehungserfahrung und psychischen Störungen.

**Moderator Stefan Lange:** Ich glaube - nur mal so als Zwischenfazit -, dass das für uns eine interessante Diskussion ist. Das meine ich ernst, meine ich wirklich so. Ich meine meistens die Dinge so, wie ich sie sage, manchmal nicht, aber meistens schon. Insofern freue ich mich, dass das jetzt mal so weitergeht.

Katrin Ludewig: Ich möchte gar nicht in Abrede stellen, dass es wert ist, darüber zu diskutieren, inwieweit Diagnosestellung manchmal hilfreich ist oder nicht, zumal, was Frau Prof. von Sydow ansprach, insbesondere eben auch diese Diagnose oder das Konzept der komplexen Traumatisierung aus meiner Sicht ein sehr Wichtiges ist, was sich bisher noch nicht in diesen Diagnosekatalogen wirklich wiederfand, sodass man es auch als Diagnosebegriff wirklich verwenden konnte. Das finde ich sehr misslich. Es hat auch sehr lange gedauert, bis zum Beispiel die posttraumatischen Belastungsstörungen irgendwie dort erfasst wurden. Darum geht es mir an sich gar nicht, sondern es geht mir darum, inwieweit die Rechte der Patienten dabei auch berücksichtigt werden. Ich finde, man kann sich bei einer Diagnosefindung sehr wohl eben auch all diese Fragen, die hier angesprochen wurden, stellen. Es ist nun mal so, dass abrechnungstechnisch eine Diagnose erforderlich ist. Damit ist es auch in gewisser Weise ein Ausdruck eines Patientenrechtes.

Dabei finde ich es sehr wichtig, dass eine Diagnose nicht zum Katalogisieren oder Verurteilen verwendet werden dürfte. Die Art, wie betrachte ich überhaupt Diagnostizieren und Diagnosestellen, ist für mich sehr wichtig. Ich finde natürlich wichtig, dass da auch eine relationale Betrachtung erfolgt. Das ist extrem wichtig gerade bei komplexen Traumatisierungen, insbesondere bei zum Beispiel zwischenmenschlichen Verletzungen, bei denen es ja darum geht. Das ist enorm wichtig. Das will ich gar nicht in Abrede stellen. Allerdings finde ich es zutiefst besorgniserregend, wenn ich hier ... Unter diesem Fokus ist die Bindungstheorie und Bindungsforschung, glaube ich, der wichtigste Aspekt überhaupt.

Auch die Psychotraumatologie, die Entwicklungspsychologie sind ganz, ganz wichtige Bereiche, wo ein Therapeut, der systemisch arbeitet, gut ausgebildet sein sollte. Von daher finde ich dann solche Fragestellungen wie: "Was muss ich überhaupt wissen? Reicht es nicht, Muster zu erkennen?" zutiefst beunruhigend.

Da finde ich es auch zutiefst beunruhigend, wenn man bei Herrn Dr. Ludewig unter der Überschrift "Lieben und Liebe - eine anleitende Unterscheidung" Statements findet, die wirklich erschreckend sind, was Umgang mit menschlicher Verletzlichkeit insbesondere bei Kindern anbelangt.

Um diese Aspekte geht es mir. Ich finde, die haben sehr wohl Einfluss auf die Frage der Übertragbarkeit von Studienergebnissen auf die Praxis systemischer Therapie in Deutschland.

Ulrike Borst: Ich kann das sehr unterschreiben und würde jetzt gerne noch mal die machen in Diagnosestellung als psychopathologische Unterscheidung Querschnittsbetrachtung, die natürlich nötig ist, um überhaupt im Gesundheitswesen Behandlung zu finden, und möchte einen Blick in die Schweiz werfen, wo jetzt ja die ganzen Ausbildungsgänge akkreditiert werden vom Bund her und darauf geachtet wird, dass die Weiterbildungskandidaten eine gründliche psychopathologische Ausbildung haben und neuerdings jetzt zwei Jahre Klinikerfahrung mitbringen, bevor sie den Fachtitel erreichen darauf wird geachtet. Das ist jetzt die psychopathologische Querschnittsbetrachtung. Und da finde ich aber, gerade das, was Frau Ludewig sagt zur Längsschnittbetrachtung der Biografie und des so geworden seins der Patienten, leistet die systemische Therapie, sofern sie nicht rein lösungsorientiert und über die Maße konstruktivistisch vorgeht.

Rüdiger Retzlaff: Ich würde gerne auf einen Aspekt hinweisen, das ist der der Entwicklung. Wir haben natürlich über die Jahrzehnte auch eine Evaluation von Ideen im systemischen Feld, im psychoanalytischen Feld oder im verhaltenstherapeutischen Feld. Es gibt einen sehr geschätzten Kollegen, Jay Lebow, Herausgeber von "Family Process", der in einem sehr schönen Band über evidenzbasierte Therapie und systemische Therapie eine Zusammenfassung geschrieben hat, dass heute in diesen Jahren eigentlich das systemische Feld sehr viel weniger kritisch geworden ist gegenüber Diagnosen, sie nutzt, aber sie nicht verabsolutiert, sehr offen ist auch für benachbarte Disziplinen wie Bindungstheorie oder Entwicklungspsychologie und Soziologie und dergleichen mehr, insgesamt also sehr viel offener ist.

Umgekehrt werden wir sicherlich, wenn wir weiter diskutieren würden, auch horrende Beschreibungen finden von Vertretern der anderen Richtlinienverfahren, wo man sich an den Kopf packen könnte. Aber das bringt, glaube ich, nicht so viel. Man kann auch mit Diagnosen unter Umständen Patienten schaden, wenn man den Kontext nicht beachtet. Es ist hier nicht so, dass die Diagnosestellung per se ein Wunderding ist, sondern wenn ich eine

Magersüchtige zum Beispiel sehe und sie nur auf ihre Störung reduziere und den Familienkontext völlig außer Acht lasse, dann kann ich unter Umständen auch sehr schaden.

Ich würde noch mal sehr dafür plädieren, dass wir ... Wir brauchen, glaube ich, auch im Feld insgesamt, auch mit Unterstützung der Kammern, Qualitätsstandards für alle Psychotherapeuten, die dann Kassentherapie anbieten, aber das betrifft, glaube ich, nicht nur die Systemiker.

**Kirsten von Sydow:** Frau Ludewig, ich wollte auch zu dem, was Sie gesagt haben, anmerken: Der offizielle Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung der systemischen Therapie ist ganz klar grundlagenwissenschaftlich fundiert. Insofern spielt da durchaus auch die Bindungstheorie, zum Beispiel auch die Psychotraumatologie, eine Rolle, vielleicht nicht so eine wichtige, wie es vielleicht noch werden könnte, aber auf jeden Fall ist das bedeutsam, die Grundlagenwissenschaften. Und das ist primär Entwicklungspsychologie und auch Familienpsychologie. Und da gibt es ja unendlich viele Befunde, die auch die systemische Therapie stärken.

Zu der Sache mit den Diagnosen: Ich denke, das ist in meinen Augen genuin systemisch, also sehr vorsichtig und respektvoll mit Diagnosen umzugehen. Da gibt es zum Beispiel ein sehr spannendes Projekt, jetzt keine RCT-Studie, wo in einer Klinik, ich glaube, im deutschsprachigen Raum die ganzen Arztbriefe mit den Patienten besprochen wurden, zum Teil auch noch mit den Angehörigen besprochen wurden, auch mit sehr positiven Rückmeldungen. Es gab, glaube ich, einen einzigen in der Stichprobe von ungefähr 100 Leuten, wo man das Gefühl hatte, das können wir nicht machen, das ist zu brisant. Mit allen anderen Patienten konnte es gemacht werden und ist sehr gut verlaufen. Ich denke, das ist in meinen Augen sehr positiv an der systemischen Therapie.

Moderator Stefan Lange: Ich würde jetzt vorschlagen, dass wir diesen Punkt abschließen. Vielleicht nur so viel: Ich glaube, es scheint ja bei Ihnen eine gewisse Einigkeit zu existieren, dass Diagnosen offensichtlich etwas Erforderliches sind, aus verschiedensten Gründen, teilweise auch noch gar nicht genannt. Denn sonst würde man sich ja der völligen Beliebigkeit anheimstellen. Das kann keiner wollen. Das entzieht sich auch jeglicher Bewertbarkeit und dann auch jeglicher Empirie. Insofern ist es, glaube ich, für uns alle vielleicht auch ein Stück weit selbstverständlich, dass man Vergleichsmaßstäbe hat. Wie wollte man sonst solche Therapien vergleichen mit völlig anderen Ansätzen? Das geht ja nur über gemeinsame Anker und über ein gemeinsames Verständnis.

Ich habe das jetzt so verstanden, dass das im Grunde genommen allen klar ist, wobei ich in der Tat trotzdem warnen würde, wobei das wiederum Fragen sind, die andere Menschen zu adressieren, zu entscheiden haben, nicht in die Beliebigkeit zu gehen. Das geht, glaube ich, nicht, wenn man jetzt sagt: "Da gibt es aber noch die Ansätze", und dann öffnet man sie noch dem. - Da würde ich jetzt mal empfehlen, zu versuchen, es vielleicht ein Stück weit zu

fokussieren. Aber dazu kenne ich mich jetzt in dem Bereich überhaupt nicht aus, dass ich da kompetent Ratschläge erteilen könnte.

**Katrin Ludewig:** Ich möchte noch mal auf grundlegende Unterschiede in der Praxis der systemischen Therapie in Deutschland hinweisen und auch noch mal anmerken, dass die Ausführungen von Herrn Dr. Ludewig zum Thema "Lieben und Liebe" aus seinem völlig überarbeiteten, in 2015 neu aufgelegten Lehrbuch stammen. Es ist also aus seiner Sicht der aktuelle Stand zu dieser Art der Betrachtung in der systemischen Therapie.

Ich möchte auch dazu anmerken, dass er auf dem Blog der Community systemagazin.com 2010 als einer der Leading Man in der systemischen Therapie bezeichnet wurde und mit einem Fall zu Wort kam, der mich mit Trauer erfüllt, muss ich sagen.

Ich möchte hier auch darauf aufmerksam machen, dass Rainer Schwing - ich glaube, zweiter Vorsitzender der DGSF für eine bestimmte Periode - selbst angemerkt hat, dass zum Beispiel kriseninduzierende Verstörung langfristiges Lernen behindert, dass das aber ein ganz maßgebliches therapeutisches Vorgehen ist. Ich habe es selbst erlebt und fand es in der Tat zutiefst und langfristig verstörend. Hier wurden Patientenbriefe erwähnt. Ich habe zwei Jahre lang darauf warten müssen, dass man mir vertrauliche Unterlagen zurückgibt, die ich im Rahmen eines Mediationsversuchs ausgehändigt hatte. Ich habe sie auch erst zurückerhalten auf Intervention der Psychotherapeutenkammer.

Also es gibt leider im deutschen systemischen Feld Umsetzungsstrategien, die alles andere als symptomlindernd sind, sondern das Gegenteil. Ich habe leider auch bei den Institutionen, bei denen ich dachte und die das auch auf ihrer Website und in ihrer Selbstdarstellung angeben, dass sie sich um Qualitätssicherung kümmern würden, damit leider keine Resonanz gefunden.

Moderator Stefan Lange: Lassen wir das mal so stehen. Vielleicht der Hinweis: Das gibt es auch in völlig anderen Fächern, ob in der inneren Medizin, in der Chirurgie, in der Psychiatrie. Da gibt es auch Fachvertreter, prominente Fachvertreter, die unter Umständen Dinge publizieren oder auch praktizieren, die nicht unbedingt state of the art sind. Aber das heißt nicht, dass ich die Erfahrungen, die Sie selber gemacht haben, relativieren möchte. Ich glaube, an dem Punkt muss man ein bisschen zurückhaltend sein, wenn man das jetzt zu sehr globalisiert. Aber, wie gesagt, das kann ich selber gar nicht so richtig gut beurteilen. Aber wir haben das aufgenommen, im wahrsten Sinne des Wortes. Es hat hier seinen Platz.

Nun hat Herr Harfst das Wort. Sie können vielleicht aus Sicht der Psychotherapeutenkammer diesen TOP abschließen.

**Timo Harfst:** Zum Abschluss noch mal die Anmerkung, dass über die ohnehin ja berufsrechtlich bestehenden Verpflichtungen hinaus, eine Diagnose zu stellen, darüber aufzuklären, wenn entsprechend die Kriterien erfüllt sind, ausführlich zu informieren, auch noch mal sozialrechtlich mit der letzten Reform der Psychotherapierichtlinie - das wäre ja sozusagen der Rechtsrahmen, in dem sich das Ganze abspielen würde - sozusagen eine

Präzisierung erfolgt ist, dass künftig im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde eben die diagnostische Abklärung stattzufinden hat, eine Indikationsstellung, der Patient ausführlich zu beraten ist über die Diagnose oder Diagnosen, die gestellt worden sind, und er sogar darüber hinaus eine individuelle Patienteninformation erhält, wo genau diese Informationen dem Patienten ausgehändigt werden. Das ist also sozusagen ein Rechtsrahmen, der sozusagen für jeden systemischen Therapeuten automatisch greift, den er zu erfüllen hat in dem Moment, wo er in der ambulanten gesetzlichen Krankenversicherung psychotherapeutisch tätig ist. Insofern wird er gar nicht anders können, als dass er auch in dem Sinne - das ist eine notwendige Bedingung, keine hinreichende - diese notwendige Bedingung entsprechend erfüllen muss und den Patienten entsprechend darüber aufzuklären hat.

**Moderator Stefan Lange:** Okay. Für uns war der Punkt die Frage nach der Übertragbarkeit der von uns in unserem Bericht gefundenen und in den Bericht eingeflossenen Ergebnisse. Ich glaube, das ist soweit erschöpfend für uns diskutiert.

#### 4.3.6 Tagesordnungspunkt 5: Verschiedenes

Es bleibt der Tagesordnungspunkt 5, Verschiedenes. Wenn Sie noch etwas ansprechen möchten, dann können Sie das jetzt gerne tun.

**Kirsten von Sydow:** Das erste, was ich gerne ansprechen würde, ist: Wie ist die Umrechnung von Beleg, Hinweis, Anhaltspunkt in Nachweis oder kein Nachweis?

Moderator Stefan Lange: Das kann ich Ihnen nicht beantworten. Das sind Begrifflichkeiten aus zwei verschiedenen Verfahren. Wir beschreiben, wie wir das nennen, Ergebnissicherheit basierend auf bestimmten Studiencharakteristika, von denen wir glauben, dass sie geeignet sind, ein Studienergebnis in gewisser Weise zu verzerren. Darüber hatten wir zu Beginn gesprochen. Inwieweit der G-BA das jetzt umsetzt in diese Begrifflichkeiten Nachweis und nicht Nachweis, das muss der G-BA entscheiden.

**Kirsten von Sydow:** Noch ein Punkt: Definition der systemischen Therapie. Das war ja von den systemischen Verbänden als Änderungswunsch angemeldet worden.

Sebastian Grümer: Tatsächlich ist das ein Punkt, den Sie und die BPtK in der Stellungnahme angemerkt haben. Wir haben - ich glaube, da greife ich mal auf den Abschlussbericht vor - uns entschlossen, tatsächlich ein bisschen mehr Transparenz walten zu lassen, und werden für den Abschlussbericht dezidiert einen Abschnitt formulieren, wo unser Prüfverfahren hinsichtlich der systemischen Therapie dargestellt wird, welche Schritte wir unternommen haben, um auf Basis welcher Angaben in einer Publikation zu einem Einschluss oder halt zu einem Ausschluss einer Prüfintervention zu kommen.

Kirsten von Sydow: Das ist verwandt, aber nicht identisch. Am Prüfverfahren hatten wir ja gar nichts auszusetzen, sondern wirklich nur die Definition. Und da wäre das Problem, dass

von den Fachverbänden beim wissenschaftlichen Anerkennungsantrag und vom Wissenschaftlichen Beirat eine andere Definition genommen worden war und diese beiden Verfahren ja aufeinander aufbauen, wenn ich richtig informiert bin.

Sebastian Grümer: Sie sprechen also unseren theoretischen Hintergrund an.

Kirsten von Sydow: Ja, genau.

Sebastian Grümer: Tatsächlich, meine ich, hätten wir anteilig Ihre damals geäußerten Punkte aufgenommen. Und tatsächlich kann ich noch mal versichern, dass das, was vorne im "Hintergrund" steht, überhaupt nicht handlungsleitend ist. Es ist quasi eine einführende sanfte Einführung in der Thema der systemischen Therapie, die maximal beispielhaft einzelne Aspekte herausgreift, aber bei weitem nicht unser Prüfverfahren, geschweige denn die gesamte Breite aller möglichen therapeutischen Techniken etc. umfassend darstellt.

Dass wir tatsächlich - da gebe ich Ihnen recht - eine etwas andere Definition als Sie in Ihrem Buch und in dem Gutachten des WBP gewählt haben, liegt einfach daran, dass wir einen etwas breiteten Ansatz haben wollten. Wir wollten uns nicht auf einen spezifischen Ansatz, eine bestimmte Definition beschränken, was Sie sicherlich auch nicht gemacht haben. Wir wollten halt einen definitiv breiteren Ansatz wählen und haben daher versucht, aus möglichst vielen Lehrbüchern, unter anderen auch aus Ihrem, die ganze Breite der systemischen Therapie darzustellen.

Moderator Stefan Lange: Vielleicht ergänzend: Ich glaube nicht, dass die Anerkennung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie eine direkte Verknüpfung zu unserem Auftrag hat. Natürlich gibt es Gemeinsamkeiten, will ich mal sagen, aber das sind zwei unterschiedliche Verfahren. Das wollte ich erst mal klarstellen.

**Kirsten von Sydow:** Die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens ist die Voraussetzung dafür, dass überhaupt vielleicht, wenn man Glück hat, bei Ihnen bzw. beim G-BA ein Verfahren läuft. Insofern - ich bin jetzt keine Juristin - erscheint uns das problematisch, wenn das Verfahren plötzlich anders definiert wird.

Moderator Stefan Lange: Stimme ich Ihnen zu, aber es wird ja, wir Herr Grümer ausgeführt hat, nicht irgendwie anders definiert, sondern wir haben - so habe ich ihn verstanden, ohne dass ich das genau sagen kann - ein vielleicht etwas breiteres Verständnis. Ich stimme Ihnen insofern zu, man könne das vielleicht vergleichen mit der Frage der Zulassung als Arzneimittel und der Frage nach dem Nutzen, wobei möglicherweise der Vergleich ein wenig hinkt in verschiedenen Aspekten.

Wir tendieren im Grunde genommen sehr stark dazu - Herr Grümer hat das ausgeführt -, solche Abschnitte wie "Hintergrund" entweder ganz zu streichen oder jedenfalls extrem zu kürzen, weil das sehr oft Anlass zu Missverständnissen gibt.

**Friedemann Geiger:** Zur Ergänzung: Die Tatsache, dass wir mit unserer Auswahl an Studien und Ihren Stellungnahmen eine sehr hohe Kongruenz am Ende hatten, zeigt ja auch, dass es sich vielleicht auch eher im Bereich von unterschiedlichen Formulierungen, Schwerpunktsetzungen abspielt, wo man das unterscheiden könnte. Ich glaube, unter dem Strich meinen wir das Gleiche.

**Ulrike Borst:** Ich habe noch eine ganz andere Frage und gehe aber nach dem, was Sie am Anfang sagten, davon aus, dass Sie im endgültigen Bericht zumindest interpretierend noch etwas schreiben werden zu dem Begriff des Zusatznutzens und dazu, dass Sie manchmal den Zusatznutzen geprüft haben. Dazu habe ich die Frage: Entspricht das dem Vorgehen, oder geht es um den Nutzen?

**Sebastian Grümer:** Der Begriff "Zusatznutzen" ist tatsächlich von uns überhaupt nicht verwendet worden, weil es ein im Rahmen des IQWiG festgelegter Begriff im Rahmen der Überprüfung von medikamentösen Therapien ist im Rahmen des AMNOG. Von daher würden wir uns hüten, von "Zusatznutzen" zu sprechen.

Tatsächlich lautete der Auftrag vom G-BA an uns, die Ableitungen des Nutzens jeweils im Vergleich zu ... und jetzt kam eine relativ große Bandbreite an möglichen Komparatoren. Es ist nachvollziehbar, dass primär sicher der Vergleich gegen Wartekontrollgruppe leichter ist als gegen eine schon in der Versorgung befindliche Therapierichtung. Wir dürfen trotzdem in dem Zusammenhang nur von "Nutzen" sprechen und auch nicht von einem "höheren Nutzen" oder "höher gearteten Nutzen", weil der Auftrag auch nicht so aussah.

Wir haben tatsächlich überlegt. Die Diskussion hatten wir in unseren Projektgruppen an zahlreichen Stellen. Um das allerdings tatsächlich machen zu können, hätten wir auch eine Art von Effizienzrangreihe haben müssen, die wir selber hätten aufstellen müssen. Dann wäre die Frage gewesen, auf welcher Basis. Bewerten wir Psychoedukation als vielleicht mittelmäßig, höherwertig, geringerwertig als eine Verhaltenstherapie? Es gibt keine Nutzenbewertungen zur Verhaltenstherapie, zur Psychoanalyse, zu allen unseren Komparatoren. Von daher hätten wir uns da vielleicht nicht der Beliebigkeit, aber wir hätten uns auf spezifische Sachen stützen müssen, die belegen müssen, was das ganze Verfahren sehr kompliziert hätte. Von daher leiten wir momentan rigoros den Nutzen ab gegenüber jegliche Art von Komparator.

Rüdiger Retzlaff: Ich bitte darum, dass Sie freundlicherweise noch mal das Dokument durchgehen, weil der Begriff "Zusatznutzen" uns beim Lesen des Dokumentes aufgefallen ist. Ich müsste mich sehr täuschen, wenn der Begriff da nicht so drinsteht. Das ist auch aus folgendem Grund wichtig: Wir gehen ja davon aus, dass ein Zusatznutzen eigentlich für die Psychotherapie insgesamt alleine dadurch gegeben ist, dass ein weiteres Therapieverfahren zur Verfügung steht. Ein Arzt hat ja auch nicht nur ein Antibiotikum oder ein Schmerzmittel, sondern mehrere. Es wirkt ja nicht immer alles gleich. Deswegen ist aus unserer Sicht das auch wesentlich. Einen Zusatznutzen, den wir auch sehen - darüber hatten wir ja noch mal

diskutiert -, sind die Drop-out-Rate und die Patientenzufriedenheit. Das ist in vielen Studien einfach sehr hoch. Das erscheint uns auch von der Versorgungsseite her ganz wesentlich. High utiliser sind ein großes Problem und Leute, die Therapien abbrechen, auch. Das würden wir noch mal unterstreichen, dass das ein wichtiger Aspekt ist.

Moderator Stefan Lange: Das lässt sich ja leicht umsetzen, zu prüfen, ob wir den Begriff "Zusatznutzen" verwendet haben. Herr Grümer hat die Schwierigkeiten ausreichend dargestellt. Unabhängig davon, was wir nun dürfen oder was wir nicht dürfen, ich glaube, wir dürfen schon einiges. Wir sind schließlich eine unabhängige Institution, auch wenn wir natürlich Aufträge bearbeiten.

Ich stimme natürlich völlig zu, dass, um tatsächlich von einem Zusatznutzen zu sprechen, wir wissen müssen, dass der Vergleichsarm, der Komparator selber einen Nutzen hat. Das ist das Problem.

Ich würde Ihnen nicht zustimmen, Herr Retzlaff - das sage ich ganz klar; diese Argumentation, die Sie geführt haben, finden wir auch in ganz anderen Bereichen; im Arzneimittelbereich wird auch immer gesagt: Es ist doch herrlich, wenn wir ein neues, das zehnte Hypertensivum, Antihypertensivum haben, wir kommen mit neun nicht aus -, nur die Verfügbarkeit eines therapeutischen Konzepts, unabhängig von der Frage, ob es funktioniert oder nicht, ist, glaube ich, kein Zusatznutzen. Aber vielleicht haben Sie das auch nicht gemeint.

Und in der Tat: Auch da haben wir mit dem Begriff der Patientenzufriedenheit - das sage ich ganz offen - ein großes Problem, weil es natürlich hochsuggestiv und manipulationsanfällig ist. Aber möglicherweise haben Sie was anderes gemeint. So ein Aspekt wie: "Wie häufig verlassen Patienten Studien, oder wie oft brechen sie die Therapie ab?" ist schon ein etwas härteres Kriterium. Ich weiß aber nicht, ob wir das in diesem Bericht berücksichtigt haben - Haben wir nicht. Aber dem könnte ich schon eher etwas abgewinnen als so Aspekten der Patientenzufriedenheit.

Aber das haben wir verstanden, und wir schauen noch mal, ob wir den Begriff tatsächlich verwendet haben oder nicht. Das lässt sich ja leicht prüfen.

**Kirsten von Sydow:** Es sind ja vonseiten der systemischen Verbände noch einige fehlende Studien eingebracht worden, auch chinesische, wo es das Übersetzungsproblem gibt, aber auch andere. Können Sie dazu etwas sagen?

Sebastian Grümer: Ich kann Ihnen versichern, dass wir alle Studien, die Sie uns im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingereicht haben, entweder neu prüfen werden für den Fall, dass wir sie schon einmal geprüft haben, oder für gänzlich neue Studien natürlich unsere ganz normalen Prüfschritte unternehmen werden. Von daher werden die dann auch sicherlich im Rahmen des Abschlussberichts dezidiert gewürdigt werden und an der einen oder anderen Stelle auftauchen.

**Kirsten von Sydow:** Auch die Studien zu multiplen Anwendungsbereichen, wo wir das Gefühl hatten, dass sie noch nicht alle Anwendungsbereiche, also wo die Studien berücksichtigt waren, aber nicht alle Anwendungsbereiche?

**Sebastian Grümer:** Tatsächlich haben wir diese Argumente vernommen und werden schauen, ob wir, wie zum Beispiel die BPtK-Vorschläge, manche Studien hinsichtlich Subgruppen auswerten sollen oder ob wir vielleicht ergänzend noch eine Studie in einen anderen Störungsbereich zusätzlich aufnehmen werden. Ja.

Moderator Stefan Lange: Um weiteren solchen Fragen vorzubeugen, Frau von Sydow - ich hatte das zu Beginn gesagt -: Auch die hier nicht besprochenen Aspekte werden wir sorgfältig prüfen, und Sie können sicher sein, dass wir uns dazu positionieren werden, also wenn man jetzt mal von Rechtschreibfehlern oder falschen Formatierungen absieht. Nur, wie wir uns dann entscheiden werden, ob in die eine oder andere Richtung, das werden wir auch heute nicht kundtun, ist Gegenstand unserer Prüfung, für die übrigens natürlich auch das Ergebnis dieser Erörterung wichtig ist. Sonst hätten wir sie uns ja sparen können. Aber ich wollte nur sagen, Sie müssen jetzt nicht jeden Punkt Ihrer Stellungnahme nach Berücksichtigung abfragen.

Kirsten von Sydow: Keine Angst, ich werde jetzt nicht jeden Punkt ... Aber ein wichtiger Punkt ist noch die Berücksichtigung der Dosis, der Therapiedosis, gerade in dieser wichtigen Knekt Studie - ich weiß nicht, wie man es ausspricht - 2004, wo sehr unterschiedliche Therapiedosen sind und sehr geringe für systemische Therapie und längere, doppelt so lange für psychodynamische Kurzzeittherapie und ich weiß nicht wie viel Mal so lange für die Langzeittherapie. Das ist bisher in Ihre Evaluation noch gar nicht so eingeflossen. Ich denke, das spielt ja eine wichtige Rolle. Wenn da zum Beispiel systemische Kurzzeittherapie, Ultrakurzzeittherapie gleich wirksam ist wie psychodynamische Langzeittherapie, dann ist das ja eigentlich ein spektakulär guter Befund für die systemische Therapie. Nur noch mal die Bitte, das einfließen zu lassen.

Und dann noch eine Frage: Darf man noch Studien nachreichen?

Moderator Stefan Lange: Ist im Verfahren an und für sich nicht vorgesehen. Sie können uns natürlich außerhalb des Verfahrens - ich sage es jetzt mal etwas flapsig - schicken, was Sie wollen. Wir werden natürlich immer schauen, ob das eine Bedeutung für uns hat. Andererseits sind wir mit - so nennen wir das - unaufgeforderten Unterlagen in der Regel sehr zurückhaltend, weil sie typischerweise selektiv - häufig jedenfalls; ich will das nicht Ihnen unterstellen, aber wir müssen es generell unterstellen - zur Vorlage kommen. Insofern sind wir da ein bisschen reserviert, was das angeht, aber auch da können Sie gewiss sein: Alles, was uns zur Kenntnis gelangt, prüfen wir, und wir werden dann, so wir zu dem Schluss kommen, dass es für den Bericht keine Relevanz hat, dies auch im Bericht nicht darstellen, aber, falls mal jemand nachfragt, natürlich trotzdem eine Antwort darauf haben.

**Kirsten von Sydow:** Eine Frage: Kosten-Nutzen-Analysen, das ist jetzt nur so sehr kursorisch randständig. Es gibt ja noch eine ganze Reihe von Kosten-Nutzen-Analysen. Ist das etwas, was Sie zentral prüfen, oder geht es bei Ihnen wirklich nur um den Nutzen im Sinne von Wirksamkeit?

**Moderator Stefan Lange:** Es geht bei diesem Auftrag nur um den Nutzen. Geld spielt keine Rolle.

Kirsten von Sydow: Geld spielt keine Rolle. Okay.

Moderator Stefan Lange: Aber vielleicht noch mal zu dem Punkt vorher, Frau von Sydow: Ich würde Sie bitten, darüber nachzudenken, zu überlegen, inwieweit das sinnvoll ist. Immer das weitere Nachreichen und Nachreichen, dann könnte jemand auf den Standpunkt kommen: Oh, jetzt haben die da vom IQWiG irgendetwas, was gar nicht im Stellungnahmeverfahren drin war, noch reingenommen, auf irgendwelchen merkwürdigen Wegen. Jetzt müssen wir noch mal eine Stellungnahme machen. Dann haben wir wieder so eine Runde. Dann kommt wieder was nach. - Dann werden wir hier nie fertig. Man kann natürlich damit im Grunde genommen ein solches Projekt, auch wenn es gut gemeint ist, erschweren. Ich kann mir übrigens auch vorstellen, dass, so denn mal unser Bericht fertig sein sollte und in die weiteren Beratungen beim G-BA eingehen wird, auch die Kollegen dort dankbar sind über weitere Hinweise. Das kann ich mir jedenfalls vorstellen. Das bitte ich bei dem Punkt zu bedenken.

Herr Harfst, haben Sie noch etwas?

**Timo Harfst:** Meine Anerkennung auf jeden Fall für diesen Bericht. Das will ich jetzt wenigstens nutzen.

Ansonsten ist halt die Schwierigkeit - ich weiß nicht, ob Sie das schon beraten haben, ob ich jetzt etwas Neues dazu beitrage - ... Es hätte mich einfach interessiert mit dem Tagesordnungspunkt "Kritik bezüglich CONSORT Statement" und die Frage, inwieweit bei Patient Reported Outcomes grundsätzlich, denn wenn das sozusagen die Zielgröße ist, dass immer mit einem hohen Verzerrungsrisiko betrachtet wird, dann ist ja immer dieser Punkt der Verblindung bei den Fremdeinschätzungen, wo man ja jetzt gerade im Bereich der Psychotherapie vielleicht auch sagen muss, da hat man ja auch die Schwierigkeit, dass diese Fremdeinschätzung in vielen Fällen ... Also nehmen wir zum Beispiel eine PANSS, die ja auch darauf beruht, dass der Kliniker, der kann dann verblindet sein, was die Gruppenzugehörigkeit anbelangt, aber dass der sozusagen erst mal seine Fremdeinschätzung auf der Basis der Einschätzung des Patienten zu seinen Fragen vornimmt und man insofern auch da schnell in die Situation reinläuft, dass man im Grunde ein ähnliches Problem hat, dass eigentlich eine echte Verblindung in dem Sinne, dass eben der Patient ja doch dann weiß, zu welcher Gruppe er gehört - das ist ja zwangsläufig - sich damit einfängt und dass dann im Grunde dieses eine Kriterium, ist der Fremdeinschätzer verblindet oder nicht, vielleicht für

diese dichotome Entscheidung - hohes Verzerrungsrisiko, geringes Verzerrungsrisiko - was ein bisschen schwierig ist.

**Moderator Stefan Lange:** Ich kann die Frage beantworten: Wir haben das besprochen - klar -, aber wir haben auch gesagt, wenn Sie dazu noch etwas sagen möchten, dann können wir gerne auf den Punkt zurückkommen. Vielleicht kann ich kurz zusammenfassen, was wir besprochen haben.

Zunächst mal: Was die Frage des CONSORT Statements angeht, haben wir festgestellt, dass es sich im Wesentlichen um ein Missverständnis gehandelt hat. Wir haben das CONSORT Statement nicht als Instrument zur Studienbewertung herangezogen, wie es eventuell verstanden worden ist, sondern das ist für uns einfach nur ein Kriterium des Ein- und Ausschlusses von Studien, was die grundlegenden Informationen zu diesen Aspekten angeht.

Wir haben dann aber hier in der Runde in der Tat über den Aspekt der Verblindung gesprochen, welche Rolle der im psychotherapeutischen Setting spielt, generell, Familientherapie, aber eben auch für andere psychotherapeutischen Verfahren, dass eine Verblindung in der Regel nur schwierig zu erzielen sein wird, dass das aber trotzdem das verzerrende Moment bleibt. Das ist einfach eine Schwierigkeit, für die zwar keiner etwas kann - das sage ich mal in Anführungsstrichen -, das ist kein Mangel der Studie - deswegen haben wir übrigens diesen Begriff im Institut schon seit vielen Jahren verlassen -, sondern es ist einfach ein Problem. Nur weil es nicht besser geht, werden aber die Ergebnisse nicht sicherer. Es ist, glaube ich, auch sehr einsichtig - ich hatte auch den Eindruck, dass wir uns da einigermaßen einig waren -, dass natürlich bei solchen Verfahren, bei offenen Studien Patient Reported Outcomes mit einem besonders großen Risiko der Verzerrung einhergehen. Das ist einfach klar, weil das ist nun mal so - so habe ich es jedenfalls gelernt mit bescheidenen Möglichkeiten -, dass Bestandteil eben des verzerrenden Moments die Erwartungshaltungen sind und diese Erwartungshaltungen natürlich damit assoziiert sind, ob man weiß, welcher Therapie man zugeordnet ist oder nicht. Das ist hier nur einfach so gegeben. So war vorhin die Diskussion. Es gab Hinweise, dass das wiederum gerade ein besonderer Wirkmechanismus der Psychotherapie sei.

Überzeugtheiten, das ist ein gewisses Problem. Wir haben festgestellt, das haben wir nicht nur in der Psychotherapie, sondern Überzeugtheiten gibt es auch in völlig anderen Bereichen. Es ist also ein unspezifisches Faktum, wenn überhaupt. Da ist natürlich die spannende Frage, inwieweit so etwas, wenn wir jetzt wieder in sozialrechtliche Fragestellungen hineingehen, da auch eine Rolle spielen kann, jetzt mal sehr vorsichtig ausgedrückt.

**Kirsten von Sydow:** Ich wollte nur sagen: Es geht ja um psychische Störungen in den meisten Fällen. Das ist ein Unterschied. Ob der Blinddarm entzündet ist oder nicht, das kann man auch völlig ohne Befragung des Patienten feststellen, aber ob der Mensch unter einer psychischen Störung leidet, da geht es ja primär um sein oder ihr subjektives Gefühl. Insofern, denke ich, hat die Patientenaussage schon noch einen anderen Stellenwert als in der

somatischen Medizin, wo das natürlich auch eine Rolle spielt, aber nicht alleine. Das will ich nur mal ergänzen.

Moderator Stefan Lange: Sie haben völlig recht, aber, ich glaube, das war ein Missverständnis. Ich wollte jedenfalls damit nicht sagen - ich hoffe, dass wir das in den Bericht nicht tun, dann müssten wir das gegebenenfalls korrigieren, und ich werde eine Minderheitenmeinung dazu abgeben - ... Natürlich steht für uns auch die Patientensicht zunächst mal an allererster Stelle. Das ist völlig klar. Das nehmen wir auch ein Stück weit für uns in Anspruch. Wir sind, glaube ich, die Institution in Deutschland, die den Begriff der "patientenrelevanten Endpunkte" in die Diskussion eingeführt hat. Der ist jetzt sogar, glaube ich, im SGB V verankert. Wenn Sie sich das erste IQWiG-Methodenpapier anschauen, da steht das drin. Das habe ich vorher in deutschen Methodenpapieren nirgendwo gelesen. Insofern können Sie versichert sein, dass das für uns in der Tat den höchsten Stellenwert hat.

Das muss man aber trennen von dem Punkt: Ist eine solche Evaluation an einem Patient Reported Outcome nicht trotzdem verzerrungsanfällig, was nicht den Stellenwert einschränkt? Dafür haben andere Endpunkte, die vermeintlich objektiven Endpunkte, ihre anderen Schwächen. Da sind wir uns wahrscheinlich einig. Sie sehen den Stellenwert daran, dass Sie zum Beispiel so etwas wie Laborparameter in aller Regel in IQWiG-Berichten nicht finden werden. Aspekte der Bildgebung werden Sie in aller Regel in IQWiG-Berichten nicht finden. Das ist nicht nur, dass wir sagen, das hat irgendeinen Verzerrungsmoment, sondern das interessiert uns einfach nicht. Insofern seien Sie versichert, diese berühmten PROs sind für uns schon sehr, sehr wichtig.

**Kirsten von Sydow:** Dann wollte ich noch anregen, dass Sie den Punkt der Drop-out-Rate, die bisher, glaube ich, nur randständig eine Rolle spielt, stärker berücksichtigen. Das würde ich mir wünschen. Das ist jedenfalls etwas, was man relativ einfach objektiv von außen messen kann, und das kann man auch gut vergleichen über die Verfahren hinweg.

Moderator Stefan Lange: Okay, haben wir zur Kenntnis genommen.

**Katrin Ludewig:** Da hier die Patientensicht und die Wichtigkeit der Patientensicht betont wurde, möchte ich gerne auf eine Besonderheit der systemischen Therapie hinweisen, bei der ich verstört war, als ich davon las, und dann im Nachhinein feststellte, damit bin ich konfrontiert worden. Es gibt einen Aufsatz mit der Überschrift "Wie provozieren?" von Frau Dr. Ulrike Borst, Hans Rudi Fischer und Arist von Schlippe. Da taucht auf:

 "Grundlage aller Provokationen in diesem Sinne ist die gute alte Haltung der Respektlosigkeit gegenüber Ideen, Konstruktionen und Weltbildern unserer Klienten mit dem Ziel, etwas Neues anzuregen."

Ich habe die Erfahrung machen müssen, dass leider die Patientensicht ... Oder ich habe mich gar nicht als Patient in dieser Konstellation gesehen, aber es wurde Therapie daraus gemacht,

ohne Aufklärung, ohne Information. In der Tat wurde ich mit Respektlosigkeit gegenüber meinen Ressourcen konfrontiert.

**Moderator Stefan Lange:** Ich glaube, es ist schwierig, einer persönlichen Erfahrung eine Expertensicht entgegenzusetzen. Sie haben diese Erfahrung gemacht, die wir Ihnen, glaube ich, alle glauben. Ob man das jetzt dem Verfahren an sich zuordnen kann, ist, glaube ich, eine andere Frage.

**Katrin Ludewig:** Ich möchte etwas zitieren. Das bezieht sich auf das, was ich vorhin bezüglich der Auffassung von Herrn Rainer Schwing, glaube ich, erwähnte. Da wird die Frage gestellt - ich denke, das ist sozusagen aus einem Fachmunde -:

• "Ist also eine gute Provokation das Gegenteil von Empathie? - So scheint es. Wir differenzieren jedoch. Es wird nur im Rahmen des Zumutbaren Empathie verweigert, weil Empathie allein nicht zu Denkänderungen führt."

Ich hatte ganz eingangs erwähnt, dass der wesentliche Wirkfaktor in der Psychotherapie die therapeutische Beziehung ist. Hier wurde mehrfach angesprochen - Frau Prof. von Sydow hat es erwähnt -, dass die Bindungsforschung ein ganz existenzieller Aspekt in der systemischen Therapie ist. Wenn hier von bewusstem, absichtlichem Empathieentzug die Rede ist, dann, finde ich, ist zumindest infrage zu stellen, ob hier wirklich Patientensicht und Patientenbedürfnisse ausreichend Berücksichtigung finden.

Moderator Stefan Lange: Jetzt bewegen wir uns doch noch mal auf der Ebene der wissenschaftlichen Auseinandersetzung. Da würde ich jetzt Ihnen noch mal ein abschließendes Gegenstatement sozusagen zugestehen wollen. Aber, ich glaube, dann sollten wir den Punkt beenden. - Frau Borst oder Herr Retzlaff oder beide.

Ulrike Borst: Du wolltest, glaube ich, etwas zur Respektlosigkeit sagen.

Zur Empathie: Dazu finden sich auch in anderen Verfahren sehr weitreichende Gedanken, wie sich das mit der Empathie verhält, ob bedingungslose Empathie und das genau gleich schwingende affektive Moment immer so sinnvoll ist. Das ist ja auch etwas, was nicht so der direkten Kontrolle des Therapeuten unterliegt, sondern das ist etwas, was dann so habituell etwas wird. Die Fachliteratur ist sich eigentlich auch einig, dass die 100% ige Empathie nicht immer sinnvoll ist.

Angesprochen ist ja noch die therapeutische Beziehung. Das besteht aus viel, viel mehr noch als der 100%igen Empathie.

**Moderator Stefan Lange:** Gut. Ist es wirklich notwendig, Herr Retzlaff? - Ich glaube, es bringt uns auch nicht weiter. Ich habe den Eindruck, dass jetzt Positionen ausgetauscht werden, die ein bisschen absolutistisch sind. Es kann, glaube ich, nicht um 100%ige Empathie

Systemische Therapie bei Erwachsenen

24.05.2017

gehen, es kann auch nicht um Empathieentzug gehen. Ich glaube, das sind beides Extreme, die niemand im Kopf hat.

Ansonsten möchte ich sagen, weil es jetzt über den Fokus unseres Berichtes hinausreicht, dass wir an der Stelle die Erörterung beenden, was nicht heißt, dass wir uns nicht danach noch gerne weiter unterhalten, auseinandersetzen können, jedenfalls auf anderen Ebenen.

Ich danke erst einmal allen recht herzlich für die Mühen, die die Stellungnahmen sicherlich gekostet haben, die Sie nicht gescheut haben, die für uns wertvolle Informationsquellen sind. Ich danke auch noch mal sehr herzlich, dass Sie den Weg hierher gefunden haben. Ich bin sicher, dass diese Anhörung - so nennen wir das ja -, also Stellungnahmen plus Erörterung, den Bericht substanziell verbessern wird. In diesem Sinne einen schönen Tag noch und auf Wiedersehen!

Dokumentation und Würdigung der Anhörung zum Vorbericht N14-02	Version 1.0
Systemische Therapie bei Erwachsenen	24.05.2017

## Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen

# Inhaltsverzeichnis

50	eite
A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen	A 2
A.1.1 – Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	A 2
A.1.2 – Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) e. V. und Systemische Gesellschaft (SG) – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und	
Beratung e. V A	19
A.2 – Stellungnahmen von Privatpersonen A	44
A.2.1 – Ludewig, Katrin A	44

## A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

## A.1.1 – Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

#### **Autoren:**

- Harfst, Timo
- Munz, Dietrich



# Vorbericht des IQWiG, Stand: 16.08.2016: Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 20.09.2016

BPtK Klosterstraße 64 10179 Berlin

Tel.: 030 278785-0 Fax: 030 278785-44 info@bptk.de www.bptk.de



## Inhaltsverzeichnis

Vorl	pemerkung 3
I.	Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen 5
II.	Störungsbereich Demenz
III.	Störungsbereich depressive Störungen 8
IV.	Störungsbereich Essstörungen9
V.	Störungsbereich körperliche Erkrankungen 10
VI.	Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen 10
VII.	Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen
VIII.	Störungsbereich Substanzkonsumstörungen 11
Fazi	t 11
Lite	ratur13



## Vorbemerkung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt die differenzierte und transparente Darstellung der vorläufigen Nutzenbewertung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen in dem vorliegenden Vorbericht vom 16. August 2016. Dies gilt nicht zuletzt für die differenzierte Darstellung der vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durchgeführten Meta-Analysen zu den verschiedenen Endpunkten und Auswertungszeitpunkten bei den jeweiligen Störungsbereichen. Die im Berichtsplan dargelegte Methodik erlaubt dabei den Nachvollzug der Bewertung des Nutzens des untersuchten Psychotherapieverfahrens in den im Methodenpapier des IQWiG beschriebenen Kategorien Beleg, Hinweis und Anhaltspunkt für einen Nutzen der Behandlungsmethode bzw. kein Anhaltspunkt für einen Nutzen. Die Definition der patientenrelevanten Endpunkte, die Differenzierung und Gewichtung der als relevant erachteten Morbiditätsendpunkte, wie in Kapitel 3 des Vorberichts dargestellt, ist nachvollziehbar und dem Bewertungsgegenstand angemessen. Auch der Prozess der Selektion relevanter Studien und die Kriterien für den Ausschluss von Studien werden im Vorbericht transparent beschrieben. Hinsichtlich der ausgeschlossenen Studien findet sich jedoch im Anhang des Vorberichts lediglich eine nicht näher erläuterte kategoriale Information über den Ausschlussgrund. Aus Sicht der BPtK wäre es an dieser Stelle wünschenswert, wenn insbesondere bei denjenigen Studien, die in die Bewertung der Systemischen Therapie im Rahmen des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) aus dem Jahr 2008 eingeflossen sind und vom WBP als "positiv" gekennzeichnet wurden, die jedoch aus unterschiedlichen Gründen vom IQWiG bei der vorliegenden Nutzenbewertung ausgeschlossen wurden, eine differenzierte Erläuterung der Ausschlussgründe erfolgte.

Unklar bleibt aus Sicht der BPtK auch der Aspekt der Definition bzw. Operationalisierung der Prüfintervention Systemische Therapie. Im Berichtsplan wurde hierzu angekündigt, dass die Festlegung, welche Interventionen dem Verfahren der Systemischen Therapie zuzurechnen sind, auf der Basis einer möglichst umfassenden Übersicht über als systemisch betrachtete Behandlungsansätze und -techniken in Form einer bereits vorliegenden Zusammenstellung aus der einschlägigen Fachliteratur erfolgen soll. Verwiesen wird hierbei u. a. auf die Publikation von Sydow et



al. (2007), die auch dem Antrag beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie zugrunde gelegen hat. In Kapitel 1 des Vorberichts wird hierbei auf verschiedene mögliche Definitionen Systemischer Therapie verwiesen, ohne dass sich eindeutig ergibt, welche Zusammenstellung in der einschlägigen Fachliteratur ggf. tatsächlich zugrunde gelegt wurde. In Kapitel 3 "Methoden" des Vorberichts findet sich schließlich nur die Erläuterung, dass Prüfintervention dieser vorläufigen Nutzenbewertung eine psychotherapeutische Intervention war, die dem Verfahren der Systemischen Therapie zuzurechnen ist. Inwieweit von der Ankündigung im Berichtsplan Gebrauch gemacht wurde, ggf. auf Basis der einschlägigen Fachliteratur eine umfassende Übersicht selbst zu erstellen oder bereits vorliegende Übersichten zusammenzuführen, falls eine solche umfassende Übersicht nicht identifiziert werden konnte, wird im Vorbericht nicht deutlich.

Schließlich schlägt die BPtK vor, dass sich der Bericht zur besseren Übersicht über die Ergebnisse der vorläufigen Nutzenbewertung und deren Verwendung für die weiteren Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss hinsichtlich der Abfolge und Gliederung der Darstellung der Nutzenbewertung an den Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie gemäß § 22 Psychotherapie-Richtlinie orientiert.

Im Folgenden wird die BPtK dessen ungeachtet ihre Anmerkungen entsprechend der Abfolge und Definition der Störungsbereiche in den Abschnitten 4.3 bzw. A3 des Vorberichts darstellen.



## Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen

In die Nutzenbewertung in diesem Störungsbereich gingen insgesamt vier Studien ein. Die Analysen zur Studie von Knekt (2004) beschränken sich dabei auf den Endpunkt Vollremission der Angststörung zu den Auswertungszeitpunkten 7 Monate, 12 Monate und 36 Monate. Gemäß Methodenkapitel des Vorberichts ist bei Vorliegen mehrerer Auswertungszeitpunkte eine Begrenzung auf maximal vier Auswertungszeitpunkte vorgesehen. Nach der Publikation von Knekt et al. (2011) liegen auch für das 5-Jahres-Follow-up Daten zur Vollremission der Angststörung vor, die eine vergleichende Auswertung erlauben. Die BPtK regt an zu prüfen, ob eine ergänzende Analyse der Daten zur Vollremission der Angststörung zu diesem Messzeitpunkt als vierten Auswertungszeitpunkt mit einem relevanten Informationsgewinn verbunden sein könnte. Gemäß den Spezifizierungen der Methodik in A.2.2 wurde festgelegt, dass bei der Ableitung von Nutzenaussagen Zeitverläufe in der Weise Berücksichtigung finden, dass inkonsistente Ergebnisse über die Zeit nur dann vorliegen, wenn sich zu einem Zeitpunkt für eine Intervention ein Nutzen zeigte, während zu einem anderen Zeitpunkt ein geringerer Nutzen oder Schaden beobachtbar ist. Dagegen werden nicht statistisch signifikante Gruppenunterschiede zu einem anderen Zeitpunkt nicht als inkonsistentes Ergebnis gewertet. Insofern ist die Feststellung eines Anhaltspunktes für einen geringeren Nutzen verglichen mit der psychodynamischen Langzeittherapie hinsichtlich des Endpunktes Vollremission Angststörung zwar nachvollziehbar. Allerdings sollte die Konsistenz dieses Befundes im Zeitverlauf unter Berücksichtigung des 5-Jahres-Follow-up nochmals geprüft werden. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass sich die Therapiedosis zwischen den beiden Interventionsgruppen sehr stark unterscheidet und in diesem Studiendesign für den Behandlungsarm der Systemischen Therapie der systematische Nachteil besteht, dass keine spezifische systemische Weiterbehandlung bei denjenigen Patienten erfolgen kann, die zum Therapieende nach durchschnittlich 12 Sitzungen noch keine Vollremission der Angststörung erreichen konnten.

Hinsichtlich des Endpunktes Symptomverbesserung Angst ergibt sich beim Vergleich der Systemischen Therapie mit Beratung und Informationsvermittlung, der auf der Studie von Rakowska (2011) beruht, ein Anhaltspunkt für einen Nutzen.



Dieser beruht auf den Studienergebnissen zum Auswertungszeitpunkt zwei Monate. Trotz der methodischen Schwierigkeiten bei Subgruppenanalysen erscheint es für diese Studie angemessen, zusätzlich im Rahmen von Subgruppenanalysen weitere Endpunkte (insbesondere Vollremission Angststörung) für die Subgruppen mit bzw. ohne komorbide Persönlichkeitsstörungen in die Bewertung mit einzubeziehen. Ferner wird in Tabelle 47 hinsichtlich des Verzerrungspotenzials angegeben, dass das Kriterium der Verdeckung der Gruppenzugehörigkeit aufgrund unzureichender Angaben in der Publikation nicht eindeutig bewertet werden kann und als unklar eingestuft wird. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass in vielen Publikationen zu randomisiert-kontrollierten Studien im Bereich der Psychotherapie die Angaben zu spezifischen methodischen Aspekten der Studien aufgrund der Vorgaben des jeweiligen Journals sehr knapp gehalten sind und zum Teil Bewertungen bestimmter qualitativer Kriterien der Studienqualität nur sehr eingeschränkt ermöglichen. Aufgrund der Relevanz der Einstufung des Verzerrungspotenzials für die Nutzenbewertung möchten wir anregen, in den Fällen, in denen das Verzerrungsrisiko als hoch eingeschätzt wird, weil die Bewertung des Kriteriums des "Allocation Concealment" unklar ist, die Studienautoren anzufragen, um ergänzende Informationen zur möglichen Verdeckung der Gruppenzugehörigkeit im Kontext der Randomisierungsprozedur zu bitten. Dies gilt entsprechend auch für die ähnlich gelagerten Bewertungsprobleme bei eingeschlossenen Studien in den weiteren Störungsbereichen.

Die Analyse zweier chinesischer Studien (Li, 2010 und Yang, 2005) ergibt schließlich einen Hinweis auf den Nutzen der Systemischen Therapie bezogen auf den Endpunkt Symptomverbesserung Zwang im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung, wobei dem Studiendesign zugrunde liegt, dass in beiden Studienarmen eine Pharmakotherapie als Sockeltherapie erfolgte. Dieser Hinweis auf einen Nutzen beruht auf den Studienergebnissen zum Auswertungszeitpunkt 2 bzw. 3 Monate und bezieht sich auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörung. Auch wenn für den Endpunkt Angstsymptomatik ebenfalls ein Anhaltspunkt für einen Nutzen identifiziert werden konnte, kommt dem Hinweis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie bei dem Endpunkt Symptomverbesserung Zwang eine herausgehobene Bedeutung zu, da sich auf diesem Endpunkt der Nutzen der Systemischen Therapie stärker diagnosespezifisch abbildet. In diesem



Sinne erscheint auch die Aussage auf Seite 16 des Vorberichts verzichtbar, dass aus Studien, die Patienten mit einer Angststörung untersuchten, hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Zwang kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der Systemischen Therapie festgestellt werden kann. Dies wäre auch unter klinischen Gesichtspunkten nicht zu erwarten, da Patienten mit einer reinen Angststörung in der Regel keine stärker ausgeprägte Zwangssymptomatik aufweisen und sich entsprechend auf diesen Endpunkt der Nutzen einer erfolgreichen Behandlung der Angststörung nicht abbilden lässt.

Schließlich sei an dieser Stelle angemerkt, dass hinsichtlich der Darstellung der Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene eine allgemeine Erläuterung für alle Anwendungsbereiche befürwortet wird, dass bei den analysierten Studien zur Systemischen Therapie grundsätzlich die Patienten und die behandelnden Personen als unverblindet bewertet werden und dass dies auch entsprechend den Ausführungen im Methodenpapier 4.2 des IQWiG (Seite 62) im Bereich der nicht-medikamentösen Behandlung und im Besonderen im Fall der Psychotherapie regelhaft nicht möglich und entsprechend aus methodischen Gründen auch nicht gefordert werden kann. Auf die weiteren Erläuterungen zu diesem "unvermeidlichen Verzerrungspotenzial" bei Studien zur Systemischen Therapie gesondert für jeden einzelnen Anwendungsbereich der Psychotherapie könnte damit in dem Bericht zur Nutzenbewertung der Systemischen Therapie entsprechend verzichtet werden.

## II. Störungsbereich Demenz

In diesem Anwendungsbereich ging eine Studie in die Nutzenbewertung ein zum Vergleich von Systemischer Therapie gegenüber keiner Zusatzbehandlung (Ingersoll-Dayton). Hinsichtlich der Demenz-assoziierten klinischen Symptomatik, dem einzigen patientenrelevanten Endpunkt, zu dem Daten extrahiert werden konnten, konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen festgestellt werden. Das Fazit, dass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie verglichen mit der Gruppe ohne Zusatzbehandlung festgestellt werden konnte, kann entsprechend nachvollzogen werden.



## III. Störungsbereich depressive Störungen

In diesem Anwendungsbereich wurden insgesamt sieben Studien zu drei Vergleichen eingeschlossen. Die Studie von Miller (2005) wurde zwar zunächst eingeschlossen, allerdings wurde diese im Rahmen der Nutzenbewertung nicht berücksichtigt, da in der Publikation keine Ergebnisse für die interessierenden Vergleiche berichtet wurden. Hier wäre zu prüfen, ob im Rahmen einer Anfrage an die Autoren differenziertere Daten angefordert werden können, die dann in den entsprechenden Vergleichen Berücksichtigung finden können.

Weiterhin wurde die Studie von Leff (2000) wegen des Kriteriums E1 (Population) ausgeschlossen. Wenngleich für diese Studie keine kriterienorientierte Diagnosestellung nach ICD-10 berichtet wird, regt die BPtK an, nochmals zu prüfen, ob aufgrund der formulierten Einschlusskriterien ("level of 'caseness' [Index of Definition level 5 or above], receive a primary classification of depression on the Present State Examination – Catego System [Wing et al, 1974] and achieve a score on the Hamilton Depression Rating Scale [Hamilton, 1960] of at least 14) nicht doch mit hinreichender Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass bei der untersuchten Patientengruppe eine Major Depression vorgelegen hat und die Studie in die Vergleiche einbezogen werden kann.

Die Landkarten der Beleglage in Bezug auf die Endpunkte bzw. Endpunktkategorien des Störungsbereichs depressive Störungen hinsichtlich Mortalität und Morbidität sowie allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zeigen für die verschiedenen Vergleiche gegenüber anderen Psychotherapieverfahren im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung sowie im Vergleich zu "keine Zusatzbehandlung" (bei Sockelbehandlung in beiden Studienarmen) Anhaltspunkte bzw. Hinweise auf den Nutzen der Systemischen Therapie. Der Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen gegenüber der psychodynamischen Langzeittherapie beim Endpunkt Angstsymptomatik ist für diesen Anwendungsbereich vernachlässigbar, da dieser lediglich auf dem bereits im Störungsbereich Angststörungen beschriebenen Effekt beruht. Nicht nachvollzogen werden kann die einschränkende Anmerkung in Abschnitt 4.5.6, dass die Zuordnung der Kontrollinterventionen der Studie von Knekt (2004) zu einem der nach



§ 13 Psychotherapie-Richtlinie anerkannten Psychotherapieverfahren mit Unsicherheit behaftet ist. Die Zuordnung der Behandlungsarme der psychodynamischen Kurzzeittherapie und der psychodynamischen Langzeittherapie zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bzw. zur analytischen Psychotherapie ist nach unserer Kenntnis in der psychotherapeutischen Fachwelt unumstritten und wird auch im Rahmen der Überprüfung der psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren entsprechend eingestuft (siehe hierzu auch die Stellungnahme der BPtK, 2009). Insofern ist der in Tabelle 11 dargestellte Hinweis auf den (Zusatz-)Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zur psychodynamischen Kurzzeittherapie entsprechend stark zu gewichten. Der Anhaltspunkt für den Nutzen der Systemischen Therapie lässt sich darüber hinaus für verschiedene patientenrelevante Endpunkte und sowohl für den Vergleich zur Richtlinienpsychotherapie, zur Beratung und Informationsvermittlung als auch gegenüber dem Komparator "keine Zusatzbehandlung" feststellen.

## IV. Störungsbereich Essstörungen

In diesem Anwendungsbereich wurden insgesamt drei Studien zu zwei Vergleichen eingeschlossen. Bei der "Gothenburg anorexia nervosa treatment study", die über die Studienregisterrecherche identifiziert werden konnte, wurde auf eine Anfrage bei den Autoren verzichtet, da die potenzielle Fazitrelevanz dieser Studie als gering eingeschätzt wurde. In der randomisiert-kontrollierten Studie soll die Systemische Therapie als Familientherapie nach dem Maudsley-Modell verglichen werden mit individueller kognitiver Verhaltenstherapie bei erwachsenen Patienten mit einer Anorexia nervosa. Nach Einschätzung der BPtK könnte diese Studie durchaus Fazitrelevanz in dem Sinne erhalten, dass unter Einschluss dieser Studie ggf. ein Hinweis auf den Nutzen der Systemischen Therapie gegenüber der Richtlinienpsychotherapie die Konsequenz sein könnte. Wir würden daher empfehlen, in diesem Fall die Autoren anzufragen, ob vorzeitig die erforderlichen Studiendaten zur Verfügung gestellt werden können. Schließlich wurden die Studien von Crisp (1991) und Espina (2000) wegen der Kriterien E1 (Population) bzw. E2 (keine Methode der Systemischen Therapie) ausgeschlossen. Für diese beiden Fälle würden wir bitten, die Erforderlichkeit des Ausschlusses dieser Studien erneut zu prüfen und ggf. etwas ausführlicher zu begründen, da diese Studien im Rahmen des



Gutachtens des WBP zur Systemischen Therapie als Anhaltspunkte für den Nutzen herangezogen worden waren. Insgesamt beruht die Feststellung eines Anhaltspunktes für den Nutzen der Systemischen Therapie auf einer Studie bei Patienten mit Binge-Eating-Störung (Castelnuovo, 2011), bei der sich sowohl für den Endpunkt Symptomverbesserung "Essanfälle" als auch für den Endpunkt soziale Funktionsniveau/psychische Symptomatik im Vergleich zur Richtlinienpsychotherapie zum Auswertungszeitpunkt 7 Monate eine Überlegenheit der Systemischen Therapie feststellen lässt. Diese zusammenfassende Bewertung des Nutzens der Systemischen Therapie bei Essstörungen kann nachvollzogen werden.

## V. Störungsbereich körperliche Erkrankungen

Die beschriebenen methodischen Probleme bei der Bewertung der Studien in dem Störungsbereich der körperlichen Erkrankungen sind gut nachvollziehbar. Insgesamt erscheint die Feststellung eines Anhaltspunktes für den Nutzen der Systemischen Therapie bei körperlichen Erkrankungen angemessen und trägt der Heterogenität der Ergebnisse Rechnung.

## VI. Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen

In diesem Anwendungsbereich wurden die Studie von Knekt (2004) herangezogen, da für diese Studie auch eine Teilstichprobe von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung aus den Clustern B und C sowie mit nicht näher bestimmter Persönlichkeitsstörung beschrieben wurde, für die auswertbare Daten zum Vergleich der Systemischen Therapie mit der psychodynamischen Kurzzeittherapie und Langzeittherapie zum patientenrelevanten Endpunkt Vollremission der Persönlichkeitsstörung vorlagen. Die Bewertung, dass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zur Richtlinienpsychotherapie festgestellt werden kann, ist nachvollziehbar.

# VII. Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

In diesem Anwendungsbereich wurden vier Studien identifiziert, bei denen Systemische Therapie plus Pharmakotherapie verglichen wurde mit Pharmakotherapie



allein. Entsprechend wurden diese Studien für den Vergleich von Systemischer Therapie versus keine Zusatzbehandlung herangezogen (Cao, 2007; Zhang, 2006; Zhou, 2003 und Miller, 2004). Hinsichtlich des Endpunktes Schizophreniesymptomatik ergab sich hierbei ein Hinweis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator "keine Zusatzbehandlung". Aus Sicht der BPtK ist diese Einstufung nachvollziehbar wie auch die Feststellung eines Anhaltspunktes für den Nutzen der Systemischen Therapie hinsichtlich des Endpunktes allgemeines Funktionsniveau. In der Gesamtschau wird der Systemischen Therapie schließlich ein Hinweis auf einen Nutzen bei erwachsenen Patienten mit Schizophrenie und affektiven psychotischen Störungen im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung bescheinigt. Diese Gesamtwürdigung der Evidenz zur Systemischen Therapie in diesem Störungsbereich ist aus Sicht der BPtK sachgerecht.

## VIII. Störungsbereich Substanzkonsumstörungen

In diesem Anwendungsbereich wurden fünf randomisiert-kontrollierte Studien eingeschlossen, die mit verwertbaren Ergebnissen bei drei Vergleichen Verwendung fanden (Bennum, 1988; Yandoli, 2002; Feaster, 2010; Stanton, 1982 und Ziegler-Driscoll, 1977). Der Ausschluss von drei weiteren Studien, da diese auf weniger als 70 Prozent der in die Auswertung eingeschlossenen Patienten beruhen, korrespondiert mit den im Berichtsplan dargelegten Kriterien. Beim Vergleich der Systemischen Therapie mit Beratung und Informationsvermittlung bei Patienten mit einer Opioidkonsumstörung in einem Methadonentzugsprogramm ließ sich zum Auswertungszeitpunkt 6 Monate ein Anhaltspunkt für einen Nutzen auf dem Endpunkt Teilremission feststellen. Diese Bewertung erscheint sachgerecht. Der BPtK sind keine weiteren randomisiert kontrollierten Studien in diesem Störungsbereich bekannt, die von den Recherchen in den Studienregistern und Literaturdatenbanken noch nicht erfasst wurden.

#### **Fazit**

Die vorläufige Nutzenbewertung des IQWiG konnte für eine Reihe von Anwendungsbereichen der Psychotherapie Anhaltspunkte und Hinweise für einen Nutzen der Systemischen Therapie und zum Teil auch Zusatznutzen der Systemischen



Therapie gegenüber einem Richtlinienverfahren feststellen. Dies gilt nicht zuletzt auch für die beiden für das Schwellenkriterium nach § 13 Psychotherapie-Richtlinie besonders relevanten Anwendungsbereiche Depression und Angst- und Zwangsstörungen. Dabei beinhalten die meisten Studien(arme) zur Systemischen Therapie relativ kurze Therapiedauern, die zwar geeignet sind, den Nutzen der Systemischen Therapie gegenüber dem Komparator "keine Zusatzbehandlung" und Beratung und Informationsvermittlung sowie vereinzelt auch gegenüber anderen Psychotherapieverfahren zu zeigen, sie stellen zugleich jedoch eine potenzielle Unterschätzung der Therapieeffekte dar, die bei einer flexiblen Dauer und Intensität der Systemischen Therapie in der Versorgung erreichbar wären.



#### Literatur

#### Bennun 1988

- Bennun I. Evaluating family therapy: a comparison of the Milan and problem solving approaches. J Fam Ther 1986; 8(3): 225-242.
- Bennun I. Treating the system or symptom: investigating family therapy for alcohol problems. Behavioural Psychotherapy 1988; 16(3): 165-176.
- **BPtK (2009).** Prüfung der Richtlinienverfahren gem. §§ 13 bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie "Psychoanalytisch begründete Verfahren". Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 10.11.2009.

#### Cao 2007

Cao YK, Lu Al. Influence of systemic family treatment on the quality of life in schizophrenic patients? [Chinesisch]. Journal of Clinical and Psychological Medicine 2007; 17(6): 403-404.

#### Castelnuovo 2011

- Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V, Cesa GL, Molinari E. Brief strategic therapy vs cognitive behavioral therapy for the inpatient and telephone-based outpatient treatment of binge eating disorder: the STRATOB randomized controlled clinical trial. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2011; 7: 29-37.
- Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V, Cesa GL, Pietrabissa G, Molinari E. The STRA-TOB study: design of a randomized controlled clinical trial of cognitive behavioral therapy and brief strategic therapy with telecare in patients with obesity and bingeeating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. Trials 2011; 12: 114.
- **Espina** A, Joaristi L, Ortego MA, Ochoa de Alda I. Eating disorders, family interventions and changes in MMPI profiles: an exploratory study [Spanisch]. Estud Psicol 2003; 24(3): 359-375.
- Espina Eizaguirre A, Ortega Saenz de Cabezon MA, Ochoa de Alda Martinez I. A controlled essay of familiar interventions in eating disorders: changes in alexithymia [Spanisch]. Anales de Psiquiatria 2001; 17(2): 64-72.
- Espina Eizaguirre A, Ortego Saenz de Calderon MA, Ochoa de Alda Apellaniz I. A controlled trial of family interventions in eating disorders: changes in psychopathology and social adjustment [Spanisch]. Apunt Psicol 2002; 20(1): 49-62.

#### Feaster 2010

- Feaster DJ, Mitrani VB, Burns MJ, McCabe BE, Brincks AM, Rodriguez AE et al. A randomized controlled trial of structural ecosystems therapy for HIV medication adherence and substance abuse relapse prevention. Drug Alcohol Depend 2010; 111(3): 227-234.
- Mitrani VB, Weiss-Laxer NS, Ow CE, Burns MJ, Ross-Russell S, Feaster DJ. Examining family networks of HIV+ women in drug recovery: challenges and opportunities. Fam Syst Health 2009; 27(3): 267-283.
- Mitrani VB, McCabe BE, Robinson C, Weiss-Laxer NS, Feaster DJ. Structural Ecosystems Therapy for recovering HIV-positive women: child, mother, and parenting outcomes. J Fam Psychol 2010; 24(6): 746-755.
- Mitrani VB, Feaster DJ, Weiss-Laxer NS, McCabe BE. Malaise, motivation and mother-hood: predictors of engagement in behavioral interventions from a randomized controlled trial for HIV+ women in drug abuse recovery. AIDS Behav 2011; 15(2): 396-406.



- Mitrani VB, McCabe BE, Burns MJ, Feaster DJ. Family mechanisms of structural ecosystems therapy for HIV-seropositive women in drug recovery. Health Psychol 2012; 31(5): 591-600.
- **Crisp** AH, Norton K, Gowers S, Halek C, Bowyer C, Yeldham D et al. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. Br J Psychiatry 1991; 159(3): 325-333.

#### Knekt 2004

- Heinonen E, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. J Affect Disord 2012; 138(3): 301-312.
- Knekt P, Heinonen E, Härkäpää K, Jarvikoski A, Virtala E, Rissanen J et al. 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 2015; 229(1-2): 381-388.
- Knekt P, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Lindfors O. Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. Eur Psychiatry 2010; 25(1): 1-7.
- 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. (Studies in Social Security and Health; Band 77).
- Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski 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.
- Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Jarvikoski A. 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 2008; 107(1-3): 95-106.
- Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Renlund C, Haaramo P, Härkänen T et al. Quasiexperimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and shortterm psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. J Affect Disord 2011; 132(1-2): 37-47.
- Knekt P, Lindfors O, Renlund C, Sares-Jäske L, Laaksonen MA, Virtala E. Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving shortor long-term psychotherapy. J Affect Disord 2011; 135(1-3): 221-230.
- Knekt P, Lindfors O, Sares-Jäske L, Virtala E, Härkänen T. 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 2013; 67(1): 59-68.
- Knekt P, Virtala E, Härkänen T, Vaarama M, Lehtonen J, Lindfors O. The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. Psychol Med 2016; 46(6): 1175-1188.
- Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Psychological predictors of the recovery from mood or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. Psychiatry Res 2013; 208(2): 162-173.
- Laaksonen MA, Knekt P, Sares-Jäske L, Lindfors O. Psychological predictors on the outcome of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of mood and anxiety disorder. Eur Psychiatry 2013; 28(2): 117-124.
- Lindfors O, Knekt P, Heinonen E, Härkänen T, Virtala E. The effectiveness of short- and long-term psychotherapy on personality functioning during a 5-year follow-up. J Affect Disord 2015; 173: 31-38.



- Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Laaksonen MA. The effectiveness of solution-focused therapy and short- and long-term psychodynamic psychotherapy on self-concept during a 3-year follow-up. J Nerv Ment Dis 2012; 200(11): 946-953.
- Maljanen T, Paltta P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O, Laaksonen MA et al. The cost-effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a one-year follow-up. The Journal of Mental Health Policy &Economics 2012; 15(1): 13-23.
- Marttunen M, Välikoski M, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Pretreatment clinical and psychosocial predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy: a 1-year follow-up study. Psychotherapy research 2008; 18(2): 191-199.

#### Li 2010

- Li S, Liu S, Jiang D. Systemic treatment combined with paroxetinum in the treatment of obsessive-compulsive disorder: curative efficacy [Chinesisch]. China Modern Doctor 2010; 48(2): 27-28.
- **Leff** J, Vearnals S, Brewin CR, Wolff G, Alexander B, Asen E et al. 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 2000; 177(2): 95-100.

#### Miller 2004

- Gaudiano BA, Miller IW. Anxiety disorder comobidity in bipolar I disorder: relationship to depression severity and treatment outcome. Depress Anxiety 2005; 21(2): 71-77.
- Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Uebelacker LA, Johnson SL, Solomon DA. Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. J Clin Psychiatry 2008; 69(5): 732-740.
- Miller IW, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI. Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? J Affect Disord 2004; 82(3): 431-436.
- Solomon DA, Keitner GI, Ryan CE, Kelley J, Miller IW. Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. Bipolar Disord 2008; 10(7): 798-805.
- Uebelacker LA, Beevers CG, Battle CL, Strong D, Keitner GI, Ryan CE et al. Family functioning in bipolar I disorder. J Fam Psychol 2006; 20(4): 701-704.

#### Miller 2005

- Beevers CG, Keitner GI, Ryan CE, Miller IW. Cognitive predictors of symptom return following depression treatment. J Abnorm Psychol 2003; 112(3): 488-496.
- Beevers CG, Miller IW. Unlinking negative cognition and symptoms of depression: evidence of a specific treatment effect for cognitive therapy. J Consult Clin Psychol 2005; 73(1): 68-77.
- Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Cardemil EV, Beevers CG. Treatment matching in the posthospital care of depressed patients. Am J Psychiatry 2005; 162(11): 2131-2138.

#### Rakowska 2011

Rakowska JM. Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. Psychotherapy Research 2011; 21(4): 462-471.

#### Stanton 1982

- Stanton MD, Steier F, Todd TC. Paying families for attending sessions: counteracting the dropout problem. J Marital Fam Ther 1982; 8(3): 371-373.
- Stanton MD, Todd TC (Ed). The family therapy of drug abuse and addiction. New York: Guilford Press; 1982.



**Von Sydow** K, Beher S, Retzlaff R, Schweitzer J. Die Wirksamkeit der systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe; 2007.

#### Yandoli 2002

Yandoli D, Eisler I, Robbins C, Mulleady G, Dare C. A comparative study of family therapy in the treatment of opiate users in a London drug clinic. J Fam Ther 2002; 24(4): 402-422.

#### Yang 2005

Yang FR, Zhu SL, Luo WF. Comparative study of solution-focused brief therapy (SFBT) combined with paroxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 2005; 19(4): 288-290.

#### **Zhang 2006**

- Zhang ML, Yuan G, Yao J, Ni SQ, Zhang X, An BF et al. A controlled treatment trial of systemic family therapy for schizophrenic patients [Chinesisch]. 2006; 15(8): 711-712.
- Zhang ML, Yuan GZ, Yao JJ, Ni SQ, Zhang X, An BF et al. Systematic family intervention for people with schizophrenia [Chinesisch]. Chinese Journal of Psychiatry 2006; 39(2): 84.

#### Zhou 2003

Zhou X. The application of systemic family therapy in patients with schizophrenia [Chinesisch]. Medical Journal of Chinese People Health 2003; 15(6): 361-362.

#### Ziegler-Driscoll 1977

Ziegler-Driscoll G, Davis DI, Klagsbrun M. Family Research Study at Eagleville Hospital and Rehabilitation Center. Fam Process 1977; 16(2): 175-189.

A.1.2 – Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) e. V. und Systemische Gesellschaft (SG) – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e. V.

#### **Autoren:**

- Beher, Stefan
- Borst, Ulrike
- Haun, Markus
- Hermanns, Björn Enno
- Ochs, Matthias
- Retzlaff, Rüdiger
- Sydow, Kirsten von





Gemeinsame Stellungnahme der

Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) und der Systemischen Gesellschaft (SG)

zum

Vorbericht (vorläufigen Nutzenbewertung) des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu

"Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren"

Auftrag: N14-02

Version: 1.0

Stand: 16.08.2016

#### Inhaltsverzeichnis

Einführung	3
Kritische Reflexion der methodischen Vorgehensweise des IQWiG	4
Kritische Reflexion der Bewertung der einzelnen Anwendungsbereiche durch das IQWiG	13
Abschließende Überlegungen	17
Literatur	19

#### Einführung

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) prüft Nutzen Systemischer Therapie und damit erstmals überhaupt ein Psychotherapieverfahren

Systemische Therapie ist ein wissenschaftlich begründetes, weltweit anerkanntes und praktiziertes psychotherapeutisches Heilverfahren (Borsca, 2016; Sydow, Beher, Retzlaff, & Schweitzer, 2007; Sydow, Beher, Schweitzer, & Retzlaff, 2010; Themenheft "International Developments in Family Therapy" der Zeitschrift Contemporary Family Therapy 2013; 35(2): 177-436), dessen Wissenschaftlichkeit am 14.12.2008 nach einer mehrjährigen Prüfung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) anerkannt wurde (sowohl für den Erwachsenen- als auch für den Kinder- und Jugendbereich). Am 16.08.2016 wurde nun vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) der Vorbericht (vorläufige Nutzenbewertung) "Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren" vorgelegt, der eine "Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie" insbesondere im Hinblick auf das sog. Schwellenkriterium nach § 17 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie vornimmt. Dieses vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingeführte Schwellenkriterium beinhaltet den Nachweis von Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens für die Behandlung von Angstund Zwangsstörungen sowie von affektiven Störungen. Mit Erfüllung des Kriteriums und Anerkennung durch den G-BA wird das Verfahren dann Teil der sozialrechtlich geregelten ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen in Deutschland.

IQWiG sieht Nutzen Systemischer Therapie bei häufig auftretenden psychischen Störungen

Zunächst einmal möchten wir explizit würdigen, welche enorme Arbeitsleistung in dem seit dem 16.08.2016 vorliegenden Vorbericht "Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren" seitens des IQWiG erbracht wurde. Es wurden aus über 8500 potenziellen Quellen über 2900 potenziell relevante Studien identifiziert und bei der genaueren Durchsicht schließlich 88 Dokumente zu 40 randomisierten kontrollierten Studien (randomised controlled trials, RCTs) zur Systemischen Therapie bei erwachsenen Patienten ermittelt. Auf dieser Basis attestiert das IQWiG der Systemischen Therapie das Vorliegen von Wirksamkeitsnachweisen in folgenden Anwendungs- bzw. Diagnosebereichen:

- Ängste und Zwänge
- Affektive Störungen
- Psychosen inkl. bipolarer Störungen
- Essstörungen
- Körperliche Erkrankungen mit psychischen Faktoren
- Substanzstörungen
- Gemischte Störungen

Im Folgenden wird zunächst die methodische Vorgehensweise des IQWiG kritisch reflektiert, bevor die Bewertung der einzelnen Anwendungsbereiche durch das IQWiG diskutiert wird und schließlich einige abschließende Überlegungen geschildert werden.

#### Kritische Reflexion der methodischen Vorgehensweise des IQWiG

Übergeordnete Bewertungskriterien des IQWiG und Zuordnung zu der vom G-BA geforderten Bewertung

In der Psychotherapie-Richtlinie wird in § 17 Abs. 1 Nr. 2 als Voraussetzung für die Anerkennung eines neuen Psychotherapieverfahrens ein "Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit" gefordert. Für die Beurteilung des Nutzens verwendet das IQWiG ein auf folgenden vier Ausprägungen basierendes Bewertungsschema: "Beleg (höchste Aussagesicherheit)", "Hinweis (mittlere Aussagesicherheit)", "Anhaltspunkt (schwächste Aussagesicherheit)" oder "keine dieser 3 Situationen" (IQWiG, 2016, S. 5). Zur Einstufung in dieses Bewertungsschema werden vor allem Kriterien zum Verzerrungspotential einer oder mehrerer Studien (z. B. Aspekte der Verblindung und Randomisierung, siehe hierzu weiter unten) hinsichtlich der anvisierten Endpunkte herangezogen. Dennoch ist nicht leicht einzusehen, wie die Schwellen zwischen den jeweiligen Bewertungsausprägungen konkret bezüglich der Kriterien definiert sind. So lässt das IQWiG zwar neun RCTs zum Anwendungsbereich "körperliche Erkrankungen" als Wirksamkeitsnachweise gelten. Diese vergleichsweise große Fülle an methodisch hochwertigen Studien führt aber lediglich zu einer Einstufung des Nutzens der Systemischen Therapie in diesem Anwendungsbereich als "Anhaltspunkt" und nicht wenigstens als "Hinweis" oder gar als "Beleg".

Hinsichtlich der exklusiven Wertigkeit von RCTs kommt eine viel beachtete Übersichtsarbeit von Cochrane zu dem Ergebnis, dass keine großen Unterschiede in den Effektstärken zwischen RCTs und Beobachtungsstudien existieren (Anglemyer, Horvath, & Bero, 2014). Zudem stehen Methoden zur Verfügung, um die Vergleichbarkeit der Strukturgleichheit von Gruppen auch in nichtrandomisierten Studien zu gewährleisten, wie bspw. Propensity Score (Kuss, Blettner, & Börgermann, 2016). Vor diesem Hintergrund bezweifeln wir, dass die Beurteilung von Kriterien zum Verzerrungspotential von RCTs der alles entscheidende Faktor dafür sein sollte, dass Patienten ein effektives und effizientes Verfahren ggf. vorenthalten wird. Diese übermäßige Gewichtung der internen Validität steht aktuellen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Entwicklungen der Stärkung der Versorgungsforschung, also der Prüfung der Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen, diametral entgegen (siehe bspw. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sowie Förderinitiativen wie der Innovationsfond mit dem G-BA als Träger und dem "Aktionsplan Versorgungsforschung" des Bundesministeriums für Bildung und Forschung). Zudem sieht die in der Publikation "Allgemeine Methoden Version 4.2" beschriebene, grundlegende Arbeitsweise des IQWiG selbst den Einbezug nichtrandomisierter Studien insbesondere bei der Prüfung nichtmedikamentöser therapeutischer Interventionen vor: "Um überhaupt Aussagen zum Stellenwert einer bestimmten nichtmedikamentösen therapeutischen Intervention treffen zu können, kann es deshalb erforderlich sein, auch nicht randomisierte Studien in die Bewertung einzubeziehen" (IQWiG, 2015, S. 62).

Schließlich bleibt völlig ungeklärt, nach welchen konkreten Regelungen das oben beschriebene, vierstufige Bewertungsschema des IQWiG in die dichotome Bewertungstaxonomie des G-BA "Nachweis/kein Nachweis" umgesetzt wird. Da mit der Systemischen Therapie erstmals ein Psychotherapieverfahren diesen Prüfungsprozess des IQWiG durchläuft, schlagen wir folgende Anpassung des IQWiG-Bewertungsschemas vor: Anhaltspunkt = Nachweis 1; Hinweis = Nachweis 2; Beleg = Nachweis 3.

Als grundsätzlichen methodischen Mangel sehen wir, dass das IQWiG sich in seinem Vorgehen im Vorbericht zur Prüfung von Systemischer Therapie als *Psychotherapieverfahren* am CONSORT (Consolidated Standards Of Reporting Trials) Statement für medikamentöse Studien orientiert (Moher et al., 2010) und nicht an der langjährig etablierten Erweiterung für nichtmedikamentöse therapeutische Studien (Boutron, Moher, Altman, Schulz, & Ravaud, 2008), die bspw. die Problematik der Verblindung aufgreift. Dies erscheint umso schwerwiegender, wenn man sich vor Augen führt, dass diese Erweiterung von CONSORT sogar in der Arbeitsweise des IQWiG "Allgemeine Methoden Version 4.2" aufgeführt ist (IQWiG, 2015, S. 155).

Die IQWiG-Autoren haben differenzierte Metaanalysen zu einigen Studien durchgeführt. Diese Ergebnisse konnten wir durch eigene Reanalysen der IQWiG-Ergebnisse in Review Manger 5.3 bestätigen: Es ergaben sich nur marginale, a. e. softwarebedingte Abweichungen, meist an der zweiten Kommastelle. Wie im PRISMA-Statement zu Meta-Analysen (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) vorgesehen, bitten wir um Ausführung, welche Analysesoftware vom IQWiG verwendet wurde.

#### Die Problematik der Verblindung in Psychotherapie-Studien

Im Vorbericht des IQWiG wird immer wieder kritisiert, dass bei vielen der einbezogenen Studien eine Verblindung der Interventionen auf Behandler- und Patientenseite fehle. Dass eine Intervention im Doppelblindverfahren "verabreicht" wird, ist von der Logik des Experiments her natürlich sehr wünschenswert und gut machbar in der Arzneimittelforschung, aber in der Psychotherapieforschung - unabhängig vom Psychotherapieverfahren, d.h. auch für die Richtlinien-Psychotherapie – auf Seite des Therapeuten komplett ausgeschlossen (Wampold & Imel, 2015, S. 121). Ein Psychotherapeut wird immer wissen, welches Verfahren er anwendet. Und auch viele Patienten können erschließen, welche Psychotherapierichtung praktiziert wird, insbesondere dann, wenn das Setting variiert (z. B. Einzel- vs. Paar-/Familientherapie; Therapie im Sitzen vs. Liegen auf der Couch). Dem IQWiG ist das Problem selbstverständlich bekannt. Dementsprechend wird in der Beschreibung der Arbeitsweise festgehalten, dass doppelte Verblindung bei nichtmedikamentösen Verfahren häufig nicht zu realisieren ist (IQWiG, 2015, S. 62). Folglich wird im Vorbericht das Verzerrungspotential auch bei fehlender Verblindung von Patient und/oder Behandler als niedrig eingeschätzt (siehe z.B. Einordnung von Knekt 2004 als "niedrig" auf S. 124 in Tabelle 47 des Vorberichtes, IQWiG, 2016). Gleichzeitig suggeriert aber die ständige Wiederholung dieses in diesem Anwendungsbereich ins Leere laufenden Kritikpunktes, mangelhafte Verblindung sei ein spezifisches Problem von Studien zur Systemischen Therapie. Deshalb schlagen wir vor, dass diese grundsätzlich abweichende Bewertungsweise im Vorbericht im Methodenteil einmalig und unter Verweis auf den entsprechenden Abschnitt auf S. 62 der Beschreibung der Arbeitsweise "Allgemeine Methoden Version 4.2" des IQWiG erwähnt und dann nicht wieder bei jedem Störungsbereich erneut kritisiert und diskutiert wird.

Kritisch bewerten wir auch die Forderung des IQWiG nach verblindeter Endpunktmessung: Wenn eine psychische Störung vorliegt, wer sollte dann im Sinne höchster Validität am Ende einer Intervention einschätzen, ob es dem Patienten besser geht? Ein verblindeter Fremdrater oder der unverblindete Patient selbst? Können nicht die Patienten selbst die Einschätzung der Endpunkte am Ende einer Studie am verlässlichsten

wiedergeben? Hier hält es das IQWiG eben bei "nicht verblindbaren Studien" für "erforderlich, dass die Zielvariable unabhängig von den (unverblindeten) behandelnden Personen ist bzw. unabhängig von den behandelnden Personen verblindet erhoben wird (verblindete Zielgrößenerhebung). Falls eine verblindete Zielgrößenerhebung nicht möglich ist, sollte ein möglichst objektiver Endpunkt gewählt werden, der in seiner Ausprägung und in der Stringenz der Erfassung so wenig wie möglich durch denjenigen, der den Endpunkt (unverblindet) erhebt, beeinflusst werden kann" (IQWiG, 2015, S. 146).

Es ist gut bekannt, dass ein objektiver Endpunkt (etwa Blutparameter) für den Verlauf psychischer Störungen in der klinischen Routineversorgung bis heute weltweit fehlt (Insel, 2014). Nun wird aber gerade unter dem Aspekt der Generalisierbarkeit von Studienergebnissen zunehmend die Bedeutung von patientenseitig berichteten Endpunkten (patient-reported outcomes, PROs) hervorgehoben und unter versorgungsforschungsbezogener Perspektive auch für komparative Studien explizit gefordert (Selby, Forsythe, & Sox, 2015). Die methodische Vorgehensweise des IQWiG verzichtet jedoch auf diese Stärkung der Patientenperspektive.

Problematische Kriterien: Erzeugung der Randomisierungssequenz und Verblindung der Endpunkterheber

Aufgrund von Platzgründen wird in vielen Primärpublikationen von Studien jedweder Richtung die Erzeugung der Randomisierungssequenz leider oft nicht ausführlicher beschrieben. In mehr als der Hälfte aller Primärpublikationen werden keine Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz und Verdeckung der Gruppenzuteilung gemacht (Devereaux et al., 2004). Angaben zur Verblindung der Datenerheber, Endpunkterheber und Auswertenden fehlen in über 80% der Primärpublikationen (Devereaux, et al., 2004). Es besteht jedoch die Möglichkeit einer Autorenanfrage im Nachhinein, die auch vom IQWiG genutzt wurde, auch wenn hier unklar bleibt, mit welcher Stringenz (bspw. bzgl. Anzahl der Anfragen) diese verfolgt wurden. Nicht nachvollziehbar schätzt das IQWiG vielmehr an vielen Stellen die "Fazitrelevanz" von Autorenanfragen als gering ein und verzichtet selbige (IQWiG, 2016, bspw. S. 47, S. 63 und S. 82). Vor dem Hintergrund, dass Stringenz bei Erhalt von Autorenanfragen eine große Rolle spielt (Mullan et al., 2009), bitten wir um ggf. Komplettierung der Autorenanfragen (mindestens einmalige Wiederholung der Anfrage bei Nichterhalt einer Antwort) sowie um detailliertere Aufstellung ihrer Ergebnisse. Auch sollte, wie oben angeführt, im Abschlussbericht explizit hervorgehoben werden, dass a) in über 50% aller Primärpublikationen Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz und b) in über 80% aller Primärpublikationen Angaben zur Verblindung der Endpunkterheber fehlen. Ferner sollte diskutiert werden, dass Autorenanfragen häufig ohne Antwort bleiben (Mullan, et al., 2009).

Die für viele Studien abschließend oftmals nicht mögliche Klärung der Kriterien Erzeugung der Randomisierungssequenz und Verblindung der Endpunkterheber hat im Hinblick auf die Einschätzung des Verzerrungspotentials auf Studien- und Endpunktebene und schließlich die Gesamtbewertung im Anwendungsbereich weitreichende Folgen, die im Sinne einer metaanalytischen Methodik nach höchstem Standard (bspw. Cochrane) ebenfalls einer ausführlichen Diskussion bedürfen.

Überprüfung des Nutzens vs. des "Zusatznutzens"

Es finden sich an vielen Stellen - vor allem auch bei der Ergebnisdarstellung zu den störungsübergreifenden Meta-Analysen - im Vorbericht Äußerungen, dass Systemische Therapie keine Nutzen im Vergleich mit anderen Psychotherapieverfahren zeigt - also kein "Zusatznutzen" vorliegen würde<sup>1</sup>. Hierzu ist zunächst festzustellen, dass der Prüfauftrag vom G-BA an das IQWiG folgendermaßen lautet (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2014, S. 1): "Zur Nutzenbewertung soll 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)?" Diese Frage kann aufgrund des vorliegenden Vorberichts folgendermaßen beantwortet werden: Es wurde kein einziger Hinweis auf eine schädliche Wirkung von Systemischer Therapie ausgemacht; gleichzeitig wurden für die allermeisten Störungsbereiche der Nutzen von Systemischer Therapie nachgewiesen. Gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie wird deshalb auch in der Antragsbegründung zur Prüfung der Systemischen Therapie im G-BA von einem "Nutzennachweis" und nicht von "Zusatznutzen" gesprochen (Deisler, 2013). Es bleibt für uns völlig offen, auf welcher Grundlage das IQWiG immer wieder die Überprüfung des "Zusatznutzens" im Vergleich zur Richtlinien-Psychotherapie ableitet. Ein Vergleich mit den Richtlinien-Psychotherapie-Verfahren wäre auch deshalb wenig sinnvoll, weil der G-BA erst beginnt, die Richtlinienverfahren zu überprüfen. Zudem ist zu fragen, welche Verfahren bei der Prüfung der Richtlinien-Verfahren ihren "Zusatznutzen" nachweisen müssen – womöglich gegenüber der bereits geprüften Systemischen Therapie? Ein Nutzen ist bereits dann gegeben, wenn Systemische Therapie genauso gut wirkt wie ein anderes Verfahren und Symptome von Krankheitswert klinisch signifikant reduziert: Nicht jedes Psychotherapieverfahren wirkt bei jedem Patienten gleich gut. Es gibt auch Patienten, die nicht oder wenig von einem bestimmten Psychotherapieverfahren profitieren.

#### Definition von Systemischer Therapie

Der IQWiG-Vorbericht (IQWiG, 2016) orientiert sich an der Definition von Schiepek (1999) im ersten Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie beim Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (der von diesem abgelehnt wurde). Im IQWiG-Bericht wird nur erwähnt, dass es noch andere Definitionen gibt (Sydow, et al., 2007; von Schlippe & Schweitzer, 2016). Die von Günter Schiepek vorgeschlagene Definition Systemischer Therapie ist sehr offen ("Intervention in komplexe menschliche Systeme (sowohl psychische wie interpersonale Systeme) mit dem Ziel, Leiden zu lindern bzw. zu beseitigen"), und damit leider nicht spezifisch: Weder für die Systemische Therapie, noch nicht mal für Psychotherapie – diese Definition beschreibt z. B. auch pädagogische oder medizinische Interventionen (Sydow, 2015). Deshalb

1

Uns ist bewusst, dass es sich bei den meisten Studien hier nicht um ein Äquivalenzdesign handelt (siehe Arbeitsweise des IQWiG "Allgemeine Methoden Version 4.2" (IQWiG, 2015) und dort Abschnitt 8.3.6) und es streng genommen einen methodischen Fehler darstellt, ein nichtsignifikantes Ergebnis, also etwa kein Unterschied in der Effektstärke zwischen Systemischer Therapie und Richtlinien-Psychotherapie, eines traditionellen Signifikanztests als Evidenz der Richtigkeit der Nullhypothese zu werten; dennoch lässt sich nicht die Plausibilität von der Hand weisen, dass dann dieser Unterschied wahrscheinlich nicht besteht.

wurde sie im Folgeantrag auf Anerkennung der Systemischen Therapie nicht verwendet und durch eine – mit den systemischen Dachverbänden DGSF und SG konsentierte, spezifische Definition ersetzt. Es erscheint uns problematisch, dass nicht die Definition aus dem erfolgreichen Antrag (Sydow, et al., 2007), die dann auch vollständig vom WBP zugrunde gelegt wurde (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP), 2008), im Vorbericht herangezogen wurde. Der WBP hat Systemische Therapie dementsprechend wie folgt definiert:

"Von den beantragenden Fachverbänden wird die Systemische Therapie 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 Systemische Therapie betrachtet wechselseitige intrapsychische (kognitiv-emotive) und biologischsomatische 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."
(Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP), 2008; siehe auch Sydow, 2015)

Darüber hinaus baut die Verfahrensprüfung in Hinblick auf eine sozialrechtliche Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens auf der wissenschaftlichen Anerkennung dieses Verfahrens durch den WBP auf. Insofern erscheint es auch juristisch problematisch, wenn das untersuchte Verfahren – Systemische Therapie – dann in der sozialrechtlichen Prüfung plötzlich anders definiert wird, als es ursprünglich von den antragstellenden Verbänden (Sydow, et al., 2007) und dem WBP definiert wurde. Keine Änderung ist nötig in den weiteren Beschreibungsmerkmalen der Systemischen Therapie (IQWiG, 2016, S. 1-2). Auch die Kriterien bei der Definition der "Prüfintervention" Systemische Therapie, die sich wie andere Übersichten zum Thema an den gängigen wissenschaftlichen Kriterien orientieren, würden sich durch eine Anpassung der verwendeten Definition von Systemischer Therapie nicht ändern (IQWiG, 2016, S. 89).

## Relation von Systemischer Therapie und Paar-/Familientherapie

"Systemische Therapie lässt sich in einer Vielzahl therapeutischer Settings im ambulanten und stationären Bereich realisieren [8]. Hierzu zählen unter anderem das Familiensetting, das Einzelsetting oder das Gruppensetting. Solche Settings finden auch bei anderen psychotherapeutischen Verfahren und Methoden Verwendung, wie bei der kognitiv-behavioralen Psychotherapie [13], sodass ein Familien- oder Gruppensetting für sich kein definierendes Merkmal der systemischen Therapie darstellt" (IQWiG, 2016, S. 2). Das IQWiG erwähnt explizit nur das "Familiensetting", nicht aber das Paarsetting, was bei Erwachsenen häufiger eingesetzt wird. Es ist theoretisch richtig, dass ein Paar-/Familiensetting (und auch ein Gruppensetting) kein definierendes Merkmal Systemischer Therapie darstellt. Allerdings ist die Multi-Familien-/Paar-(Gruppen-)Therapie eine genuin systemische Neuentwicklung, die systemische Paar-/Familientherapie mit Gruppentherapie und Psychoedukation integriert (Asen, 2002; Sydow, 2015).

Darüber hinaus möchten wir auf folgende Aspekte hinweisen (Sydow, 2015): Psychotherapeutische Arbeit mit Paaren und Familien beinhaltet besondere Herausforderungen und muss speziell erlernt und trainiert werden (Theorie, Praxis, Supervision, Selbsterfahrung) (Crane et al., 2010). Ein systematisches Training in der Arbeit mit Paaren/Familien (u. U. auch Multi-Paar-/Familiengruppen) ist integraler Bestandteil jeder Aus-/Weiterbildung in Systemischer Therapie, ist allerdings in den Ausbildungen zur Richtlinien-Psychotherapie bei Erwachsenen in Deutschland randständig (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie) bis inexistent (Psychoanalyse). Folglich werden im Kontext der derzeitigen ambulanten Richtlinien-Psychotherapie fast nie Angehörigengespräche abgerechnet (analytische Psychotherapie: 0,0%; tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: 0,1%; Verhaltenstherapie: 1% in KZT, 0,3% in LZT; (Best, 2010)), obwohl die Richtlinie-Psychotherapie die Einbeziehung des sozialen Umfeldes nach § 9 vorsieht. Diese Einbeziehung ist in der Zusammenschau also substantiell nur durch Inklusion der Systemischen Therapie in die sozialrechtlich geregelte ambulante psychotherapeutische Versorgung zu erwarten.

Selektion der geprüften Studien und Beschreibung der Vergleichsbedingungen

Während die Suchstrategien und auch die Selektionskriterien für die Art der eingeschlossenen zur Systemischen Therapie gerechneten Interventionen ("Prüfintervention"), die sich an den gängigen wissenschaftlichen Kriterien (ähnlich wie auch andere Übersichtsartikel zum Thema) orientieren, im Vorbericht exakt beschrieben werden, werden dann die Ausschlussgründe nur grob genannt (IQWiG, 2016, S. 512-734), sodass sie in Einzelfällen für uns nicht nachvollziehbar waren und im nächsten Abschnitt kritisch diskutiert werden.

Die immer wiederkehrende Formulierung, dass Systemische Therapie vs. "Psychotherapie" (gemeint ist hier vermutlich eine Richtlinien-Psychotherapie nach derzeitigem Stand in Deutschland) geprüft wird, impliziert, Systemische Therapie sei keine "Psychotherapie", sondern etwas anderes. Systemische Therapie wurde aber nach systematischer Prüfung vom WBP als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren anerkannt. Auch im Titel der Konkretisierung des Prüfauftrages an das IQWiG seitens des G-BA wird Systemische Therapie als "psychotherapeutische[s] Verfahren" bezeichnet (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2014).

Nicht-Berücksichtigung methodisch anspruchsvoller RCT

Wir bitten den Ausschluss folgender Studien mit klinischen Stichproben zur Wirksamkeit von Systemischer Therapie zu überprüfen (einige wurden vom WBP für die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie berücksichtigt):

Ataoglu A, Özcetin A, Icmeli C, Özbulut Ö. Paradoxical therapy in conversion reaction. J Korean Med Sci 2003; 18(4): 581-584

Die Ausschlussgründe erschließen sich uns nicht, paradoxe Interventionen sind essentieller Bestandteil Systemischer Therapie (von Schlippe & Schweitzer, 2016).

Espina Eizaguirre A, Ortega Saenz de Cabezon MA, Ochoa de Alda Martinez I. A controlled essay of familiar interventions in eating disorders: changes in alexithymia [Spanisch]. Anales de Psiquiatria 2001; 17(2): 64-72 Espina Eizaguirre A, Ortego Saenz de Calderon MA, Ochoa de Alda Apellaniz I. A controlled trial of family interventions in eating disorders: changes in psychopathology and social adjustment [Spanisch]. Apunt Psicol 2002; 20(1): 49-62

Espina A, Joaristi L, Ortego MA, Ochoa de Alda I. Eating disorders, family interventions and changes in MMPI profiles: an exploratory study [Spanisch]. Estud Psicol 2003; 24(3): 359-375 Ausschlussgrund E1 (Population) ist für uns nicht nachvollziehbar, da es sich um Patientinnen mit DSM-IV-Essstörungen handelt und das Durchschnittsalter der behandelten Patienten deutlich >18 Jahre ist. Diese Studien wurden vom WBP im Rahmen der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie berücksichtigt.

Friedman AS. Interaction of drug therapy with marital therapy in depressive patients. Arch Gen Psychiatry 1975; 32(5): 619-637

Diese Studie wurde aus unserer Sicht fälschlich unter E2 ausgeschlossen. Es wird aber ganz explizit systemische Familientherapie untersucht, da gibt es überhaupt keine Zweifel.

Horigian VE, Feaster DJ, Brincks A, Robbins MS, Perez MA, Szapocznik J. The effects of Brief Strategic Family Therapy (BSFT) on parent substance use and the association between parent and adolescent substance use. Addict Behav 2015; 42: 44-50.

Dieser RCT wird nur einmal gelistet (IQWiG, 2016, S. 535), aber nicht inkludiert; er wird unter E1 ausgeschlossen, da angeblich keine Erwachsenenpopulation untersucht wird: es geht jedoch um den Substanzkonsum von Eltern und deren adoleszenten Kindern, und es wird ganz explizit der Substanzkonsum der Eltern untersucht.

Langsley D, Pittman F, Machotka P, Flomenhaft K. Family crisis therapy: results and implications. Fam Process 1968; 7(2): 145-158

Ausschlussgrund E2 (Prüfintervention) kann von uns nicht nachvollzogen werden, da die Intervention klar Systemische Therapie ist: "[...] the interactional aspects of the crisis are stressed. Efforts to avoid the family crisis by scapegoating one member and labeling him a "mental patient" are blocked." "[...] measure the functioning of the identified patient [...]" usw.) Einer dieser Autoren – F. Pittman- hatte der Autorengruppe telefonisch bestätigt, es habe sich um an Psychosen leidende Patienten gehandelt. Diese Studie wurde vom WBP im Rahmen der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie berücksichtigt.

Leff J, Vearnals S, Brewin CR, Wolff G, Alexander B, Asen E et al. 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 2000; 177(2): 95-100

Ausschlussgrund E1 (Population) kann von uns nicht nachvollzogen werden, da es sich um eine klinische erwachsene Stichprobe mit Major Depression handelt (Hamilton Depression Rating Scale > 13). Von einem der Autoren dieser Studie – E. Asen – wurde auf Anfrage per E-Mail bestätigt, dass es sich um eine systemische Behandlung im Paarsetting von Patienten mit klinisch relevanter Depression handelte. Das systemtherapeutische Manual liegt mittlerweile auch als deutsche Publikation vor (Jones & Asen, 2002). Diese Studie wurde vom WBP im Rahmen der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie

berücksichtigt.

Madigan K, Egan P, Brennan D, Hill S, Maguire B, Horgan F et al. A randomised controlled trial of carer-focussed multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. Eur Psychiatry 2012; 27(4): 281-284.

Ausschlussgrund E5 (Studientyp RCT) – während die Studie bereits im Titel als RCT bezeichnet wird und auch die Randomisierungsprozedur im Artikel mitgeteilt wird. Sollte für den Ausschluss eine Rolle spielen, dass in diesem RCT nicht Indexpatienten, sondern nur "carer" randomisiert wurden, so ist festzuhalten, dass dies aus systemischer Sicht gerade besonders sinnvoll ist. Davon unabhängig wird zudem geprüft, ob die Interventionen auch Effekte auf die Patienten hatten.

#### Miller 2005

Die Studie wurde zwar eingeschlossen, dann aber <u>nicht</u> berücksichtigt: "Miller 2005, berichtete keine Ergebnisse für den im Rahmen dieser Nutzenbewertung interessierenden Vergleich und wurde daher nicht berücksichtigt" (IQWiG, 2016, S. 22). Diese Entscheidung können wir nicht nachvollziehen.

Vom IQWiG nicht identifizierte oder nach dem Suchdatum erschienene RCTs

Des Weiteren halten wir es für geboten, auch weitere sowohl vor als auch nach dem Abschlussdatum der Suche des IQWiG erschienen Studien mit klinischen Stichproben zur Wirksamkeit von Systemischer Therapie zu prüfen. Diese Studien werden jeweils unter den entsprechenden Anwendungsbereichen aufgeführt. Keine dieser Studien wird im Vorbericht des IQWiG genannt.

Qualitativ hochwertige, in chinesischer Sprache publizierte RCTs

Schließlich existiert noch eine ganze Reihe von RCTs zur Systemischen Therapie (meist bei Schizophrenie) mit Publikationen, die in chinesischer Sprache erschienen sind. Wir weisen darauf hin, dass die vom IQWiG zunächst generell in Zweifel gezogene Verlässlichkeit von chinesischen Studien (IQWiG, 2016, S. 485) wenig später über den im Vorbericht angeführten Querverweis wie folgt eingeschränkt wird: "Randomized controlled trials conducted by authors in high level hospitals, especially in hospitals affiliated to medical universities had a higher rate of authenticity" (Wu, Li, Bian, Liu, & Moher, 2009).

Wir gehen davon aus, dass Forschung zur Systemischen Therapie schon aus Ressourcengründen in China mehrheitlich an medizinischen Fakultäten bzw. Zentren der Maximalversorgung durchgeführt wird. Beispielhaft sei hier die vom IQWiG berücksichtigte Studie von Yang 2005 erwähnt, die am Xiangya Hospital der nationalen Central South University (CSU) in Changsha durchgeführt wurde. Die CSU gilt als "national key university" unter direkter Verwaltung des chinesischen Bildungsministeriums und rangiert im nationalen Ranking auf Platz 15 der 751 chinesischen Universitäten (siehe https://en.wikipedia.org/wiki/Central\_South\_University, abgerufen am 18.09.2016). Der systematische Einbezug chinesischer Studien beinhaltet einen hohen Übersetzungsaufwand. Ressourcenargumente können die durch systematischen Einbezug aller Studien gewährleistete Feststellung eines Nutzens der Systemischen Therapie in der Patientenversorgung nicht aufwiegen. Dementsprechend schlägt das IQWiG selbst folgendes Procedere vor: "Sollten sich im Rahmen der Informationsbeschaffung des Berichtes relevante RCTs in chinesischer Sprache zum Thema finden, wird in Erwägung gezogen, zusätzlich in chinesischen Datenbanken wie beispielsweise in der China National Knowledge Infrastructure (CNKI) zu suchen" (IQWiG, 2016, S. 93).

Da nun mindestens ein relevanter, in chinesischer Sprache publizierter RCT vom IQWiG in den Vorbericht einbezogen wurde (Yang 2005), ist uns unverständlich, warum man sich gegen einen systematischen Einbezug entschieden hat. Wir bitten diesen systematischen Einbezug zu ergänzen, halten es aber mindestens für geboten, den Einbezug der unter den einzelnen Anwendungsbereichen angegebenen, bisher nicht berücksichtigten Studien. Wie alle anderen vom IQWiG bisher nicht berücksichtigen, jedoch in dieser Stellungnahme eingebrachten Studien, werden die Publikationen dieser chinesischen Studien dem IQWiG mit dieser Stellungnahme zur Verfügung gestellt.

Unvollständige Berücksichtigung von Studien zu mehreren Anwendungsbereichen

Während Studien zu mehreren Störungen teilweise auch allen damit untersuchten Anwendungsbereichen zugeordnet wurden (bspw. Knekt 2004 zu Depression, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen), geschah dies noch nicht vollständig bei:

#### Feaster 2011

Die Stichprobe umfasst nicht nur Substanzstörungen, sondern auch körperliche Erkrankungen (HIV/AIDS).

#### Lau 2007

Diese Studie wurde bisher nur bei gemischten Störungen berücksichtigt, jedoch erfüllten 91% der Teilnehmerinnen die Kriterien mindestens einer Persönlichkeitsstörung.

## Rakowska 2011

Diese Studie wurde bisher nur bei Angststörungen berücksichtigt, jedoch enthielt die Studie auch Probanden mit ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung.

Wir halten es für geboten, die fehlende Analyse dieser drei Studien auch für die bisher nicht berücksichtigten Anwendungsbereiche nachzuholen.

Nicht-Berücksichtigung externer Meta-Analysen und Cochrane-Reviews

Das IQWiG und der G-BA messen systematischen Übersichtarbeiten (insbesondere Cochrane Reviews) und Meta-Analysen große Bedeutung zu. Wir möchten daher die Berücksichtigung der folgenden Arbeit anregen: O'Farrell und Fals-Stewart (2001) analysierten N=36 RCT zu *Alkoholabhängigkeit*: Paar-/Familientherapie war signifikant wirksamer als Einzeltherapie oder Warteliste-Kontrollgruppen in Bezug auf Alkoholabhängigkeit, Initiation der Behandlung, drop-out Rate, Therapieerfolg und das Wohlbefinden der Familienmitglieder. Paar-und Einzeltherapie verbesserten beide die Paarbeziehung. Die Evidenzbasis erwies sich als am robustesten für behaviorale Paartherapie, gefolgt von systemischer Paartherapie. Bereits allein die vom IQWiG berücksichtigen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen (Barbato & D'Avanzo, 2006; Hartmann, Bazner, Wild, Eisler, & Herzog, 2010; Martire, Lustig, Schulz, Miller, & Helgeson, 2004; Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2010; Pinquart, Oslejsek, & Teubert, 2016; Sydow, et al., 2010) weisen konsistent positive Effekte für Systemische Therapie

nach. Insgesamt sollte daher eine stärkere Gewichtung von aggregierten Effekten im Hinblick auf die Bewertung des Nutzens Systemischer Therapie erfolgen.

Nicht-Berücksichtigung von Befunden zu drop-out Raten

Systemische Therapie hat eine geringere drop-out Rate als andere Psychotherapien. Das belegen nicht nur Reviews (Sydow, et al., 2007; Sydow, et al., 2010), sondern auch Meta-Analysen (Pinquart, et al., 2016).

## Kritische Reflexion der Bewertung der einzelnen Anwendungsbereiche durch das IQWiG

Angst- und Zwangsstörungen

Alle methodisch relevanten Studien, deren Interventionen auch nach unseren Kriterien klar systemisch sind, sind aufgenommen.

Bezüglich der vom IQWiG durchgeführten Meta-Analysen zu Knekt 2004 in diesem Anwendungsbereich sind die Ergebnisse widersprüchlich, d.h. es existieren etwa bezüglich Symptomreduktion (HARS) im Vergleich zu psychodynamischer Therapie, u.a. in Abhängigkeit vom Katamnesezeitraum, metaanalytische Befunde zur niedrigeren, gleichen oder besseren Wirksamkeit. Diese widersprüchlichen Ergebnisse sind allerdings angesichts der extrem unterschiedlichen Therapie-Dosis (ST: 10 Stunden, PD-KZT: 19 Stunden, PD-LZT: 232 Stunden) unter Kostengesichtspunkten positiv für die Systemische Therapie: Kurzfristig bestehen keine Wirksamkeitsunterschiede (1-Jahr-HARS), mittelfristig ist PD-LZT wirksamer (3-Jahre-SCL-ANX, 5-Jahre-HARS) - was angesichts der 23fachen Therapiedosis nicht überrascht - oder es bestehen sogar (!) keine Wirksamkeitsunterschiede (3-Jahre-HARS, 5-Jahre-SCL-ANX). Langfristig über 10 Jahre besteht kein signifikanter Wirksamkeitsunterschied zwischen Systemischer Therapie und LZT-PD (SCL-ANX), was schon spektakulär ist, und Systemische Therapie ist sogar signifikant wirksamer als KZT-PD (SCL-ANX). Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass das IQWiG diese widersprüchliche Befundlage bei extrem variierender Therapiedosis als "Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen" (z. B. S. 8) der ST im Vgl. zur LZT-PD interpretiert. Tatsächlich ist es so, dass Systemische Therapie vs. PD-KZT (in doppelter Therapiedosis) keine kurz- und mittelfristigen Wirksamkeitsunterschiede zeigt – langfristig über 10 Jahre ist ST sogar überlegen!

Zusätzlich möchten wir noch den Einbezug einer neuen Studie aus Deutschland zur sozialen Phobie anregen (Hunger et al., 2016). Diese Studie wird im Vorbericht des IQWiG nicht genannt.

#### Depression

Die meisten methodisch guten relevanten Studien mit klinischen Samples, deren Interventionen auch nach unseren Kriterien klar systemisch sind, sind enthalten.

Was die durchgeführten Meta-Analysen beim Vergleich von ST und anderer "Psychotherapie" (nur Knekt 2004 sowie Seikkula 2013) angeht, so ergeben sich wie auch bei Ängsten/Zwängen widersprüchliche Ergebnisse: Systemische Therapie ist PD-KZT z. T. überlegen (10-Jahres Follow-Up Symptomverbesserung Depressivität), z. T. bestehen keine signifikanten Unterschiede und es bestehen keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede zwischen Systemischer Therapie und PD-LZT in der Helsinki-Studie bzgl. Depression. Angesichts der extrem unterschiedlichen Therapie-Dosis (ST: 10 Stunden, PD-KZT: 19 Stunden, PD-LZT: 232 Stunden), ist dies ein sehr gutes Ergebnis für die Systemische Therapie, die auch von der 23fachen Therapiedosis (!) der PD-LZT nicht signifikant getoppt wird.

Zusätzlich möchten wir noch den Einbezug der Studien von Haddock, Weiler, Trump, & Henry (2016) und Lopes et al. (2014) anregen, die bisher von IQWiG nicht adressiert wurden oder ggf. erst nach dem Abschlussdatum der Suche erschienen sind. Alle Hauptpublikationen der Studien liegen der Stellungnahme bei. Ferner sollte der systematische Einbezug aller RCTs zur Emotionally Focused Therapy for Couples (EFT) erfolgen (Greenberg & Johnson, 2010; Johnson, 2009), einem systemisch-integrativen Paartherapieansatz (Sydow, 2015; Sydow & Seiferth, 2015). Eine Reihe von RCTs belegt die Wirksamkeit von EFT bei Depressionen und anderen Störungen (Greenberg & Johnson, 2010, siehe auch http://www.iceeft.com/EFTResearch.pdf, abgerufen am 18.09.2016).

## Essstörungen

Was Essstörungen angeht, so können wir die Berücksichtigung der drei RCT-Studien (Russell 1987, Dare 2001, Castelnuovo 2011) durch das IQWiG gut nachvollziehen. Nicht nachvollziehbar für uns ist aber die Nicht-Berücksichtigung der "The Gothenburg anorexia nervosa treatment study" (ISRCTN25181390), die zum Ziel hat, die Effekte von ST ("Maudsley-Modell") im Vergleich zu KVT bei erwachsenen Frauen mit Anorexia nervosa bzgl. BMI und Essstörungs- Symptomen zu bewerten (Erhebungszeiträume 1,5 und 3 Jahre). Das IQWiG schreibt: "Da für den Störungsbereich Essstörungen bereits mehrere eingeschlossene Studien vorlagen, wurde die potenzielle Relevanz dieser Studie für das Fazit als gering eingeschätzt und keine Autorenanfragen durchgeführt" (IQWiG, 2016, S. 47). Dies ist aber kein Argument, wenn man den Anspruch hat, eine Übersichtsarbeit zu erstellen. Tatsächlich könnte die Evaluation der Systemischen Therapie durch den Einbezug dieser Studie weiter verändern werden. Wir haben hier selbst angefragt und erfahren, dass die Ergebnisse in Kürze publiziert werden (E-Mailkommunikation vom 05.09.2016).Wir halten es deshalb für geboten, diese in den Abschlussbericht mit aufzunehmen. Bei der Meta-Analyse zum Vergleich Systemische Therapie vs. Richtlinien-Psychotherapie bei Essstörungen wurde nur Dare 2001 (ST vs. PD-KZT) eingeschlossen – aus unklaren Gründen aber nicht Castelnuovo 2011 (ST vs. KVT). Wir halten es für geboten, dies im Endbericht zu korrigieren. Zudem bitten wir um Korrektur der Tab. 41 (S. 109): Bei Essstörungen liegen drei RCTs vor, die Systemische Therapie mit anderen Psychotherapien vergleichen - davon nicht "0" Richtlinien-Psychotherapieverfahren, sondern aus unserer Sicht "2".

Zusätzlich möchten wir noch den Einbezug der Studie von Y. Li, Wang & Ma (2006) anregen, die bisher vom IQWiG nicht adressiert wurde. Die Hauptpublikation der Studie liegt der Stellungnahme bei.

#### Gemischte Störungen

Es wurde hier ein RCT berücksichtigt, nämlich (Lau 2007), Systemische Therapie (Gruppe) vs. "Psychotherapie" (analytische Gruppentherapie) bei Frauen mit innerfamiliärem sexuellen Missbrauch (91% ICD-10 Persönlichkeitsstörungen und versch. andere Störungen). Diese Studie zeigt, dass Systemische Therapie auch bei "komplexen Traumafolgestörungen" (ICD-11) hilft.

#### Körperliche Erkrankungen

Es wurden für uns nachvollziehbar neun RCTs berücksichtigt (Wirsching 1989; Saarijärvi 1991; Cockburn 1997; Priebe 2001; Szapocznik 2004; Arvand 2012; Shadick 2013; Rakowska 2015; Vogelaar 2014). Es fehlt jedoch ein RCT (Feaster 2011), der vom IQWiG zwar bereits berücksichtigt wurde, jedoch nicht für diesen Anwendungsbereich (siehe Abschnitt *Unvollständige Berücksichtigung von Studien zu mehreren Störungen* auf S. 12 dieser Stellungnahme).

Das IQWiG identifizierte einen weiteren australischen RCT: "Counselling to reduce anxiety and depressive symptoms in women with a new diagnosis of gynaecological cancer" (Vergleich: Solution focused therapy + Routine treatment vs. Routine treatment). Outcome-Daten u.a. Angst- und depressive Symptomatik. Erhebungszeiträume: 6 Wochen und 4 Monate. Geplant: N=200 Patientinnen. Beginn der Rekrutierung war laut Studienregistereintrag der 01.03.2004, ein Enddatum für die Rekrutierung wird nicht angegeben. Da für den Störungsbereich körperlicher Erkrankungen bereits mehrere eingeschlossene Studien vorlagen, wurde die potenzielle Relevanz dieser Studie für das Fazit als gering eingeschätzt und keine Autorenanfragen durchgeführt. Wir schlagen vor, eine Autorenanfrage dennoch zu tätigen.

Obwohl nicht überall psychische Störungen belegt wurden, wurden Studien berücksichtigt, die zeigen, dass Systemische Therapie manchmal sogar somatische Prozesse positiv beeinflusst und häufig das psychische Befinden somatisch erkrankter Menschen. Insofern leitet das IQWiG "Anhaltspunkte für einen Nutzen" der Systemischen Therapie ab – sowohl beim Vergleich mit anderen Psychotherapieverfahren als auch beim Vergleich mit reiner medizinischer Routinebehandlung (IQWiG, 2016, S. 52-53). Da das IQWiG einen "Beleg für einen Nutzen" offenbar nur dann zuerkennt, wenn aus zwei oder mehr Studien mit hoher qualitativer Ergebnissicherheit gleichgerichtete signifikante und durch Metaanalysen gesicherte Effekte vorliegen, wird hier selbst aus neun erfolgreichen RCTs kein "Beleg" und noch nicht mal ein "Hinweis" auf einen Nutzen der Systemischen Therapie abgeleitet. Hier gerät diese Bewertungslogik an ihre Grenzen, da Systemische Therapie bei ganz unterschiedlichen Erkrankungen wie Krebs- und Herz-Kreislauferkrankungen, HIV/AIDS, Hepatitis, orthopädischen Erkrankungen usw. wirksam ist, sich die unterschiedlichen Endpunkte aber nicht zu einer Meta-Analyse zusammenfassen lassen. Daher möchten wir anregen, die Bewertungslogik an die Faktenlage anzupassen.

Zusätzlich möchten wir noch den Einbezug der Studie von Garcia-Huidobro, Bittner, Brahm, & Puschel (2011) anregen, die bisher vom IQWiG nicht adressiert wurde. Die Hauptpublikation der Studie liegt der Stellungnahme bei.

#### Persönlichkeitsstörungen

Für Persönlichkeitsstörungen wurde ein RCT aus unserer Sicht angemessen berücksichtigt (Knekt 2004). Es fehlen jedoch zwei weitere RCTs (Lau 2007; Rakowska 2011), die vom IQWiG zwar bereits berücksichtigt wurden, jedoch nicht für diesen Anwendungsbereich (siehe Abschnitt *Unvollständige Berücksichtigung von Studien zu mehreren Störungen* auf Seite 12 dieser Stellungnahme).

Auch für diesen Anwendungsbereich stellt sich die Frage, wie der Befund, dass in der Knekt 2004 Studie kein signifikanter Wirksamkeitsunterschied zwischen Systemischer Therapie und PD-KZT bzgl. Persönlichkeitsstörungen besteht, gewertet wird – bei knapp doppelt so hoher Therapiedosis der PD-KZT. "Kein Unterschied" scheint hier eher für eine besonders hohe Wirkung der eingesetzten Systemische Therapie-Ultrakurztherapie von 10 Stunden zu sprechen.

#### Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

Für diesen Anwendungsbereich wurden für Schizophrenie drei RCTs verwertet, in denen es jeweils um den Vergleich "Systemische Therapie und Medikation" vs. "reine Medikation" geht (Cao 2007; Zhang 2006; Zhou 2003). In Bezug auf bipolare Störungen wurde ein RCT berücksichtigt (Miller 2005 mit "Systemische Therapie" vs. "Beratung und Informationsvermittlung"). Aus diesen vier Studien wird ein "Hinweis auf einen Nutzen" der Systemischen Therapie beim Vergleich von Systemischer Therapie vs. "keine Zusatzbehandlung" abgeleitet.

Zusätzlich möchten wir noch den Einbezug der Studien von Giron et al. (2010), Y. Li, J. D. Jia, & M. S. Zhang (2004), Liu, Zhan, Gong, Li, & Xie (2003), Ma, Li, Liu, Zhan, & Gong (2004), Mayoral et al. (2015), Priebe et al. (2015), Weisman de Mamani, Weintraub, Gurak, & Maura (2014), M. Zhang, Wang, Li, & Phillips (1994), S. Zhang et al. (2006), X. Zhang & Zhang (1999), Y. Zhang, Ye, Wang, & Qui (2006), B. Zhao, Shen & Shi (1999), B. Zhao et al. (2000) und Z. H. Zhao et al. (2010) anregen, die bisher vom IQWiG nicht adressiert wurden oder ggf. erst nach dem Abschlussdatum der Suche erschienen sind. Alle Hauptpublikationen der Studien liegen der Stellungnahme bei.

#### Substanzkonsumstörungen

Es wurden für uns nachvollziehbar fünf RCTs verwertet (Ziegler-Driscoll 1977; Stanton 1982; Bennun 1988; Yandoli 2002; Feaster 2010). Eine kanadische Studie von Li et al. (2007) zur Systemischen Therapie von Alkoholabhängigkeit wurde ausgeschlossen, obwohl es sich nach dem Therapiemanual um eine systemische Intervention handelt (Chaim, Armstrong, Shenfeld, Kelly, & Li, 2003). Die Autoren beziehen sich auf Pioniere der Systemischen Therapie bei Alkohol- und Substanzabhängigkeit, wie Peter Steinglas, Salvadore Minuchin, arbeiteten mit Wunderfragen, stellten lösungsorientierte Fragen und setzen Genogramme ein. Auch die Arbeit an der Kommunikation ist keine behaviorale Technik, sondern geht primär auf die Arbeit der Gruppe um Paul Watzlawick und Virginia Satir zurück.

Des Weiteren schlagen wir vor, im Endbericht folgende zwei neu identifizierte RCTs zu berücksichtigen, deren Ergebnisse zum Vorberichtsdatum noch nicht vorlagen:

- "Adolescent Involvement in Parental Substance Abuse Treatment" (NCT01576393)
- "Youth Drug Abuse Family and Cognitive-Behavioral Therapy" (NCT00198874)

Zusätzlich möchten wir noch den Einbezug der Studie von Slesnick & Zhang (2016) anregen, die bisher vom IQWiG nicht adressiert wurde. Die Hauptpublikation der Studie der Stellungnahme bei.

#### Abschließende Überlegungen

Vor dem Hintergrund der im Vorbericht des IQWiG geschilderten Ergebnisse gehen wir vom Vorliegen von Nachweisen für das vom G-BA eingeführte sog. Schwellenkriterium aus – Nachweise für die Behandlung von Ängsten und Zwängen sowie von affektiven Störungen, die für die Zulassung zur sozialrechtlich geregelten ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen in Deutschland erforderlich sind.

Systemische Therapie auch wirksam bei kostenintensiven Störungen

Von den gesetzlichen Krankenkassen wurde wiederholt kritisiert, dass Psychotherapeuten überwiegend leichtere Störungen, Anpassungsstörungen, Ängste und leichtere depressive Störungen behandeln würden (Gallas, Kächele, Kraft, Kordy, & Puschner, 2008), während kostenintensive schwere chronische Krankheiten mit hohem Leidpotenzial zu selten behandelt würden: Psychosen, psychische Faktoren bei körperlichen Erkrankungen, Substanzabhängigkeit, Patienten mit Mehrfachdiagnosen u.a.m. Zu den für den Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen berücksichtigungsfähigen kosten-intensivsten 80 Diagnosen zählen überwiegend somatische Krankheiten. Bei Krebserkrankungen, Diabetes mellitus Typ I und II, HIV/AIDS sowie bei den kostenintensiven psychischen Störungen Schizophrenie, schweren Substanzstörungen, schweren Depressionen, Essstörungen und Aufmerksamkeitsstörungen ist Systemische Therapie ein empirisch validierter Behandlungsansatz. Ebenfalls zu den kostenintensiven psychischen Erkrankungen zählen Schizophrenien und Psychosen. Eine Reihe internationaler Studien belegt positive Effekte von Systemischer Therapie auf die Positivsymptomatik und auf besonders schwer zu beeinflussende negative Symptome, auf die Qualität der Ehe und die soziale und berufliche Integration (was volkswirtschaftlich entscheidend ist). In den britischen Behandlungsleitlinien sind familientherapeutische Interventionen mit lösungsorientiertem Charakter als Teil des Therapiestandards vorgesehen (National Collaborating Centre for Mental Health, 2014).

Systemische Therapie reduziert gesundheitswirtschaftliche Kosten

In der Beauftragung des IQWiG durch den G-BA findet sich der Hinweis, dass auch auf Wirtschaftlichkeit eingegangen werden sollte: "Falls bei der Literaturrecherche zum Nutzen auch relevante Studien identifiziert werden, die sich mit Fragen der Wirtschaftlichkeit der Methode beschäftigen, sollen diese Studien dem G-BA ebenfalls zur weiteren Bewertung übermittelt werden" (Bundesausschuss, 2014, S. 2). Deshalb möchten wir hierauf kurz eingehen (Sydow, 2015, S. 123-127). Sofern nicht ohnehin geplant, möchten wir anregen, alle Kosten-Nutzen-Befunde umfassend zu berücksichtigen. Wie die Arbeitsgruppe von Russel Crane in vielen Kosten-Nutzen-Studien gezeigt hat, hat der Einbezug von Familienmitgliedern in die Behandlung einen deutlichen gesundheitsökonomischen Nutzen. Dies gilt etwa für die gesamte Inanspruchnahme von

Gesundheitsleistungen (Crane & Christenson, 2012; Law & Crane, 2000), für "high utiliser" selbiger (Law, Crane, & Berge, 2003), besonders deutlich für Patienten mit zusätzlichen Beziehungsproblemen, speziell für Patienten in Psychotherapie (Crane & Payne, 2011; Moore, Hamilton, Crane, & Fawcett, 2011), für Patienten mit Substanzstörungen (Morgan, Crane, Moore, & Eggett, 2013), für Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens (Crane, Hillin, & Jakubowski, 2005), bei somatoformen Störungen (Crane et al., 2012), bei Sexualstörungen (Fawcett & Crane, 2013) sowie bei Schizophrenien (Christenson, Crane, Bell, Beer, & Hillin, 2014). In einer aktuellen Studie aus der Arbeitsgruppe von Paul Knekt im Kontext der Helsinki Psychotherapy Study konnte zudem gezeigt werden, dass Systemische Therapie bei Angststörungen fünf Jahre nach Behandlungsende genauso wirksam ist wie psychodynamische Langzeittherapie – nur sehr viel kostengünstiger und mit weniger gleichzeitigen Kosten für Gesundheitsleistungen bei den Patienten (Knekt et al., 2016). Im London Depression Intervention Trial (Leff et al., 2000) unterschieden sich die Kosten für Systemische Therapie und Antidepressiva mittelfristig nicht voneinander, aber Systemische Therapie war bezüglich der depressiven Kernsymptomatik wirksamer. In Chile führten drei Sitzungen Systemische Therapie bei Patienten mit somatoformer Störung zu deutlichen Reduktionen der nachfolgend in Anspruch genommenen Gesundheitskosten im Vergleich zur Standardbehandlung (Schade, Torres, & Beyebach, 2011).

### Systemische Therapie wirkt auch präventiv

Wir möchten daran erinnern, dass Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur die Heilung ist, sondern auch der Erhalt des Gesundheitszustandes der Versicherten (SGB V § 1). Der Vorbericht des IQWiG beschränkt sich auf Therapiestudien, umfasst also keine Studien zur primären Prävention von gesundheitlichen Störungen. Die Versorgungsrelevanz der Systemischen Therapie beschränkt sich aber nicht allein auf die Behandlung von Krankheiten, sondern betrifft auch deren Vorbeugung. So existieren hochwertige Studien, die zeigen, dass beispielsweise die Reduktion familiärer psychosozialer Risikofaktoren (wie etwa sexueller Missbrauch und Misshandlung, Gewalt in der Familie oder psychisch kranke, delinquente oder substanzabhängige Angehörige, Pflege von schwerkranken Angehörigen), wie sie in Systemischer Therapie stattfindet, einen nicht zu unterschätzenden Beitrag nicht nur zur sekundären und tertiären, sondern gerade auch zur primären Prävention psychischer Störungen leistet (Eisdorfer et al., 2003; Felitti et al., 1998).

# Bessere Kooperation und Patientenzufriedenheit

Mit ihrer deutlichen Ressourcen- und Lösungsorientierung und der Arbeit mit klar ausgehandelten Behandlungsaufträgen dauert Systemische Therapie kürzer als andere Verfahren. Als kooperationsorientierter Ansatz (Ochs & Orban, 2012) ermöglicht Systemische Therapie eine bessere Verzahnung von ambulanten Behandlern und stationären Einrichtungen und bietet spezielle Methoden, die das Fallmanagement bei komplexeren Psychotherapiefällen übersichtlicher und mittelbar dadurch Einzelmaßnahmen wirkungsvoller machen (Haun, Kordy, Ochs, Zwack, & Schweitzer, 2012). Für ihre Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen spricht schließlich die erwiesenermaßen hohe Zufriedenheit der Patienten mit diesem Verfahren und der signifikant geringeren Abbruchrate in Therapien (Sydow, 2015; Sydow, et al., 2010).

Größere Wahlfreiheit in der psychotherapeutischen Versorgung mit einem wirksamen, kostengünstigen und kultursensiblen Verfahren

Der IQWiG-Vorbericht bestätigt unsere Überzeugung, dass Systemische Therapie ein Psychotherapieverfahren darstellt, das aufgrund seiner Wirksamkeit einen hohen Nutzen für die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland hat. Es ist genauso wirksam und in manchen Anwendungsbereichen sogar wirksamer als die derzeitigen Richtlinien-Psychotherapieverfahren (z.B. Depressionen, Essstörungen, gemischten Störungen und körperlichen Erkrankungen). Zudem zeigt es verschiedene positive gesundheitsökonomische Effekte: Es benötigt eine vergleichsweise geringere Therapiedosis (z.B. Knekt 2004), hat positive Auswirkungen auf andere Systemmitglieder und verfügt über die geringste Abbruchrate aller Psychotherapieverfahren (Sydow et al., 2010; Pinquart et al., 2014). Damit ist der Weg bereitet, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen in Deutschland ein nachgewiesen wirksames Psychotherapieverfahren zur Verfügung gestellt wird. Auf diesem Wege würde die Wahlfreiheit von Patienten erhöht, die durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (PatRechteG) gestärkt wurde. Zudem wird dadurch die Möglichkeit erhöht, eine individuelle, maßgeschneiderte psychotherapeutische Behandlung durchzuführen, welche die Psychotherapie-Richtlinie des G-BA zwingend verlangt.

Systemische Therapie kann einen wirksamen Beitrag dazu leisten, Patienten mit besonders schwerwiegenden, kostenintensiven Diagnosen, die heute in der ambulanten Psychotherapie eine Randstellung einnehmen, besser zu erreichen. Systemische Therapie verfügt nachweislich über wirksame Behandlungsstrategien für diese schwer zu behandelnden Störungen. Sie kommt damit dem Interesse der gesetzlichen Krankenkassen und damit letztlich dem öffentlichen Interesse an Behandlungsangeboten, die kostenträchtige stationäre Aufnahmen vermeiden helfen, entgegen.

#### Literatur

- Anglemyer, A., Horvath, H. T., & Bero, L. (2014). Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials. *Cochrane Database Syst Rev*(4), MR000034. doi: 10.1002/14651858.MR000034.pub2
- Asen, E. (2002). Multiple family therapy: an overview. J Fam Ther, 24(1), 3-16.
- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2006). Marital therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD004188. doi: 10.1002/14651858.CD004188.pub2
- Best, D. (2010). Kaum Zunahme von Gruppentherapien. Psychotherapie Aktuell, 1, 10-12.
- Borsca, M. (2016). Systemische (Familien-)Therapie und staatliche Gesundheitssysteme in Europa. *Familiendynamik*, 41, 24-25.
- Boutron, I., Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F., & Ravaud, P. (2008). Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. *Ann Intern Med*, 148(4), 295-309.
- Chaim, G., Armstrong, S., Shenfeld, J., Kelly, C., & Li, S. (2003). *Brief couples therapy: Group and individual couple treatment for addiction and related mental health concerns*: Centre for Addiction and Mental Health Toronto, Canada.

- 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. *J Marital Fam Ther*, 40(3), 272-286.
- Crane, D. R., & Christenson, J. D. (2012). A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. *Contemp Fam Ther*, *34*(2), 204-216.
- Crane, D. R., Hillin, H. H., & Jakubowski, S. F. (2005). Costs of treating conduct disordered Medicaid youth with and without family therapy. *Am J Fam Ther*, *33*(5), 403-413.
- 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. *Contemp Fam Ther*, *34*(3), 322-333.
- Crane, D. R., & Payne, S. H. (2011). Individual versus family psychotherapy in managed care: comparing the costs of treatment by the mental health professions. *J Marital Fam Ther*, *37*(3), 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 the family therapy educational and experience requirements for licensure or certification in six mental health disciplines. *Am J Fam Ther*, 38(5), 357-373.
- Deisler, H. (2013). Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V.
- Devereaux, P. J., Choi, P. T., El-Dika, S., Bhandari, M., Montori, V. M., Schunemann, 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. *J Clin Epidemiol*, *57*(12), 1232-1236. doi: 10.1016/j.jclinepi.2004.03.017
- Eisdorfer, C., Czaja, S. J., Loewenstein, D. A., Rubert, M. P., Arguelles, S., Mitrani, V. B., & Szapocznik, J. (2003). The effect of a family therapy and technology-based intervention on caregiver depression. *Gerontologist*, 43(4), 521-531.
- 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.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Marks, J. S. (1998).
  Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med, 14(4), 245-258. doi: 10.1080/01926187.2010.513895
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kordy, H., & Puschner, B. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut*, *53*(6), 414-423.
- Garcia-Huidobro, D., Bittner, M., Brahm, P., & Puschel, K. (2011). Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. *Fam Pract*, 28(1), 4-11. doi: 10.1093/fampra/cmq069
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2014). Konkretisierung des Auftrags des Gemeinsamen

  Bundesausschusses an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Bewertung

  des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen.
- Giron, M., Fernandez-Yanez, A., Mana-Alvarenga, S., Molina-Habas, A., Nolasco, A., & Gomez-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. *Psychol Med*, 40(1), 73-84. doi: 10.1017/s0033291709006126
- Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (2010). *Emotionally focused therapy for couples*. New York, NY: Guilford Press.

- Haddock, S. A., Weiler, L. M., Trump, L. J., & Henry, K. L. (2016). The Efficacy of Internal Family Systems

  Therapy in the Treatment of Depression Among Female College Students: A Pilot Study. *J Marital Fam Ther*.
- Hartmann, M., Bazner, 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. *Psychother Psychosom*, 79(3), 136-148. doi: 10.1159/000286958
- Haun, M. W., Kordy, H., Ochs, M., Zwack, J., & Schweitzer, J. (2012). Langfristige Wirkungen systemtherapeutisch erweiterter stationärer Psychiatrie im Erleben von PatientInnen, MitarbeiterInnen und externen KooperationspartnerInnen. *Systeme*, 26(2), 142-169.
- Hunger, C., Hilzinger, R., Koch, T., Mander, J., Sander, A., Bents, H., & Schweitzer, J. (2016). Comparing systemic therapy and cognitive behavioral therapy for social anxiety disorders: study protocol for a randomized controlled pilot trial. *17*, 171. doi: 10.1186/s13063-016-1252-1
- Insel, T. R. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: precision medicine for psychiatry. Am J Psychiatry, 171(4), 395-397. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14020138
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). (2015). *Allgemeine Methoden Version 4.2*.
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). (2016). Vorbericht (vorläufigen Nutzenbewertung): Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen. Auftrag N14-2. Version 1.0 veröffentlicht am 16.08.2016
- Johnson, S. M. (2009). Praxis der Emotionsfokussierten Paartherapie. Paderborn: Junfermann.
- Jones, E. & Asen, E. (2002). Wenn Paare leiden: Wege aus der Depressionsfalle. Dortmund: Borgmann
- Knekt, P., Virtala, E., Harkanen, 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(6), 1175-1188. doi: 10.1017/s0033291715002718
- Kuss, O., Blettner, M., & Börgermann, J. (2016). Propensity Score eine alternative Methode zur Analyse von Therapieeffekten. *Dtsch Arztebl* 2016, 113, 35-36. doi: 10.3238/arztebl.2016.0597
- 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 Psychiatr Scand*, *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. *J Marital Fam Ther*, 26(3), 281-291.
- Law, D. D., Crane, D. R., & Berge, J. M. (2003). The influence of individual, marital, and family therapy on high utilizers of health care. *J Marital Fam Ther*, 29(3), 353-363.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Everitt, B. (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.
- Li, S., Armstrong, M. S., Chaim, G., Kelly, C., & Shenfeld, J. (2007). Group and individual couple treatment for substance abuse clients: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy*, 35(3), 221-233.
- Li, Y., Jia, J. D., & Zhang, M. S. (2004). Influence of family mental intervention on social function, family environment and relapse rate in first-episode schizophrenics. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 8(21), 4184-4185.

- Li, Y., Wang, J., & Ma, Y. (2006). A controlled clinical trial of citalopram and citalopram combined with family therapy in the treatment of anorexia nervosa. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 18(3), 158-160.
- Liu, Q. H., Zhan, L. Y., Gong, Y. X., Li, X. L., & Xie, C. G. (2003). Effect of one-to-one system family intervention on the reduction of schizophrenia relapse: A randomized controlled study. *Chinese Journal* of Clinical Rehabilitation, 7(30), 4114-4115.
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Machado, P. P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychother Res*, 24(6), 662-674.
- Ma, Z. F., Li, X. L., Liu, Q. H., Zhan, L. Y., & Gong, Y. X. (2004). Effect of individual system family intervention on the family and social functions in patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 8(30), 6591-6593.
- Martire, L. M., Lustig, A. P., Schulz, R., Miller, G. E., & Helgeson, V. S. (2004). Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychol*, 23(6), 599-611. doi: 10.1037/0278-6133.23.6.599
- Mayoral, F., Berrozpe, A., de la Higuera, J., Martinez-Jambrina, J. J., de Dios Luna, J., & Torres-Gonzalez, F. (2015). Efficacy of a family intervention program for prevention of hospitalization in patients with schizophrenia. A naturalistic multicenter controlled and randomized study in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 8(2), 83-91. doi: 10.1016/j.rpsm.2013.11.001
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gotzsche, P. C., Devereaux, P. J., Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, 340, c869.
- Moore, A. M., Hamilton, S., Crane, D. R., & Fawcett, D. (2011). The influence of professional license type on the outcome of family therapy. *Am J Fam Ther*, *39*(2), 149-161.
- Morgan, T. B., Crane, D. R., Moore, A. M., & Eggett, D. L. (2013). The cost of treating substance use disorders: Individual versus family therapy. *J Fam Ther*, *35*(1), 2-23.
- Mullan, R. J., Flynn, D. N., Carlberg, B., Tleyjeh, I. M., Kamath, C. C., LaBella, M. L., Montori, V. M. (2009). Systematic reviewers commonly contact study authors but do so with limited rigor. *J Clin Epidemiol*, 62(2), 138-142. doi: 10.1016/j.jclinepi.2008.08.002
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2014). Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management. NICE Clinical Guideline 178: NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178 [abgerufen am 19.09.2016 um 20:22 Uhr]
- O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (2001). Family-involved alcoholism treatment. An update. *Recent Dev Alcohol*, 15, 329-356.
- Ochs, M., & Orban, R. (2012). Gelingende Kooperationen gestalten als ein Kernkonzept systemischen Arbeitens. *Kontext*, 43(2), 154-166.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. (12), CD000088. doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub2
- Pinquart, M., Oslejsek, B., & Teubert, D. (2016). Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. *Psychother Res*, 26(2), 241-257. doi: 10.1080/10503307.2014.935830

- Priebe, S., Kelley, L., Omer, S., Golden, E., Walsh, S., Khanom, H., McCabe, R. (2015). The Effectiveness of a Patient-Centred Assessment with a Solution-Focused Approach (DIALOG+) for Patients with Psychosis: A Pragmatic Cluster-Randomised Controlled Trial in Community Care. *Psychother Psychosom*, 84(5), 304-313. doi: 10.1159/000430991
- Schade, N., Torres, P., & Beyebach, M. (2011). Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. *Fam Syst Health*, 29(3), 197-205. doi: 10.1037/a0024563
- Schiepek, G. (1999). Die Grundlagen der systemischen Therapie: Theorie, Praxis, Forschung.: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Selby, J. V., Forsythe, L., & Sox, H. C. (2015). Stakeholder-Driven Comparative Effectiveness Research: An Update From PCORI. *JAMA*, 314(21), 2235-2236. doi: 10.1001/jama.2015.15139
- Slesnick, N., & Zhang, J. (2016). Family systems therapy for substance-using mothers and their 8- to 16-year-old children. *Psychol Addict Behav*, 30(6), 619-629. doi: 10.1037/adb0000199
- Sydow, K. v. (2015). Systemische Therapie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R., & Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- 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. *Fam Process*, 49(4), 457-485. doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01334.x
- Sydow, K. v., & Seiferth, A. (2015). Sexualität in Paarbeziehungen. Göttigen: Hogrefe.
- von Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2016). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen*: Göttimgen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York, NY: Routledge.
- Weisman de Mamani, A., Weintraub, M. J., Gurak, K., & Maura, J. (2014). A randomized clinical trial to test the efficacy of a family-focused, culturally informed therapy for schizophrenia. *J Fam Psychol*, 28(6), 800-810. doi: 10.1037/fam0000021
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2008). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie.

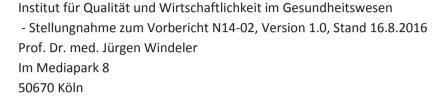
  http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/GutachtenSystemischeTherapie20081214-1.pdf
  [abgerufen am 19.09.2016 um 19:45 Uhr]
- Wu, T., Li, Y., Bian, Z., Liu, G., & Moher, D. (2009). Randomized trials published in some Chinese journals: how many are randomized? , 10, 46. doi: 10.1186/1745-6215-10-46
- Yang, F., Zhu, S., & Luo, W. (2005). Comparative study of solution-focused brief therapy (SFBT) combined with paroxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Chin Ment Health J*, 19(4), 288-290.
- Zhang, M., Wang, M., Li, J., & Phillips, M. R. (1994). Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients. An 18-month study in Suzhou, Jiangsu. Br J Psychiatry Suppl(24), 96-102.
- Zhang, S., Liu, L., Pan, S., Feng, Y., Zhang, Y., & Zhu, Q. (2006). A control study of the effect of systemic family therapy to the recurrence of schizophrenia. *Shandong Archive of Psychiatry*, 19(2), 138-139.
- Zhang, X., & Zhang, J. (1999). Family psychotherapy and remission of symptoms of schizophrenia. *Chin Ment Health J, 13*(6), 328-329.

- Zhang, Y., Ye, L., Wang, Y., & Qui, L. (2006). Effects of drug therapy plus psychological intervention on the social ability of patients with chronic schizophrenia. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 10(18), 38-39.
- Zhao, B., Shen, J., & Shi, Y. (1999). Comparative study on family intervention on schizophrenics in community. *Chin Ment Health J, 13*(6), 324-325.
- Zhao, B., Shen, J., Shi, Y., Xu, D., Wang, Z., & Ji, J. (2000). Family intervention of chronic schizophrenics in community: A follow-up study. *Chin Ment Health J, 14*(4), 283-285.
- Zhao, Z. H., Chen, H. M., Su, X. R., Hao, C. J., Cao, X. J., S., S. D., Sun, X. H. (2010). The efficacy of structural group therapy on the loneliness in male patients with chronic schizophrenia. *Chin Ment Health J*, 24(11), 818-822.

<b>A</b> .	2 –	Stellui	ngnahmen	von 1	Privat	tpersonen
------------	-----	---------	----------	-------	--------	-----------

A.2.1 – Ludewig, Katrin

Katrin Ludewig 19.9.2016



Stellungnahme zum Vorbericht N14-02, Version 1.0, Stand 16.8.2016 (Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren, vorläufige Nutzenbewertung)

# 1. Anliegen meiner Stellungnahme

Mit meiner Stellungnahme möchte ich zur Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Praxis beitragen, um PatientInnen- und Berufsstandschutz, die Wahrung von PatientInnenrechten und eine Fehlervermeidungskultur zu unterstützen, die laut Bundesministerium für Gesundheit weiter gefördert werden muss. Ich sehe mich in diesem Anliegen durch die BMG-Unterstützung des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit bestätigt, das zur Kommunikation nach einem Zwischenfall die Broschüre "Reden ist Gold" herausgegeben hat. In diesem Sinne sei außerdem auf den Berufsethischen Kommentar des Ausschusses für Ethik, Berufsordnung und Menschen- und Patientenrechte der Psychotherapeutenkammer Berlin vom 14.6.2012 zur kollegialen Sorgfaltspflicht im Umgang mit Informationen über Berufsverstöße von KollegInnen verwiesen (s. website der Kammer, Rechtliches, Berufsethische Kommentare, K 12).

2. Rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen des G-BA-Auftrages/IQWiG-Berichtes
Es gibt in Deutschland 2 große Fach-/Interessenverbände (DGSF und SG), die das Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie (nachfolgend ST) durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (nachfolgende WBP) beantragt und mit der Expertise begründet haben, die auch vom IQWiG hinzugezogen wurde (s.u., 7. und 8.). Am 14.12.2008 hat der WBP sein diesbezügliches Gutachten verabschiedet.

Das IQWiG soll fachliche Unabhängigkeit gewährleisten (s. Generalauftrag des G-BA). So ist der Berichtskommentar "A4.1 Berlcht im Vergleich zu anderen systematischen Übersichten" zu begrüßen. Es werden wichtige Unterschiede der Nutzenbewertung zur WBP-Antrags-Expertise hervorgehoben. (Zur Darstellung des IQWiG-Vorberichtes durch die Fachverbände s. u., 5.)

Auf die politische und damit gesellschaftliche Bedeutung hat S. Baumann, Vorstandsbeauftragter Psychotherapie der SG in Familiendynamik (FD), 40, 2/2015, S. 172f. hingewiesen. Demnach wurde im

Page **1** of **10** 

Koalitionsvertrag die Forderung nach Kurzzeittherapie und Behandlungen im Mehr-Personen-Setting festgeschrieben; die 87. Konferenz der Landesgesundheitsminister hat den G-BA im Juni 2014 einstimmig aufgefordert, weitere geeignete Psychotherapieverfahren zuzulassen. Das GKV-Zulassungsverfahren und der damit verbundene G-BA Auftrag zur Nutzen- und Schadenbewertung der ST (s. u., 4.) ist also auch Ausdruck eines unter dem Aspekt der Rechtsstaatlichkeit und gesellschaftlichen Bedeutung zu betrachtenden demokratischen Prozesses.

3. Literatur-/Bezugsquellen und Grundlagen meiner Stellungnahme, Rechtseinräumung Im Hinblick auf die mit dem Formblatt zur schriftlichen Stellungnahme zum Vorbericht zu erklärende Rechtseinräumung werde ich mich nachfolgend nach Möglichkeit auf Quellen beziehen, die in der Literaturliste des Vorberichtes enthalten sind. Ich gehe davon aus, dass die dort aufgeführten AutorInnen auch mit anderen Publikationen zitiert werden dürfen, ohne dass es einer Rechtseinräumung meinerseits bedarf. Ich gehe außerdem davon aus, dass ich aufgrund der in der Expertise von v. Sydow, Beher, Retzlaff und Schweitzer zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie/ Familientherapie (s. u., 7. und 8.) in der Einleitung genannten Grundlagenliteratur des Autors Kurt Ludewig ohne weitere Rechtseinräumung auf diese inhaltlich eingehen und zitieren darf. Da die vorgenannte Expertise, deren Studienauswahl dem IQWiG-Vorbericht wesentlich zugrundelag (s. u. 7. und 8.) im Auftrag von SG und DGSF erstellt wurde, werde ich nachfolgend aus einem Buch der SG-Vorstandsvorsitzenden, Frau Dr. Ulrike Borst, zitieren, das von A. v. Schlippe (s. Vorberichts-Literaturliste) herausgegeben wurde (Ulrike Borst, Systemische Therapie, Psychotherapie-Verlag, Tübingen 2013). Aufgrund der maßgeblichen Beteiligung der SG an der Verfolgung der sozialversicherungsrechtlichen Anerkennung der ST bitte ich, sofern als erforderlich erachtet, die Rechtseinräumung über den Verband zu veranlassen. Selbes gilt für die Zitate aus der u.a. von U. Borst und A. v. Schlippe herausgegebenen Fachzeitschrift "Familiendynamik". Sollten Sie mit dieser Handhabung der Rechtseinräumung nicht einverstanden sein, bitte ich um Nachricht.

# 4. Zu Auftragsumfang und –erfüllung; Ergebnisvorwegnahme als Ausgangsbasis?

a) Lt. Presseerklärung des IQWiG vom 23.8.2016 hat der G-BA das Institut beauftragt, <u>Nutzen und Schaden</u> der Systemischen Therapie zu bewerten (für Erwachsene). In der dem Vorbericht vorangestellten Kernaussage und im Vorbericht unter 2 Fragestellung heißt es: "Ziel der vorliegenden Untersuchung ist die <u>Nutzen</u>bewertung der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren jeweils bei Erwachsenen mit einer psychischen Störung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte." In der Kernaussage wird abschließend angeführt, dass es in keinem Störungsbereich verwertbare Daten zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse gibt. Somit stellt sich die Frage nach der Erfüllung des G-BA-Auftrages "Schadenbewertung".

b) <u>Der erste Satz des Vorberichtes lautet</u> unter der Überschrift "Hintergrund": "Die systemische Therapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren (gemäß § 5 der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses [G-BA] [1]) zur Behandlung von psychischen Störungen." <u>Ist nicht genau hierfür der Nachweis zu führen und die Nutzen- und Schadenbewertung durch das IQWiG ein Teil der Prüfung dieses Nachweises?</u> ST ist bisher noch *kein* Richtlinienverfahren. § 1 Abs. 1 Satz 2 der Psychotherapie-Richtlinie (nachfolgend PT-RL) lautet: "Psychotherapie im Sinne dieser Richtlinie wird in den §§ 3 bis 7 definiert." Die Erfüllung dieser Definitionskriterien ist zu prüfen, und eine solche Prüfung ist meines

Page **2** of **10** 

Wissens noch nicht erfolgt. Die IQWiG-Untersuchung ist nach meinem Verständnis wesentlicher Teil dieser Kriterienprüfung. Wie also kann ST ein psychotherapeutisches Verfahren gem. § 5 der PT-RL sein? Der vorstehend beschriebenen Zirkelschluss im ersten Satz des Berichtes und die auf Nutzenbewertung eingeschränkte Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung implizieren, dass die Untersuchung (unbewusst?) unter dem bias "Ergebnisvorwegnahme" durchgeführt wurde.

Unter 9. bis 11. und in einer anliegenden Übersicht habe ich dargelegt, dass in Deutschland Formen/Methoden der ST praktiziert und verbreitet werden, deren theoretische Grundlagen und "Therapie"-praxis eindeutig unter § 1 (2) PT-RL fallen und die die Definition nach §§ 3 bis 7 PT-RL nicht erfüllen.

# 5. Verwendung der Berichts-Aussagen durch die Fachverbände

Auf den websites der SG und DGSF ist zur Veröffentlichung des IQWiG-Vorberichtes zu lesen: "Systemische Psychotherapie wirkt", "Hohe Wirksamkeit bei Angst- und Zwangsstörungen und Schizophrenie" und "Methodisch gute Psychotherapiestudien sind machbar". Dr. B. Hermans und Dr. U. Borst lassen verlauten: "Wir sind sehr zuversichtlich, dass der G-BA in Kürze allen Versicherten gesetzlicher Krankenkassen dieses effektive und effiziente Verfahren zur Verfügung stellen wird". Schon beim Lesen der Zwischenüberschriften der IQWiG-Presseerklärung fällt auf, dass die o.g. Ergebniswiedergabe offensichtlich eine einseitige Darstellung ist. Dass das IQWiG verschiedene "Endpunktkategorien" geprüft hat und zu vielen gar keine Aussage getroffen werden konnte, wird ebenso verschwiegen, wie das Fazit, dass bezüglich des Endpunktes "Vollremission Angststörung" ein Anhaltspunkt für einen geringeren (!) Nutzen der ST im Vergleich zur psychodynamischen Langzeittherapie vorliegt. Für PatientInnen (und TherapeutInnen, die an einer lege artis Berufsausübung (Aufklärungspflicht!) interessiert sind,) dürften das existenziell wichtige Informationen sein. Auf der DGSF website wird das vorgenannte Ergebnis nicht nur nicht erwähnt, sondern man bezieht sich auf eine aktuelle Studie aus Finnland, dernach gleiche Wirksamkeit bei geringeren Kosten und geringerer Medikamenteneinnahme festgestellt wurde. Ist diese Studie Gegenstand der IQWiG-Prüfung gewesen? Wenn nicht, was anzunehmen ist, machen die Darstellungen der Fachverbände damit das Bemühen, eine fachlich unabhängige Instanz zu Wort kommen zu lassen, zunichte.

Zum weiteren Vorgehen wird behauptet, dass die "vorläufige Nutzenbewertung" jetzt von Fachleuten bis 20.9. kommentiert werden könne. Diese Aussage nimmt eine desinformierende Einschränkung des Kommentatorenkreises vor, denn das Verfahren zur Stellungnahme ist für alle Interessierten offen. Meines Erachtens ist dieser Umgang mit dem Vorbericht mindestens ein Hinweis auf, wenn nicht ein Beleg für fragwürdige Qualitätssicherungs- und Informationsgepflogenheiten der Fachverbände.

## 6. publication bias: Leider kein Hinweis auf Handlungsbedarf in der Kernaussage

Unter A4.2.3 des Vorberichtes wird der Umgang mit potenziellem publication bias erläutert. So ist zu erfahren, dass die Registrierungspflicht, die seit etwa 10 Jahren für medizinische RCTs gilt, in der Psychotherapieforschung bislang kaum wahrgenommen wurde. Abschliessend wird festgestellt, dass für das Feld der psychotherapeutischen Interventionsstudien hier dringende Verbesserungen überfällig sind. Dass diese Feststellung nicht zu den Kern-Aussagen zählt, zumal das IQWiG zum ersten Mal ein Psychotherapieverfahren bewertet, finde ich bedauerlich. Dies gilt umsomehr vor dem Hintergrund der einseitigen Darstellung der Vorberichts-Aussagen durch die Fachverbände (s. bei 5.).

Page **3** of **10** 

# 7. Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Nutzenbewertung mit anderen aktuellen systematischen Übersichten (A4.1 des Vorberichtes)

Es wird auf die systematische Übersicht von von Sydow 2010 [Literaturquelle 239] Bezug genommen, die der Fragestellung des Berichtes entspricht und außerdem die Grundlage zur wissenschaftlichen Anerkennung der ST durch den WBP gebildet haben soll. Die wissenschaftliche Anerkennung durch den WBP erfolgte 2008, sodass eine Literaturquelle aus 2010, bei der es It. Titel um Substanzstörungen geht, wenig plausibel erscheint. Hätte hier nicht die Literaturquelle 7 (von Sydow K, Beher S, Retzlaff R, Schweizer J. Die Wirksamkeit der systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe; 2007.) angeführt werden müssen?

8. Herkunft der ausgewerteten Studien It. Literaturquelle 7 und It. Vorbericht; Auftragsrelevanz? 25 der 38 bei von Sydow 2010 (?, s.o., 7.) eingeschlossenen Studien wurden auch in den Vorbericht eingeschlossen. Sowohl die in der Literaturquelle 7 aufgeführten Studien als auch die unter A6.1 aufgelisteten eingeschlossenen Studien stammen ganz überwiegend nicht aus Deutschland. Welche Verlässlichkeit und welchen Sinn hat eine Studienauswertung, wenn die Studien gar nicht die therapeutische Praxis in Deutschland abbilden? Wie wird die Übertragbarkeit der Daten auf die Anwendung der ST in Deutschland begründet?

Bei dem Auftrag des G-BA kann es sich doch wohl nicht um eine theoretische Nutzenbewertung von Verfahren und Methoden handeln, die in Deutschland gar keine Anwendung finden? Reinert Hanswille hält auf der DGSF Jahrestagung 2016 einen Vortrag mit dem Titel "Wohin entwickelt sich die systemische Therapie?" In der Vorankündigung (s. www.dgsf-tagung-2016.de) konstatiert er die "fehlende Diskussion und Auseinandersetzung mit Störungsbildern". Er erwähnt, dass neue Konzepte der ST entstehen, denen größtenteils die wissenschaftliche Anerkennung zu verdanken sei. Dazu zählt er auf: ABFT, EFT, MFT, MBFT etc. Diese Verfahren stammen nicht aus Deutschland und sind hier bisher – im Gegensatz z.B. zur EFT in den USA – nur wenig verbreitet. Somit liegen also mehrere Hinweise vor, dass die Studienanalyse kein Abbild der systemischen Praxis in Deutschland liefern kann. Die abschließende und verlässliche Erfüllung des Auftrages "Nutzenbewertung" dürfte auf der Grundlage der Studienanalyse fragwürdig bis unmöglich sein. Dies gilt umsomehr, als zu wesentlichen Endpunkten anhand der Studienergebnisse keine Aussage getroffen werden konnte. Die "fehlende Diskussion und Auseinandersetzung mit Störungsbildern" wird von der SG-Vorstandsvorsitzenden (s. u., 10.) und auf dem Blog der community systemagazin.com vielfältig bestätigt, s. dort z.B. die Kommentare unter den Suchbegriffen "Was ist der Fall?" u. "Vorbericht". Dass die Entwicklung der systemischen Therapie in Deutschland insbesondere von der in den USA abweicht, schreibt Dr. Kurt Ludewig ausdrücklich in der in Literaturquelle 7 erwähnten Grundlagenliteratur. Demnach stieß die in Deutschland erfolgte Bezugnahme auf (Anmerkung der Verfasserin: missverstandene?) biologische Konzepte zur menschlichen Autonomie und Selbstorganisation (s.u. 10. und tabellarische Übersicht dazu) in Amerika nur teilweise auf Gegenliebe (Ludewig K. Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie, 2. aktualisierte Auflage 2009. Heidelberg: Carl-Auer Verlag)

Page **4** of **10** 

9. Breite Palette von Konzepten und Techniken: Auswirkungen auf Verlässlichkeit und Übertragbarkeit von Studienergebnissen und die Aussagekraft der vorliegenden Nutzenbewertung

Gem. § 5 der PT-RL ist ein zur Krankenbehandlung geeignetes PTverfahren gekennzeichnet durch 1. eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung oder verschiedener Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung auf der Basis gemeinsamer theoriegebundener Grundannahmen,

- 2. eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie ... und
- 3. darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Je vielfältiger und divergierender sich ein Psychotherapieverfahren aufgestellt hat, desto schwieriger dürfte die Erfüllung dieser Voraussetzungen sein. Dies gilt umsomehr, wenn es in Deutschland zur Anwendung des Gedankenguts des radikalen Konstruktivismus in der systemischen Praxis kommt. Radikal konstruktivistisch basierte ST wird von v. Sydow als Irrweg bezeichnet und scharf kritisiert. Sie schreibt in der Zeitschrift Familiendynamik (FD) 34, 1/2009 auf S. 115f.: "Ich bin erstaunt darüber, mit welcher Borniertheit manche Systemiker einen radikalen Konstruktivismus vertreten, der weit abgekoppelt ist von der internationalen Forschung und Lehre zur Systemischen Therapie (s. Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer, 2007) und – in meinen Augen auch! – von der Realität, besonders der klinischen Realität. … – aus der Perspektive des radikalen Konstruktivismus ist empirische Wissenschaft und Forschung unsinnig, damit braucht man sich ohnehin nicht zu beschäftigen, also auch nicht mit Bindungstheorie u. –forschung…" Dass eine solche Praxis systemischer Therapie nicht im Einklang mit der Psychotherapie-Richtlinie, den Berufsordnungen und Behandlungsvertragspflichten (§§ 630a bis 630h BGB) sowie dem WBP-Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der ST steht, liegt auf der Hand. Dennoch wird sie von der SG-Vorstandsvorsitzenden und einer breiten Anhängerschaft vertreten.

10. Akzeptanz und Verbreitung des radikalen Konstruktivismus in der ST in Dtld., Therapieverständnis Die Vorstandsvorsitzende der SG, Frau Dr. Ulrike Borst, schreibt in ihrem unter 3. genannten Buch, das von A. v. Schlippe (s. Vorberichts-Literaturliste) herausgegeben wurde (Ulrike Borst, Systemische Therapie, Psychotherapie-Verlag, Tübingen 2013) und Fachleuten anderer Verfahren die ST nahebringen soll, auf S. 29: "Indikationen und Kontraindikationen sind praktisch kein Thema in der systemischen Therapie. Der wichtigste Grund für diesen Umstand ist, dass das Vorgehen meist nicht sonderlich störungsspezifisch ist. ... Denn es geht ihr ja, gestützt auf die Grundannahmen des Radikalen Konstruktivismus vor allem um die gemeinsame Konstruktion der Wirklichkeit, nicht um eine Wirklichkeit "an sich". ... Das Reden über die Störung (Krankheit), ihre Bedeutung für die Familie, die Bewältigung von Krankheitsfolgen sind durchaus Thema in einer systemischen Beratung oder Therapie, nicht aber die Besserung oder Heilung der Störung (Krankheit) selbst." Auf S. 113 stellt sie u.a. die Frage: "Was muss ich überhaupt wissen? Reicht es nicht, wenn ich Muster erkenne und verändern helfe?" In Kapitel 5 "Ideen über die Wirkung", 5.1 "Vorstellungen darüber, wie sich Menschen ändern (lassen)" heißt es auf S. 82f.: "Der große Bereich der Neurowissenschaften wird an dieser Stelle fast gänzlich ausgespart und nur kurz erwähnt. ... Zentrale Begriffe für die Veränderungen, die Therapie erreichen kann, sind "Verstörung" und "Krise"." Selbst die Bedeutung der therapeutischen Beziehung/Allianz wird von SystemikerInnen in Frage gestellt. Sie schreibt dazu auf S. 28: "Nicht ganz entschieden ist die Meinung im systemischen Feld,

Page **5** of **10** 

ob es so etwas wie eine "korrigierende Beziehungserfahrung" gibt und welche Bedeutung sie hätte, wenn es sie gäbe - wenn eben die Interaktion mit der Therapeutin anders verläuft als viele vorherige Beziehungen und dadurch Verhalten, Erwartungen, Einstellungen und Erleben verändert werden." Belege zum missbräuchlichen Umgang mit der TherapeutIn-PatientIn-Beziehung finden sich z.B. in FD 34, 1/2009, S. 92 f. unter der Überschrift "Wie provozieren?", verfasst von U. Borst und den FD-Herausgeber-Kollegen H. R. Fischer und A. v. Schlippe. Sie propagieren Provokationen wie folgt: "Eine gute Provokation spielt mit den Grenzen, indem sie diese geschickt ein wenig überschreitet....; macht deutlich, dass man als Gesprächspartner unerwartet reagiert und reagieren kann; ..... Grundlage aller Provokationen in diesem Sinne ist die gute alte Haltung der Respektlosigkeit gegenüber Ideen, Konstruktionen und Weltbildern unserer Klienten, mit dem Ziel, etwas Neues anzuregen. ... Ist also eine gute Provokation das Gegenteil von Empathie? So scheint es. Wir differenzieren jedoch: Es wird nur im Rahmen des Zumutbaren Empathie verweigert, weil Empathie allein nicht zu Denkänderungen führt." Unter den Beispielen für gelungene Provokationen finden sich Gespräche mit einer schwer depressiven und einer suizidalen Frau. Bereits die Tatsache, dass von "Klienten" u. nicht von "Patienten" gesprochen wird, ist ein Verstoß gegen das Transparenzgebot und zeigt eine zu beanstandende Berufsauffassung, die offensichtlich Patienten- und Berufsrecht sowie Behandlungsvertragspflichten ignoriert. Angesichts des Abhängigkeitsverhältnisses in der PatientInnen-TherapeutInnenbeziehung sind Provokationen bewusste Herbeiführung von double-binds, was Vertrauens- und emotionalen Missbrauch und damit grobe Verletzungen der Berufspflichten bedeutet. Ein solches TherapeutInnen-Verhalten kann Retraumatisierung der PatientInnen zur Folge haben, z.B. wenn frühe Mangelerfahrungen wiederholt werden. Obwohl bereits in der FD 1998, S. 137f. von B. Limacher und J. Willi unter Berufung auf L. Wynne kritisiert, ist die oben beschriebene Ignoranz gegenüber Fachwissen und rechtlichen Rahmenbedingungen von Psychotherapie unverändert auf breiter Basis akzeptiert und wird seitens der SG und DGSv im Beschwerdeverfahren gedeckt (s. u., 12.). Eine lobende Rezension des Buches von U. Borst finden Sie online auf systemagazin.com unter dem Stichwort "Handwerk der Psychotherapie: Systemische Therapie" (veröffentlicht am 18.6.16).

Das o.g. Veränderungmodell "Verstörung und Krise" geht nach meinem bisherigen Literaturrechercheund Erfahrungsstand auf Dr. Kurt Ludewig und Prof. Fritz B. Simon zurück, die das "Leitparadigma der
operationalen Geschlossenheit, Strukturdeterminiertheit mit daraus folgender Nichtinstruierbarkeit und
Selbstorganisation menschlicher Systeme" in die Welt gesetzt haben. Beide lehnen ausdrücklich die
Einbeziehung von grundlegenden Erkenntnissen aus der Neurobiologie, Bindungsforschung und
Psychotraumatologie ab. Eindrucksvolle Beispiele für die schädlichen Folgen dieser Ignoranz finden sich
in ihren Büchern. So wird systemische Therapie und Weiterbildung zu (SG-und DGSv-zertifizierter!, s. bei
12.) Irreführung, Täuschung und Trauma. Genauere Fundstellenangaben stelle ich gerne zur Verfügung.
Das 1992 erschienene, 2015 überarbeitet u. neu aufgelegte Lehrbuch von Ludewig erfreut sich It. Simon
großer Wertschätzung in der community. Im übrigen sind die beiden Herren Mitglieder in diversen
wissenschaftlichen Beiräten und beeinflussen seit Jahrzehnten die ST in Deutschland.
Auf der website der SG findet sich unter "Systemische Methoden, Verstörung von Mustern" ein Beispiel,
in dem die Betrachtung und Behandlung von Störungsursachen als überholt angesehen und stattdessen
die Musterverstörung als Mittel der Wahl mit einer paradoxen Intervention vorgestellt wird: Eine Mutter
mit stotterndem Kind wird mit der Symptomverschreibung "Vollbild Stottern beibringen" nach Hause

Page **6** of **10** 

geschickt, weil der Berater unbedingt das Vollbild sehen müsse, ehe er einen Vorschlag zur Behandlung machen könne. Meines Erachtens beinhaltet dieses Verhalten schwerwiegende Berufsrechts- und Vertragspflichtverletzungen, propagiert auf der website eines Fachverbandes, der die Richtlinienverfahren-Anerkennung (GKV-Zulassung) anstrebt! Vor diesem Hintergrund werden die Ethik-Richtlinien der Systemischen Gesellschaft zu Irreführung der Öffentlichkeit. Das Leitparadigma "operationale Geschlossenheit und Strukturdeterminiertheit mit Selbstorganisation und Nichtinstruierbarkeit" und das Veränderungsmodell "Verstörung und Krise" ignorieren menschliche Verletzlichkeit und Mitmenschlichkeit. Es stellt ebenso wie radikaler Konstruktivismus vor dem Hintergrund des Wissens aus Neurobiologie (z.B. Spiegelneuronen, Neuroplastizität, Motivationssystem), Bindungsforschung, Stressforschung und Psychotraumatologie ein völlig absurdes Menschenbild und Therapieverständnis dar. Hier wird unter fleißigem KollegInnenbeifall die Didaktik der schwarzen Pädagogik als Psychotherapieverfahren verkauft. M. E. ein drastischer Fall von strukturellem Machtmissbrauch und Vertrauensbruch! Radikal konstruktivistisch basierte ST ist eben genau kein psychotherapeutisches Verfahren gem. § 5 PT-RL (s.o., 4.). Die beigefügte tabellarische Gegenüberstellung der Kriterien eines Richtlinienverfahrens und die jeweilige Ausprägung in der radikal konstruktivistisch basierten ST zeigt dies mehr als deutlich.

## 11. Radikal konstruktivistische ST als Leistung der GKV? Schadenbewertung?

Gem. § 1 (2) der Psychotherapie-Richtlinie (nachfolgend PT-RL) ist Psychotherapie keine Leistung der GKV und gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung, wenn sie nicht dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Aus den unter 10. zitierten Ausführungen der SG-Vorstandsvorsitzenden geht mehr als deutlich hervor, dass radikal konstruktivistische ST demnach keine Leistung der GKV sein kann. Aus den Zitaten in 10. wird außerdem deutlich, dass radikal konstruktivistische ST die ätiologische Orientierung der Psychotherapie (§ 3 PT-RL), die übergreifenden Merkmale gem. § 4 PT-RL und auch die Kennzeichen eines zur Krankenbehandlung geeigneten Psychotherapieverfahrens (§ 5 PT-RL) vermissen lässt. Angesichts der offensichtlichen Diskrepanz zwischen dem vorstehend beschriebenen, in Deutschland verbreiteten Verständnis von systemischer Therapie als Psychotherapie und dem Antragsbegehren der Anerkennung als Richtlinienverfahren stellt sich die insbesondere auch vor dem Hintergrund der politischen und gesellschaftlichen Bedeutung des Prüfauftrages (s. o., 2.) dringende Frage der Berücksichtigung der Vertrauenswürdigkeit der die ST vertretenden Fachverbände und ihrer Mitglieder. Vetrauenswürdigkeit und Kooperation sind die wichtigste Voraussetzung für den Erfolg einer Behandlung (s. Patienteninfo der PTK Berlin). Sie sollten also stabile Ausrichtung aller PsychotherapeutInnen sein. Vorstehend und nachfolgend habe ich mehrere Belege dafür angeführt, dass die Vertrauenswürdigkeit und Kooperationsbereitschaft weder auf Fachverbands- noch auf Mitgliedsebene verlässlich gegeben ist (s. auch u. 12.).

Ludewig propagiert übrigens zur Selbstreflexion in der systemischen Weiterbildung "Selbsterfindung, kommunikationstheoretische Undurchschaubarkeit und synergetische Instabilität" (zu finden auf seiner website, <a href="www.kurtludewig.de">www.kurtludewig.de</a> unter dem Titel "Selbstreflexion in der systemischen Weiterbildung- zum Sinn und Unsinn eines traditionellen Vorgehens", erschienen in System Familie 12: 159-164, 1999.) Diese Publikation scheint auf breite und nachhaltige Resonanz gestossen zu sein.

Wie oben ausgeführt werden schon im Diskurs und der Fachliteratur der ST-community so vielfältig irre-

Page **7** of **10** 

führende Menschenbild- und Therapievorstellungen, berufswidriges Verhalten, teilweise auch (unerkannte) Therapieschäden dargestellt, dass eine Anerkennung als RL-Verfahren ausgeschlossen werden muss. Falls dies nicht der Fall sein sollte, ist eine Schadenbewertung zwingend erforderlich.

12. Das Beschwerdemanagement der SG und der DGSv, Missachtung kollegialer Sorgfaltspflichten Als ich mich von einer äußerst schädigenden Gesprächsleitungs- und Beschwerdemanagementerfahrung an einem radikal-konstruktivistisch ausgerichteten systemischen Institut ausreichend erholt hatte, habe ich mich an die Ombudsstelle der zuständigen PTK gewandt. Mir wurde ein Schlichtungsgespräch zur Schadensminderung gewünscht. Dieses habe ich über einen Fachverbands-Vermittler herbeizuführen versucht. Mein Schadensminderungsversuch endete mit erneuter Verletzung durch Wort- und Vertrauensbruch – auch gegenüber dem Fachverbands-Vermittler, der seinerseits aber nicht bereit war, seiner kollegialen Sorgfaltspflicht bei Berufsverstößen nachzukommen (s.o., 1.). So blieb mir nur noch der – allein zu beschreitende - Beschwerdeweg. Kopien der an die zuständige PTK gerichteten Schriftsätze habe ich dem zertifizierenden Fachverband mit der Bitte um Prüfung im Hinblick auf Ethik- und Weiterbildungs-Richtlinien-Verstöße übersandt. Obwohl dem Fachverband bekannt ist, dass meine Beschwerde von der PTK angenommen wurde und sich in Bearbeitung befindet, wurde mir vom Vorstand mitgeteilt, dass keine Richtlinien-Verstöße festgestellt werden konnten. Begründung wurde verweigert. Meine Beschwerde beim Ethik-Rat des Fachverbandes wurde ebenfalls vom Vorstand! und ohne Begründung abschlägig beschieden. Die von mir im Interesse der Förderung einer Fehlervermeidungskultur (s.o.,1.) an einen Funktionsträger des Fachverbandes mit der Bitte um Weiterleitung an den Vorstand überreichte Broschüre des Aktionsbündnisses Patientensicherheit "Reden ist Gold" verschwand für mich im Nirgendwo, weil der Funktionsträger nicht bereit ist, mir mitzuteilen, ob er meiner Bitte entsprochen hat.

Im Vertrauen auf die berufliche Selbstdarstellung des betreffenden zertifizierten Fachverbandsmitgliedes habe ich Ende 2015 eine umfangreiche Beschwerde bei der DGSv eingereicht. Sie wurde nicht bearbeitet mit der Begründung, es läge seit 2002 keine Mitgliedschaft mehr vor. Man werde sich wegen der unberechtigten Labelführung an die Therapeutin wenden. Bis heute ist die DGSv-Labelführung unverändert. Auskunft über die angekündigte weitere Veranlassung wird seitens der DGSv verweigert.

Somit wird deutlich, dass bei mehreren Fachverbänden im Falle eines Beschwerdeverfahrens das unprofessionelle Verhalten fortgesetzt wird, Klientinnen-/Patientinnen(rechts-)verletzungen gedeckt und weitere KlientInnen-/PatientInnen(rechts)verletzungen ausgelöst bzw. billigend in Kauf genommen werden.

# 13. Hinweise auf Literaturquellen zur Schadensbewertung

Im Interesse einer angemessenen Auftragserfüllung bitte ich Sie, den Hinweis, dass Psychotherapie, solange sie sich nicht mit unerwünschten Effekten beschäftig, in einem vorwissenschaftlichen Stadium bleibt, aufzugreifen (Leitner, Schigl, Märtens (Hg.) Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Wien: facultas.wuv; 2014). In meiner Stellungnahme sind vielfältige Informationen enthalten, die meines Erachtens Belege, Hinweise und Anhaltspunkte im Rahmen einer Schadenbewertung ergeben würden. Neben den bereits oben genannten kritischen Stimmen systemischer TherapeutInnen finden meine hier beschriebenen Erfahrungen, Einschätzungen und Bedenken Bestätigung in folgenden

Page **8** of **10** 

Veröffentlichungen systemischer TherapeutInnen:

- 1) Märtens M. in Märtens/Petzold (Hg.) Therapieschäden. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag; 2002, S. 216 246 sowie Vorwort, Einführung und Ausblick
- 2) v. Sydow K. Antwort auf Leserbrief zu "Bindungstheorie und systemische Therapie", Familiendynamik 34, 1/2009, S. 115ff.
- 3) Limacher B, Willi J. Unterschiede zwischen Therapiekonzeptionen, Familiendynamik 1998, S. 137ff.
- 4) Petzold, H. Menschen sind keine Fälle prekäre Implikationen für den systemischen Diskurs, veröffentlicht am 16.2.2016 auf systemagazin.com
- 5) Schmitt, A. Die Mängel des systemischen Theoriegebäudes aus der Sicht eines Praktikers. Familiendynamik, 39, 144-155, 2014 mit dazu nachfolgenden Stellungnahmen in der FD
- 6) Anonyma. Selbsterfahrung mit der Selbsterfahrung oder: die systemische Volkshochschule. Familiendynamik, 40, 154-156, 2015
- 7) Schmitt, A. Buchbesprechung des Handbuchs Forschung für Systemiker von Matthias Ochs & Jochen Schweitzer (Hg.) (2012). Familiendynamik, 38, 257-258, 2013 (Diese Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.)

### 14. Fazit meiner Stellungnahme

Bezüglich der Aussagekraft der vorgelegten Untersuchungsergebnisse im Hinblick auf den Prüfungsauftrag bestehen erhebliche Bedenken und Einschränkungen wie folgt:

- a) Untersuchung u. Vorbericht zeigen eine unvollständige Auftragsberücksichtigung/-erfüllung. Es wurde keine Schadenbewertung durchgeführt; (s.4.).
- b) Die Untersuchung wurde unter dem bias einer Ergebnisvorwegnahme durchgeführt; . (s. 4.).
- c) Die Praxis der ST in Deutschland weicht von der Praxis der ST der Länder, aus denen die einbezogenen Studien stammen ab; (s. 8.).
- d) Die Entwicklung und daraus folgende Praxis der ST in Deutschland weist Besonderheiten auf, die insbesondere von der im Mutterland der Familientherapie (USA) abweichen; somit ist die Übertragungseignung der Studienergebnisse eingeschränkt; selbes gilt mehr oder minder stark für alle ausländischen Studien, die den ganz überwiegenden Teil der Grundlage der Nutzenbewertung ausmachen; (s. 8. u. 9.).
- f) Es ist eindeutig belegbar, dass in Deutschland ST auf der Basis des radikalen Konstruktivismus und unter Annahme eines Menschenbildes der operationalen Geschlossenheit, Strukturdeterminiertheit, Selbstorganisation und Nichtinstruierbarkeit in erheblichem Umfang praktiziert und verbreitet wird. Die damit verbundene Berufsausübung erfüllt die Richtlinienverfahren-Kriterien gem. §§ 3 bis 7 PT-RL nicht; (s. 9. u. 10. und tabellarische Übersicht dazu).
- g) ST auf der Grundlage des radikalen Konstruktivmus wird von ihren Vertretern so theoretisch begründet, beschrieben und praktiziert, dass diese Form der Psychotherapie lt. § 1 Abs. 2 PT-RL keine Leistung der GKV sein kann; (s. 9., 10. u. 11.). Es kommt vielmehr zu vielfältigen Rechtsverletzungen; (s. 10.).
- h) Die Qualitätssicherung der ST ist durch zweifelhafte Vertrauenswürdigkeit der Fachverbände eingeschränkt; (s. 5., 11. u. 12.).
- i) Für den Fall, dass ST als RL-Verfahren in Frage kommen sollte, ist sicherzustellen, dass der Gefahr für PatientInnen u. Berufsstand, die von ST auf der Grundlage des radikalen Konstruktivismus ausgeht, entgegengewirkt wird. Außerdem ist in diesem Fall eine Schadenbewertung zwingend notwendig.

Page **9** of **10** 

## 15. Daraus folgender Handlungsbedarf und Verantwortung

Bitte bedenken Sie, dass die in meiner Stellungnahme angeprochenen Kritikpunkte eine grundlegende Ausrichtung der ST in Deutschland betreffen und erhebliche Schäden für PatientInnen und Berufsstand nach sich ziehen können. Dass diese Kritikpunkte schon seit mindestens 18 Jahren in der einschlägigen Fachliteratur veröffentlicht sind, ohne dass auch nur ansatzweise eine Verhaltensänderung in der betreffenden "community" zu bemerken ist, zeigt einmal mehr die Dringlichkeit einer sorgfältigen Prüfung der Eignung der ST als Richtlinienverfahren und der Beschäftigung mit unerwünschten Effekten auf. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die von den Fachverbänden veröffentlichten Ethik-Richtlinien offensichtlich weder in der Informationspolitik noch im Beschwerdefall Anwendung finden und damit unprofessionelles Verhalten auch auf Verbandsebene offenbar wird. Für die Einhaltung der Weiterbildungrichtlinien gibt es ebenfalls kein verlässliches Prüfverfahren auf Fachverbandsebene, sodass die Zertifizierungen keine vertrauenswürdige Qualitätsstandardaussage vermitteln können, obwohl ein solcher Anschein erweckt wird. Wenn Berufsangehörige und Fachverbände ihren Qualitätssicherungsaufgaben nicht nachkommen, tragen die diesen übergeordneten Instanzen existenzielle gesellschaftliche Verantwortung für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Bitte werden Sie dieser Verantwortung gerecht.

Anlage: Tabellarische Übersicht zu 10.: Gegenüberstellung der Kriterien eines Richtlinienverfahrens und die jeweilige Ausprägung in der radikal konstruktivistisch basierten ST

Page **10** of **10** 

Anlage zur Stellungnahme	Vergleich der Definitionsmerkmale für Theorie und Durchführung von Psychotherapie gem.	Durchführung von Psychotherapie gem.
v. Katrin Ludewig v. 19.9.16	a) Psychotherapie-Richtlinie G-BA	b) radikal-konstruktiv. basierter system. Therapie
zu N14-02, 1.0, 16.8.16		
<u>Vergleichskriterium</u>		i.w. Grundlagentext der SG-Vorstandsvorsitzenden
Quelle	Richtlinien-Text	(Borst, U. Systemische Therapie. Psychotherapie-,
		Verlag, Tübingen 2013)
Ethik	Mitmenschlichkeit, § 4 (3)	Selbstorganisation/-referenz> nicht anwendbar
		(5. 22)
Menschenbild	ganzheitlich auf der Grundlage wissenschaftlicher	operational geschlossen u. strukturdeterminiert,
	Erkenntnisse , § 3 (3)	nicht instruierbar (S. 22f.)
Veränderungmodell,	gelingende Beziehungen, § 4 (3)	wg. o.g. Menschenbildvorstellung:
Motivationstheorie	> Mitgefühl	> Verstörung, Krise (S. 83ff., 88ff.)
daraus abgeleitete	systematische Berücksichtigung, kontinuierliche	Respektlosigkeit, Undurchschaubarkeit, Instabili-
therap. Beziehung	Gestaltung, § 4 (3), ätiologisch orientiert, § 3 (2)	tät, Empathieentzug, Verstörung (S. 81ff., FD 34,
		1/2009, S. 93)
Bedeutung der therapeut.	notwendig und hinreichend,	in Frage gestellt bis ignoriert und ausdrücklich
Beziehung für Heilung,	Hauptwirkfaktor in der Therapie,	abgelehnt
Linderung, Prävention	§ 1 (2) im Umkehrschluss, § 4 (3)	(S. 28, 82f., FD 34, 1/2009, S.93)
Wer/Was wird behandelt?	Menschen mit seelischen Krankheiten	Muster, Reden über eine Störung, Wirklichkeits-
	§ 1 (2) im Umkehrschluss	konstruktionen (S. 29)
Behandlungsgrundlage	Diagnose, Indikation, Erfahrung, gesicherte Er-	unbekannt, abhängig von Mustererkennung durch
	kenntnisse, wissenschaftl. Reflexion, § 4 (2)	TherapeutInnen, (S. 113), störungs- und indi-
		kationsunspezifisch (S. 29)
Berücksichtigung v. Krank-	notwendig, § 2 (4), § 3	verpönt, da Ursache-Wirkungszusammenhang ab-
heitsursachen		gelehnt wird (S. 113, SG-website)
Einbezug v. Fachwissen	notwendig, § 4 (2)	in Frage gestellt bis abgelehnt (S. 29, 113)