

Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren

Dokumentation und Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan

Auftrag: N14-02
Version: 1.0
Stand: 28.07.2015

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 (KölnTurm)
50670 Köln

Tel.: +49 (0)221 – 35685-0

Fax: +49 (0)221 – 35685-1

E-Mail: berichte@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis.....	iv
1 Dokumentation der Anhörung	1
2 Würdigung der Anhörung	2
2.1 Anmerkungen zum Kapitel „Hintergrund“ des Berichts	2
2.2 Fragestellung des Berichts.....	2
2.3 Population	3
2.3.1 Einbeziehung von ko- beziehungsweise multimorbiden Patientengruppen.....	3
2.3.2 Berücksichtigung der Vorgängerversionen von ICD-10 und DSM-5	4
2.3.3 Einschluss von Studien ohne ICD-/DSM-Klassifikation	4
2.4 Prüfintervention	5
2.4.1 Schwierigkeiten bei der Identifikation systemischer Interventionen in Studien ...	5
2.4.2 Berücksichtigung englischsprachiger Publikationen bei der Identifizierung systemischer Interventionen	7
2.4.3 Familiensettings.....	7
2.5 Berücksichtigung des Endpunkts „Caregiver burden“.....	8
2.6 Nutzenbewertung auf alleiniger Basis von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs).....	8
2.7 Bibliografische Literaturrecherche	9
2.8 Literaturverzeichnis.....	9
3 Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte	11
3.1 Potenzielle Interessenkonflikte von Stellungnehmenden aus Organisationen, Institutionen und Firmen	11
3.2 Potenzielle Interessenkonflikte von weiteren Teilnehmern der wissenschaftlichen Erörterung (externe Sachverständige)	11
4 Dokumentation der wissenschaftlichen Erörterung – Teilnehmerliste, Tagesordnung und Protokoll.....	13
4.1 Teilnehmerliste der wissenschaftlichen Erörterung	13
4.2 Tagesordnung der wissenschaftlichen Erörterung	13
4.3 Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung.....	13
4.3.1 Begrüßung und Einleitung.....	13
4.3.2 Tagesordnungspunkt 1: Einschluss von Studien ohne ICD/DSM- Klassifikation (mit welcher Begründung?)	15
4.3.3 Tagesordnungspunkt 2: Mehrdeutige Interventionsbezeichnungen (wann handelt es sich um systemische Interventionen?).....	20

4.3.4	Tagesordnungspunkt 3: Chinesische Studien und Datenbanken (welche sind im Einzelnen gemeint?).....	29
4.3.5	Tagesordnungspunkt 4: Verschiedenes	34
Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen		39

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
CNKI	China National Knowledge Infrastructure
DSM-5	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 5. Ausgabe
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Ausgabe
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
PsychThG	Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
PT-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie
RCT	randomized controlled trial (randomisierte kontrollierte Studie)
SGB V	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung

1 Dokumentation der Anhörung

Am 26.02.2015 wurde der (vorläufige) Berichtsplan in der Version Nr. 1.0 vom 18.02.2015 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 26.03.2015 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurde eine Stellungnahme form- und fristgerecht abgegeben. Diese Stellungnahme ist im Anhang abgebildet.

Unklare Aspekte in der schriftlichen Stellungnahme wurden in einer wissenschaftlichen Erörterung am 27.05.2015 im IQWiG diskutiert. Das Wortprotokoll der Erörterung befindet sich in Kapitel 4.

Eine Würdigung der in der Anhörung vorgebrachten Aspekte befindet sich in Kapitel 2. Im überarbeiteten Berichtsplan sind darüber hinaus Änderungen, die sich durch die Anhörung ergeben haben, zusammenfassend dargestellt. Der überarbeitete Berichtsplan ist auf der Website des IQWiG unter www.iqwig.de veröffentlicht.

2 Würdigung der Anhörung

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des Berichtsplans überprüft. Die wesentlichen Argumente werden im Folgenden diskutiert.

2.1 Anmerkungen zum Kapitel „Hintergrund“ des Berichts

In der Stellungnahme wird vorgeschlagen, (1.) die im Hintergrund des Berichtsplans zitierte Definition der Systemischen Therapie, (2.) die beispielhaft genannten „Annahmen über Wirkprinzip und Ziel von Interventionen“, (3.) die „allgemeinen Aspekte des Therapeutenverhaltens, der therapeutischen Grundhaltung und Beziehungsgestaltung sowie der Behandlungsplanung“ sowie (4.) die „konkreten Behandlungsmethoden“ um weitere Beispiele zu ergänzen beziehungsweise zu modifizieren.

Die im Hintergrund des Berichtsplans zitierte Definition der Systemischen Therapie wird als eine unter mehreren möglichen Definitionen eingeführt, deren prinzipielle Gültigkeit die Stellungnehmenden bestätigen. Als beispielhaft aufgeführte Definition geht sie nicht mit einer Ausgrenzung von gegenüber dieser Definition abweichenden Auffassungen bezüglich Systemischer Therapie einher. Insbesondere hat sie keine Konsequenzen dafür, welche Studien ein- beziehungsweise ausgeschlossen werden (die Ausgestaltung des entsprechenden Einschlusskriteriums zur Prüfintervention wird im Abschnitt 4.1.2 des Berichtsplans beschrieben). Ebenfalls handelt es sich bei den im Berichtsplan erwähnten „Annahmen über Wirkprinzip und Ziel von Interventionen“, den „allgemeinen Aspekten des Therapeutenverhaltens, der therapeutischen Grundhaltung und Beziehungsgestaltung sowie der Behandlungsplanung“ sowie den „konkreten Behandlungsmethoden“ um eine beispielhafte Nennung, die insbesondere nicht mit einer Ausgrenzung weiterer, hier nicht genannter Auffassungen bezüglich dieser Aspekte einhergeht.

Um den beispielhaften Charakter der im Berichtsplan zitierten Definition hervorzuheben, wurde ein Hinweis auf alternative Definitionen der Systemischen Therapie und entsprechende Quellen aufgenommen. Selbiges erfolgte für die Auflistung von Bereichen, in denen sich die theoretischen Grundannahmen und Kernmerkmale der Systemischen Therapie erkennen lassen. Eine darüber hinausgehende Änderung der betreffenden Abschnitte im Hintergrund des Berichtsplans ist nicht erforderlich.

2.2 Fragestellung des Berichts

In der Stellungnahme wird die Frage der sozialrechtlichen Anerkennung der Systemischen Therapie angesprochen. Hierzu wird auf eine Publikation zu den in anderen europäischen Ländern bestehenden sozialrechtlichen Abrechnungsmöglichkeiten für Systemische Therapie [1] verwiesen sowie darauf, dass in den an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übermittelten Einschätzungen relevante Verbände und Institutionen sich aufgrund ihrer Versorgungsrelevanz positiv zu einer sozialrechtlichen Anerkennung der Systemischen Therapie geäußert hätten.

Wie die Stellungnehmenden selbst ausführen, wird im Rahmen der Bewertung durch das IQWiG lediglich der Nutzen der Systemischen Therapie untersucht; die Frage der sozialrechtlichen Anerkennung obliegt dem G-BA. Die Bewertung des Nutzens der Systemischen Therapie stützt sich auf Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen zur Beeinflussung patientenrelevanter Endpunkte. Einschätzungen von Verbänden und Institutionen, die dem G-BA nach Bekanntmachung des Beratungsthemas vorgelegt wurden, werden dabei insofern berücksichtigt, als darin zitierte Literatur auf Publikationen zu derartigen Untersuchungen überprüft wird. Die angeführte Übersicht zu sozialrechtlichen Abrechnungsmodalitäten für Systemische Therapie in Europa [1] ist keine Untersuchung in diesem Sinne und daher keine geeignete Datengrundlage für die Nutzenbewertung der Systemischen Therapie. Es ergibt sich keine Notwendigkeit zur Änderung des Berichtsplans.

In der Stellungnahme wird darauf hingewiesen, dass Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte im Berichtsplan zu wenig beachtet werden.

Eine Bewertung der Wirtschaftlichkeit ist nicht Bestandteil des Auftrags. Davon unabhängig werden die Charakteristika der Studieninterventionen, die im Rahmen der eingeschlossenen Studien eingesetzt wurden (wie z. B. die Dauer oder Anzahl der Sitzungen), sofern möglich, erfasst und dargestellt. Es ergibt sich keine Notwendigkeit zur Änderung des Berichtsplans.

2.3 Population

2.3.1 Einbeziehung von ko- beziehungsweise multimorbiden Patientengruppen

In der Stellungnahme wird vorgeschlagen, ko- beziehungsweise multimorbide Patientengruppen einzubeziehen. In diesem Zusammenhang wird die im Berichtsplan im Abschnitt 4.4.1 eingeführte Regel problematisiert, eine Studie jener psychischen Störung zuzuordnen, die bei mindestens 80 % der eingeschlossenen Patienten die Hauptdiagnose oder den Schwerpunkt der psychischen Problematik bildet.

Ko- beziehungsweise multimorbide Patientengruppen werden aus der Nutzenbewertung nicht per se ausgeschlossen. Die angesprochene Regel, eine Studie jener psychischen Störung zuzuordnen, die bei mindestens 80 % der Patienten die Hauptdiagnose darstellt, ist kein Einschlusskriterium für Studien, sondern dient der Festlegung, welche der eingeschlossenen Studien zusammenfassend betrachtet werden können (siehe Abschnitt 4.4.1 im Berichtsplan). Für das Ziel einer störungsspezifischen Nutzenbewertung ist die Zuordnung von Studien zu einzelnen psychischen Störungen oder Störungsbereichen erforderlich. Dazu muss erkennbar sein, auf die Behandlung welcher Störung eine Studienintervention primär gerichtet war. Ebendiesem Zweck dient die Bezugnahme auf die Hauptdiagnose beziehungsweise auf jene psychische Störung, die den Schwerpunkt der psychischen Problematik bildet. Um von einer hinreichenden Übertragbarkeit der Ergebnisse der ausgewerteten Studienpopulation auf die Zielpopulation der Personen mit einer bestimmten psychischen Störung ausgehen zu können, muss (sofern keine entsprechenden Subgruppenanalysen vorliegen) für den überwiegenden Teil der in einer Studie eingeschlossenen Patienten die Intervention auf die Behandlung jener

bestimmten psychischen Störung gerichtet gewesen sein. Um dies zu gewährleisten, wird gefordert, dass mindestens 80 % der Patienten eine entsprechende Hauptdiagnose haben. Diese Zuordnungsregel schließt dabei ko- oder multimorbide Patientengruppen nicht aus. Selbst wenn alle Patienten einer Studienpopulation eine bestimmte Hauptdiagnose hätten, könnten für diese Patienten zugleich Nebendiagnosen vergeben worden sein – für den Studieneinschluss sind weitere Diagnosen, die neben einer Hauptdiagnose gestellt wurden, nicht relevant. Werden solche Studien zusammenfassend betrachtet, bezieht sich eine Nutzaussage allerdings nur auf die Hauptdiagnose, die Nebendiagnose wäre nicht Gegenstand der Nutzaussage. Studien, in denen für weniger als 80 % der Patienten eine bestimmte Hauptdiagnose vergeben wurde, werden ebenfalls nicht ausgeschlossen, sondern in einer gesonderten Rubrik betrachtet. Diese Rubrik kann dabei sowohl multimorbide als auch diagnostisch gemischte Patientengruppen umfassen. Eine Nutzaussage auf Basis solcher Studien bezöge sich dementsprechend auf die in dieser Rubrik zusammengefassten Patientenpopulationen.

Es ergibt sich keine Notwendigkeit zur Änderung des Berichtsplans.

2.3.2 Berücksichtigung der Vorgängerversionen von ICD-10 und DSM-5

In der Stellungnahme wird vorgeschlagen, einen Hinweis zur Berücksichtigung der Vorgängerversionen von ICD-10 und DSM-5 aufzunehmen.

Diagnosen psychischer Störungen, die in den Vorgängerversionen von ICD-10 und DSM-5 oder in alternativen diagnostischen Klassifikationssystemen vorkommen, werden berücksichtigt, sofern sie sich mit Diagnosen nach ICD-10 oder DSM-5 weitgehend gleichsetzen lassen. Eine vollständige Gleichheit der diagnostischen Kriterien ist dabei nicht erforderlich. Nicht berücksichtigt werden Störungen, die eindeutig mit keiner der in ICD-10 oder DSM-5 klassifizierten Störungen vergleichbar sind. Diese Festlegung dient im Wesentlichen dem Ausschluss von Störungen, die nicht dem aktuellen und im westlichen Kulturkreis anerkannten Wissensstand zur Beschreibung und Klassifikation psychischer Störungen entsprechen. Die Anmerkung wurde im endgültigen Berichtsplan berücksichtigt und es wurde ein ergänzender Satz zur Erläuterung eingefügt.

2.3.3 Einschluss von Studien ohne ICD-/DSM-Klassifikation

In der Stellungnahme wird vorgeschlagen, neben ICD- und DSM-Diagnosen auch bestimmte „extrem gesundheitsschädliche Verhaltensweisen“ zu berücksichtigen, bei denen in den Studien auf eine ICD-/DSM-Klassifikation verzichtet wurde. Konkret werden Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, Delinquenz im Sinne von Vor- und Haftstrafen sowie häusliche Gewalt genannt. In der wissenschaftlichen Erörterung wurden als Gründe für die Berücksichtigung dieser Verhaltensweisen ihre klinische Relevanz beziehungsweise Krankheitswertigkeit genannt. Darüber hinaus wurden in der wissenschaftlichen Erörterung weitere Problembereiche genannt, die nicht die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen und dennoch berücksichtigt werden sollten (zum Beispiel präpsychotische Zustände).

Studien, in denen die Studienpopulation über die in der Stellungnahme erwähnten Verhaltensweisen beschrieben wird ohne explizite Angabe einer ICD-/DSM-Diagnose, werden nicht automatisch ausgeschlossen. Sofern keine ICD-/DSM-Diagnose berichtet wird, muss jedoch anhand anderer Angaben erkennbar sein, dass eine psychische Störung vorliegt, die in der ICD-10 oder im DSM-5 aufgeführt ist. Die alleinige Angabe der genannten Verhaltensweisen ist nicht ausreichend, um vom Bestehen einer in der ICD-10 oder im DSM-5 klassifizierten psychischen Störung ausgehen zu können.

In der wissenschaftlichen Erörterung wurde erläutert, dass die Verhaltensweisen zusätzlich zu Störungen berücksichtigt werden sollen, die in der ICD-10 oder im DSM-5 aufgeführt sind. Hierzu ist Folgendes anzumerken: Die Nutzenbewertung kann sich nur auf Populationen beziehen, die an einer Krankheit beziehungsweise an Störungen mit Krankheitswert leiden (siehe Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) § 27 (1) [2] sowie ergänzend das Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG) § 1 (3) [3] und die Richtlinie des G-BA über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL) § 1 (2) [4]). Um sicherzustellen, dass es sich bei den berücksichtigten Störungen um Krankheiten im Sinne des SGB V handelt, werden dabei nur jene Störungen betrachtet, für die es eine offizielle diagnostische Kategorie in einem der diagnostischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 gibt. Der ICD-10 und dem DSM-5 wird als etablierten Klassifikationssystemen unterstellt, die Krankheitswertigkeit der dort klassifizierten psychischen Störungen zu gewährleisten (für kritische Einschätzungen zum DSM-5 siehe [5,6]). Für Problemlagen oder Verhaltensweisen, die nicht die Kriterien für eine psychische Störung nach ICD-10 oder DSM-5 erfüllen, kann dies nicht automatisch angenommen werden. Die in der Stellungnahme und in der wissenschaftlichen Erörterung erwähnten Verhaltensweisen erfüllen nicht die Kriterien einer in der ICD-10 oder im DSM-5 klassifizierten psychischen Störung und für sie ist nicht aufgezeigt worden, dass sie psychischen Störungen nach ICD-10 oder DSM-5 hinsichtlich der Krankheitswertigkeit gleichzustellen sind. Darüber hinaus konnte keine Begründung dafür genannt werden, gerade die vorgeschlagenen Verhaltensweisen einzubeziehen im Gegensatz zu anderen nicht genannten Problemen, die die Schwelle einer psychischen Störung nicht überschreiten. Auch dieser Punkt wurde in der Erörterung diskutiert. Verhaltensauffälligkeiten wie die in der Stellungnahme und in der wissenschaftlichen Erörterung genannten können daher nicht berücksichtigt werden. Es ergibt sich keine Notwendigkeit zur Änderung des Berichtsplans.

2.4 Prüfintervention

2.4.1 Schwierigkeiten bei der Identifikation systemischer Interventionen in Studien

In der Stellungnahme wird auf die Gefahr hingewiesen, solche relevanten Studien auszuschließen, in denen die Studienintervention lediglich implizit anstatt explizit als systemische Intervention beschrieben wird. Als weitere Schwierigkeit bei der Identifikation systemischer Interventionen werden „idiosynkratisch verwendete Bezeichnungen“ sowie „unspezifische Begriffe“ für eine Systemische Therapie angeführt. Im Zusammenhang mit der

Frage der Definition von Systemischer Therapie wird schließlich auf Bemühungen anderer psychotherapeutischer Verfahren hingewiesen, sämtliche Techniken und Methoden der Systemischen Therapie zu vereinnahmen. Als eine mögliche Handlungsempfehlung, die sich aus den geschilderten Problemen ergibt, werden Nachfragen bei Studienautoren genannt. Dieser Punkt wurde auch in der wissenschaftlichen Erörterung diskutiert. In der wissenschaftlichen Erörterung wurden darüber hinaus als Kriterien, anhand derer eine systemische Intervention identifiziert werden kann, die Bezugnahme auf einschlägige Autoren (im Sinne von Schlüsselfiguren der Systemischen Therapie), für die Systemische Therapie spezifische Konzeptualisierungen von Störungen oder Ansatzpunkte von Interventionen, eine Bezugnahme auf Theoriesysteme, die mit der Systemischen Therapie verknüpft sind, die Verwendung von für die Systemische Therapie einschlägigen Schlagwörtern sowie eine Selbstzuordnung der Interventionsentwickler genannt.

Die Schwierigkeiten, die mit der Identifikation von Studien zu systemischen Interventionen im Rahmen des Literaturscreenings verbunden sind, werden in der Stellungnahme korrekt beschrieben. Diesen Schwierigkeiten wird in der Nutzenbewertung auf folgende Weise Rechnung getragen (Ausnahmen sind schwer beschaffbare Referenzen sowie Publikationen in nicht europäischen Sprachen; siehe Würdigungspunkt 2.7): Bevor eine Publikation im Volltext vorliegt, wird sie nur ausgeschlossen, sofern Angaben im Titel oder Abstract darauf hindeuten, dass eines der Einschlusskriterien (siehe Abschnitt 4.1.7 im Berichtsplan) verletzt ist. Mit Bezug auf die Prüfindervention wird eine Publikation also nur dann ausgeschlossen, wenn es konkrete Anzeichen dafür gibt, dass es sich um keine systemische Intervention handelt. Sowohl unspezifische als auch idiosynkratisch verwendete Bezeichnungen (sofern diese sich nicht einem anderen Verfahren als der Systemischen Therapie zuordnen lassen) sind keine Angaben, die auf dieser Ebene einen Studienausschluss begründen. Auf der Ebene des Volltextes wird anschließend überprüft, ob Studieninterventionen in der einschlägigen Fachliteratur als systemisch ausgewiesen werden oder ob aus der Studienpublikation erkennbar ist, dass sich die Intervention der Systemischen Therapie zuordnen lässt. Im Falle von Studienpublikationen, die auf eine Systemische Therapie hindeuten, werden dort an einschlägiger Stelle zitierte Publikationen gesichtet, die eine Charakterisierung der Intervention erwarten lassen, sofern weder aus der Studienpublikation noch aus der einschlägigen Fachliteratur die Zugehörigkeit der Intervention zur Systemischen Therapie hervorgeht. Die in der wissenschaftlichen Erörterung genannten Kriterien zur Identifikation systemischer Interventionen erscheinen nachvollziehbar. Insbesondere für die Systemische Therapie spezifische Konzeptualisierungen von Störungen oder Ansatzpunkte von Interventionen sowie die Bezugnahme auf Theoriesysteme, die mit der Systemischen Therapie verknüpft sind, können als zuverlässige Hinweise auf eine Systemische Therapie gewertet werden und sind durch die Ausführungen unter 4.1.2 im Berichtsplan abgebildet. Die Bezugnahme auf einschlägige Autoren, die Verwendung von für die Systemische Therapie einschlägigen Schlagwörtern sowie die Selbstzuordnung der Interventionsentwickler sind für sich zwar nicht hinreichend, um von einer Systemischen Therapie auszugehen, sie

können in Verbindung mit weiteren Angaben die Zuordnung aber unterstützen und in Zweifelsfällen ausschlaggebend sein.

Sofern sich aus den in der Stellungnahme erwähnten Bemühungen anderer psychotherapeutischer Verfahren, sämtliche Techniken und Methoden der Systemischen Therapie zu vereinnahmen, ergibt, dass systemische Interventionen in einzelnen Studien die Bezeichnung eines anderen psychotherapeutischen Verfahrens tragen, müssen solche Studien in der Regel unberücksichtigt bleiben. Nicht alle Studienpublikationen mit Interventionen, deren Bezeichnung eindeutig auf ein nicht systemisches Verfahren verweist, können im Volltext daraufhin überprüft werden, ob es sich tatsächlich um eine systemische Intervention handelt.

Der Vorschlag, im Falle von Studien ohne explizite Beschreibung der Intervention Nachfragen bei den Studienautoren durchzuführen, kann im Einzelfall erforderlich sein, wird jedoch als standardmäßiges Vorgehen nicht für praktikabel gehalten.

Insgesamt ergibt sich aus den beschriebenen Problemen die bereits angedeutete Ergänzung, im Falle von Interventionen, für die es Anzeichen einer Systemischen Therapie gibt, auch solche Publikationen zu überprüfen, die in der Studienpublikation an einschlägiger Stelle zitiert werden und eine Beschreibung der Intervention erwarten lassen. Notwendig ist dieses Vorgehen in Fällen, in denen die Zugehörigkeit einer Studienintervention zur Systemischen Therapie weder anhand der einschlägigen Fachliteratur noch anhand einer Interventionsbeschreibung in der Studienpublikation erkennbar ist. In Abschnitt 4.1.2 des Berichtsplans wurde ein ergänzender Satz aufgenommen.

2.4.2 Berücksichtigung englischsprachiger Publikationen bei der Identifizierung systemischer Interventionen

In der Stellungnahme wird vorgeschlagen, bei der Identifizierung von systemischen Interventionen anhand der einschlägigen Fachliteratur (siehe Abschnitt 4.1.2 im Berichtsplan) auch englischsprachige Publikationen zu berücksichtigen.

Da bei der Identifikation systemischer Interventionen englischsprachige Bezeichnungen neben den deutschsprachigen gleichermaßen berücksichtigt werden müssen, wird die Zusammenstellung systemischer Interventionen aus der einschlägigen Fachliteratur um Interventionsbezeichnungen aus der englischsprachigen Fachliteratur ergänzt. In Abschnitt 4.1.2 des Berichtsplans wurden entsprechende englischsprachige Quellen aufgenommen.

2.4.3 Familiensettings

Bezug nehmend auf die Aussage „Um eine Intervention dem Verfahren der Systemischen Therapie zuzurechnen, reicht die Bezeichnung der Intervention als ‚systemisch‘ oder als ‚Familientherapie‘ für sich nicht aus“ in Abschnitt 4.1.2 des Berichtsplans wird in der Stellungnahme behauptet, dass psychodynamische oder kognitiv-verhaltenstherapeutische Familiensettings in der Versorgung von geringer Bedeutung seien, während systemische Konzepte hier überwögen.

Ein Familiensetting kann auf eine Systemische Therapie hinweisen, geht aber nicht notwendigerweise mit einer solchen einher. Daher werden (mit der Ausnahme schwer beschaffbarer Referenzen sowie von Publikationen in nicht europäischen Sprachen; siehe Würdigungspunkt 2.7) Studien zu Interventionen mit unspezifischen Bezeichnungen (z. B. „family therapy“) im Rahmen des Literaturscreenings nicht automatisch ausgeschlossen, sondern zunächst im Volltext geprüft (sofern keine anderen Einschlusskriterien erkennbar verletzt sind). Anschließend wird auf der Ebene des Volltextes überprüft, ob die Intervention als systemische beschrieben wird. Es besteht damit keine Gefahr, eine systemische Intervention auszuschließen, nur weil sie unspezifisch als „Familientherapie“ bezeichnet wird und erst im Volltext als systemische Intervention zu erkennen ist (siehe Ausführungen zum Würdigungspunkt 2.4.1). Es ergibt sich daher keine Notwendigkeit zur Änderung des Berichtsplans.

2.5 Berücksichtigung des Endpunkts „Caregiver burden“

In der Stellungnahme wird vorgeschlagen, neben den unter 4.1.3 im Berichtsplan erwähnten patientenrelevanten Endpunkten den Endpunkt „Caregiver burden“ einzubeziehen. Zudem wird darauf hingewiesen, dass dies in früheren IQWiG-Berichten zur Behandlung von Patienten mit Demenzerkrankungen bereits erfolgt sei. Als Begründung werden eine Reduktion der Belastung von Angehörigen als wichtiger Behandlungseffekt sowie empirische Belege für eine „burnoutprophylaktische Wirkung“ der Systemischen Therapie angeführt.

In den Allgemeinen Methoden (Version 4.2) [7] wird ausgeführt, dass die Bewertung des Nutzens einer Maßnahme auf Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen zur Beeinflussung patientenrelevanter Endpunkte beruht. Wurden angehörigerelevante Endpunkte in IQWiG-Berichten zur Behandlung von Patienten mit Alzheimer-Demenz betrachtet, so wurden Ergebnisse zu diesen Endpunkten nur ergänzend berichtet, jedoch nicht zur Ableitung von Nutzensaussagen herangezogen (siehe zum Beispiel Abschlussbericht A09-05 [8]). Es ergeben sich daher keine Änderungen bezüglich der in dieser Untersuchung zu berücksichtigenden Endpunkte.

2.6 Nutzenbewertung auf alleiniger Basis von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)

In der Stellungnahme wird im Kontext der ausschließlichen Berücksichtigung von RCTs in dieser Nutzenbewertung die „Integration klinischer Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung“ nach David Sackett [9] als „Zusammenschau sämtlicher Hierarchiestufen der Evidenzklassen I bis IV/V“ ausgelegt.

RCTs stellen für die ergebnissichere Beantwortung von Therapiefragestellungen die bestverfügbare Evidenz dar. Zugleich ist ihre Durchführung im hier relevanten Forschungsfeld möglich. In der Stellungnahme ist keine Begründung dafür erkennbar, von der höchsten Evidenzstufe abzuweichen und nicht randomisierte Studien in die Bewertung einzubeziehen. Es ergibt sich demnach keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichtsplans.

2.7 Bibliografische Literaturrecherche

In der Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, dass sich relevante Studien in chinesischen Datenbanken befänden, und die Sorge geäußert, dass diese (chinesischen) Studien durch die im Berichtsplan beschriebene Literaturrecherche nicht gefunden werden könnten. Dieser Punkt wurde auch in der wissenschaftlichen Erörterung ausführlich diskutiert.

Publikationen in chinesischer Sprache sind nicht hinreichend in allgemeinen bibliografischen Datenbanken wie MEDLINE oder Embase erfasst [10]. In der wissenschaftlichen Erörterung wurde diskutiert, aus welchen Gründen eine Berücksichtigung chinesischer Studien erforderlich sei, und in diesem Kontext unter anderem auf eine intensive Forschungstätigkeit in China verwiesen. Darüber hinaus wurde diskutiert, welche Probleme der internen Validität chinesischer Studien sowie der Übertragbarkeit ihrer Ergebnisse zu bedenken sind [11,12]. Das geplante Vorgehen im Bericht wurde dementsprechend konkretisiert: 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. Ein ergänzender Satz wurde im Abschnitt 4.2.1 des Berichtsplans aufgenommen. In chinesischen Datenbanken sind allerdings häufig Einträge enthalten, die lediglich chinesischsprachige Titel und Abstracts aufweisen. Um den erforderlichen Ressourceneinsatz bei der Sichtung der Datenbankeinträge zu begrenzen, wurde deswegen in den Abschnitten 4.1.6 und 4.1.7 des Berichtsplans als zusätzliches Einschlusskriterium aufgenommen, dass lediglich solche Publikationen eingeschlossen werden können, für die ein englischer Titel und / oder ein englischer Abstract vorhanden sind, aus denen die Relevanz der Studie hervorgeht. Dieses Kriterium wird auf Publikationen in allen nicht europäischen Sprachen angewendet.

2.8 Literaturverzeichnis

1. Borcsa M. Systemic therapy and national health care systems in Europe: appendix; handout [online]. In: Linking systemic practice and systemic research: 1st European Conference on Systemic Research in Therapy, Education and Organizational Development; 06.-08.03.2014; Heidelberg, Deutschland. [Zugriff: 17.06.2015]. URL: <http://www.systemisch-forschen.de/sites/default/files/keynotes.zip>.
2. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V): gesetzliche Krankenversicherung; (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) [online]. 17.12.2014 [Zugriff: 09.06.2015]. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf.
3. Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychThG) [online]. 06.12.2011 [Zugriff: 09.06.2015]. URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/psychthg/gesamt.pdf>.

4. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie: Psychotherapie-Richtlinie [online]. 03.01.2015 [Zugriff: 26.01.2015]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-958/PT-RL_2014-10-16_iK-2015-01-03.pdf.
5. Bundespsychotherapeutenkammer. Trauer ist keine psychische Krankheit: BPtK warnt vor dem Aufweichen diagnostischer Kriterien; Pressemitteilung [online]. 17.05.2013 [Zugriff: 24.06.2015]. URL: http://www.bptk.de/uploads/media/20130517_pm_bptk_Trauer_ist_keine_psychische_Krankheit.pdf.
6. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Wann wird seelisches Leiden zur Krankheit? Zur Diskussion um das angekündigte Diagnosesystem DSM-V; Stellungnahme [online]. 15.04.2013 [Zugriff: 24.06.2015]. URL: http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2013/DGPPN-Stellungnahme_DSM-5_Final.pdf.
7. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden: Version 4.2. Köln: IQWiG; 2015. URL: https://www.iqwig.de/download/IQWiG_Methoden_Version_4-2.pdf.
8. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz: Ergänzungsauftrag Rivastigmin-Pflaster und Galantamin; Abschlussbericht; Auftrag: A09-05 [online]. 03.02.2012 [Zugriff: 11.03.2013]. (IQWiG-Berichte; Band 118). URL: https://www.iqwig.de/download/A09-05_Abschlussbericht_Cholinesterasehemmer_Ergaenzungsauftrag_Rivastigmin_Pflaster_Galantamin.pdf.
9. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't; it's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *BMJ* 1996; 312(7023): 71-72.
10. Cohen JF, Korevaar DA, Wang J, Spijker R, Bossuyt PM. Should we search Chinese biomedical databases when performing systematic reviews? *Syst Rev* 2015; 4: 23.
11. Wu T, Li Y, Bian Z, Liu G, Moher D. Randomized trials published in some Chinese journals: how many are randomized? *Trials* 2009; 10: 46.
12. Purgato M, Cipriani A, Barbui C. Randomized trials published in Chinese or Western journals: comparative empirical analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2012; 32(3): 354-361.

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 www.iqwig.de 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
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie & Systemische Gesellschaft	Borst, Ulrike	ja	ja	nein	nein	nein	nein
	Hermans, Björn Enno	nein	nein	ja	nein	nein	nein
	Ochs, Matthias	nein	ja	ja	nein	nein	nein
	Retzlaff, Rüdiger	nein	ja	ja	ja	ja	nein

3.2 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 pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Haben Sie und / oder hat die Einrichtung¹, 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 pharmazeutischen 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 Einrichtung¹, 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?

¹ 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.
Ernst, Stefan	Sitzungsdokumentarischer Dienst des Landtags NRW
Geiger, Friedemann	Fakultät Humanwissenschaften, Medical School Hamburg sowie Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel
Grüner, Sebastian	IQWiG
Kasper, Jürgen	Institut für Kommunikation in der Medizin – Training und Forschung, Universität Tromsø
Kreis, Julia	IQWiG
Lange, Stefan	IQWiG (Moderation)
von Pluto Prondzinski, Markus	IQWiG
Retzlaff, Rüdiger	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. & Systemische Gesellschaft e. V.

4.2 Tagesordnung der wissenschaftlichen Erörterung

	Begrüßung und Einleitung
TOP 1	Einschluss von Studien ohne ICD-/DSM-Klassifikation (mit welcher Begründung?)
TOP 2	Mehrdeutige Interventionsbezeichnungen (wann handelt es sich um systemische Interventionen?)
TOP 3	Chinesische Studien und Datenbanken (welche sind im Einzelnen gemeint?)
TOP 4	Verschiedenes

4.3 Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung

Datum: 27.05.2015, 13:00 bis 14:25 Uhr

Ort: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG),
Im Mediapark 8, 50670 Köln

Moderation: PD Dr. med. Stefan Lange

4.3.1 Begrüßung und Einleitung

Moderator Stefan Lange: Mein Name ist Stefan Lange. Ich bin stellvertretender Leiter dieses Instituts. Erst einmal herzlich willkommen! Vielen Dank, dass Sie sich erstens unseren

Berichtsplan so ausführlich angeschaut und uns da entsprechende Hinweise gegeben haben, und zweitens dafür, dass Sie den Weg in unser Institut nicht gescheut haben.

(Zuruf: Mikro bitte!)

- Brauchen Sie das Mikro?

(Zuruf: Wir machen 2 Aufnahmen!)

- Dann müssen wir dieses Mikro nutzen. Alles klar, das habe ich verstanden. Eigentlich brauchen wir kein Mikro in diesem Raum. Wir haben andere Räume, in denen das mehr Sinn macht. Jetzt habe ich aber verstanden – da komme ich gleich noch zu –, dass Sie aufzeichnen wollen. Dann müssen wir das wohl tun. Dann möchte ich Sie bitten, ein Mikro zu benutzen, wenn Sie sprechen möchten. Das funktioniert durch einfachen Knopfdruck und ist relativ simpel.

Ich müsste ein paar einleitende Bemerkungen über Sinn und Zweck der Veranstaltung machen. Auch wenn wir ein kleinerer Kreis sind, so folgt es unseren Regularien. Dieses Gespräch wird aufgezeichnet: Es wird einerseits stenografisch protokolliert, andererseits eben auch elektronisch aufgezeichnet. Daraus wird ein Wortprotokoll erstellt, das ein bisschen sprachlich mitunter geglättet wird, aber im Grunde genommen ein tatsächliches wortwörtliches Protokoll ist. Aus datenschutzrechtlichen Gründen müssen wir vorher klären, ob Sie damit einverstanden sind. Im Grunde genommen ist das schon vorher angekündigt worden. Es ist klar: Wer damit nicht einverstanden ist, kann an dieser Erörterung nicht teilnehmen. Daher gehe ich davon aus, dass es dazu keinen Widerspruch gibt? Das ist das eine.

Das zweite ist, dass wir eine Tagesordnung erstellt haben, die wir Ihnen auch zugeschickt haben und die Punkte enthält, die uns unklar sind. Denn das ist Sinn und Zweck dieses Gespräches. Es geht nicht etwa darum, mit den Stellungnehmenden die Stellungnahmen noch mal im Detail durchzugehen und jeden Punkt und jedes Komma zu diskutieren, sondern darum, Dinge die uns nicht klar sind, durch Rückfragen bei Ihnen für uns klarer zu machen. Anders ausgedrückt: Dinge, die sich nicht auf dieser Tagesordnung wiederfinden, werden nicht etwa unterschlagen, vergessen oder sonst etwas, sondern sie werden sich sehr wohl entweder dann im endgültigen Berichtsplan niederschlagen, oder, wenn wir glauben, dass wir das nicht so sehen, werden wir das dann eben in der sogenannten Dokumentation und Würdigung der Anhörung begründen.

Nichtsdestotrotz: Wenn Ihnen am Ende noch etwas ganz Wichtiges außerhalb dieser Tagesordnungspunkte am Herzen liegt, können Sie das unter „Verschiedenes“ ansprechen. Ich bitte dann allerdings um Verständnis, dass wir uns dazu gegebenenfalls nicht weiter äußern können oder wollen. Aber das steht Ihnen frei und wird damit sozusagen auch der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Letzter Punkt: Wir wollen bei diesen Erörterungen grundsätzlich nicht Prinzipien der evidenzbasierten Medizin, das Verhältnis zwischen G-BA und IQWiG, rechtliche Grundlagen etc. diskutieren. Aber das wird Ihnen vermutlich auch klar sein.

Habe ich etwas vergessen? – Das ist nicht der Fall.

Wenn Sie, bevor wir in die Tagesordnung einsteigen, noch etwas anzumerken haben, wenn Sie noch irgendwelche Fragen oder Unklarheiten haben, melden Sie sich bitte. – Das ist nicht der Fall. Ich sehe allgemeines Kopfnicken.

Eines habe ich vergessen, aber vielleicht ist das heute nicht nötig. Wir sind heute ein sehr überschaubarer Kreis, aber wir erörtern auch schon mal mit 20 oder 30 Personen. Üblicherweise bitten wir darum, vor jeder Wortmeldung den Namen zu nennen, damit man diese zuordnen kann. Aber ich glaube, dass das heute nicht notwendig ist. Das bekommen wir schon so hin. Aber Sie müssten tatsächlich das Mikrofon benutzen, wenn Sie etwas sagen.

Das Ganze wird so ablaufen, dass wir jeweils in den Tagesordnungspunkt einführen, unsere Fragen stellen und Sie bitten, dazu etwas zu sagen, wenn Sie das können oder wollen oder beides oder eben auch nicht.

Dann legen wir los.

4.3.2 Tagesordnungspunkt 1: Einschluss von Studien ohne ICD/DSM-Klassifikation (mit welcher Begründung?)

Markus von Pluto Prondzinski: Guten Tag – Im vorläufigen Berichtsplan werden als Zielpopulation der Nutzenbewertung erwachsene Personen mit einer psychischen Störung beschrieben. Bezüglich psychischer Störungen gilt, dass nur jene betrachtet werden, die in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 geführt werden. In Ihrer Stellungnahme schlagen Sie vor, neben ICD- und DSM-5-Diagnosen auch bestimmte, wie Sie sagen, extrem gesundheitsschädliche Verhaltensweisen zu berücksichtigen, bei denen in den Studien auf eine ICD- oder DSM-Klassifikation verzichtet wurde. Konkret nennen Sie Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, Delinquenz im Sinne von Vorstrafen oder Haft sowie häusliche Gewalt. Wir sind nicht sicher, ob wir Ihren Vorschlag richtig verstehen und möchten Sie daher bitten, ihn etwas näher zu erläutern.

Ulrike Borst: Ich denke, dass im Wesentlichen schon die Studien eingeschlossen sind, die für die Systemische Therapie als Wirksamkeitsnachweis wichtig sind. Es wird aber vielleicht auch einige Studien geben, die auf so einem subdiagnostischen Niveau Effekte zeigen könnten. Es ist relativ bekannt, dass es nicht nur auf der Ebene der Diagnosen liegt, welche – wie soll man sagen – Einschränkungen vorliegen, die durch Therapie gebessert werden können, sondern auf syndromaler Ebene und auf Symptomebene. Dazu gehört eben diese Liste, etwa häusliche Gewalt, die sich vielleicht noch nicht in einer Diagnose dann äußert, die sich aber später im weiteren Verlauf äußern könnte.

Wir sprechen in der Systemischen Therapie auch davon, dass es konstellationsspezifische Einschränkungen und auch konstellationsspezifische Therapien gibt. Dazu gehören auch weitere Sachen und Konstellationen, zum Beispiel Depression und Paarbeziehung, die sehr eng verknüpft sind und wo zunächst auch erst einmal keine Diagnose vorliegt, aber später vorliegt. Das könnte ein Punkt sein.

In der Liste haben wir auch nicht präpsychotische Zustände erwähnt, wo noch keine Diagnose vorliegt und auch gar nicht vorliegen darf, weil das Zeitkriterium nicht erfüllt ist, wo aber andere gesundheitsschädigende Verhaltensweisen da sind, die durch Systemische Therapie sehr gut anzugehen sind.

Aber wir sind uns auch einig, dass wohl in den meisten Studien die Population durch Diagnosen beschrieben worden ist.

Rüdiger Retzlaff: Bei dem IQWiG- und dem G-BA-Verfahren geht es ja eigentlich um eine Prüfung, ob die Systemische Therapie als kassenrelevantes Verfahren zugelassen werden kann. In der Kassenversorgung spielen manche Diagnosen eher aus dem Z-Bereich doch eine große Rolle, im Kinderbereich: Vernachlässigung zum Beispiel. Das wurde schon genannt, etwa auch in unserem Schreiben: pflegende Angehörige. Wenn die weniger an Burnout leiden, ist auch der Verlauf bei den – zum Beispiel – Alzheimerkranken ein bisschen günstiger. Und so etwas ist ein großer Kostenfaktor im Gesundheitssystem. Oder Suizidalität: Die Leute haben nicht unbedingt eine psychische Störung, eine Neurose im engeren Sinn. Aber wenn man Suizidalität außen vor lassen würde, würde man doch einen wichtigen Bereich des Versorgungsspektrums nicht erfassen. Das fänden wir schade.

Wir glauben eigentlich: Der Hauptteil werden schon ICD-10- oder DSM-4/5-Diagnosen sein. Das ist eher ein Randaspekt. Aber wir glauben, dass sie klinisch einfach relevant sind.

Ulrike Borst: Es gibt noch einen weiteren Punkt zu ergänzen, wenn nämlich bei einem Paar oder bei einer Familie mehrere Personen erst einmal im Zentrum bzw. im Fokus stehen und dann die Familie einbezogen wird. Auch da könnte es sein, dass vielleicht der erste Ansprechpartner oder Indexpatient dann noch keine Diagnose hat. Zum Beispiel kann häusliche Gewalt auf der einen Seite eine Impulsive Persönlichkeitsstörung oder eine Borderline-Persönlichkeitsstörung sein, auf der anderen Seite eine depressive Störung: Das ist am Anfang noch unklar und wird im Laufe der Zeit klar.

Das ist mit ein Grund, warum wir auch sagen: Dieses diagnostische 80-Prozent-Kriterium stört uns ein bisschen. Das kann gemischt sein. Gerade die multimorbiden Geschichten sind besonders schwerwiegend und besonders gut mit Systemischer Therapie zu behandeln.

Rüdiger Retzlaff: Ich darf vielleicht ein Beispiel sagen: Die Gruppe um Szapocznik in Miami, ein sehr angesehener Forscher, hat viele Studien zur Systemischen Therapie bei Drogenabhängigkeit vorgelegt. Eine Studie hat praktisch die Rückfallrate von HIV-infizierten drogenabhängigen Frauen untersucht. Die konnten zeigen, dass durch diese systemische Inter-

vention die Rückfallrate gesenkt wurde und damit auch das Risiko für andere Menschen. Das ist im engeren Sinn keine psychische Störung, was die haben. Aber ich fand die Arbeit fantastisch. Ich glaube: Das ist fürs Gesundheitssystem wirklich maßgeblich, auch so etwas mit zu erfassen.

Moderator Stefan Lange: Vielleicht könnten Sie dann das Mikro wieder ausmachen, weil es schlecht ist, wenn das zweite an ist.

Markus von Pluto Prondzinski: Nur um das richtig zu verstehen: Sie schlagen vor, auch Studien zu berücksichtigen, die zu keinem Zeitpunkt jemals eine Diagnose berichtet haben?

Rüdiger Retzlaff: Nein, so würde ich das nicht formulieren. Als systemische Therapeuten schauen wir, ob, wenn wir mit einem Familiensystem arbeiten, ein Angehöriger Alzheimer hat. Der Verlauf dieser Erkrankung kann zwar nicht wesentlich, aber doch günstig beeinflusst werden, wenn die Angehörigen, die keine Diagnose haben, mit systemisch einbezogen werden. Oder entsprechend beim Fall mit den AIDS-kranken Frauen gibt es schon eine ICD-10-Diagnose, aber das ist primär keine psychologische Diagnose. Sie können so etwas aber immer über diese Z-Achse verschlüsseln. Sie können immer einen Diagnoseschlüssel dafür finden – nach den Störungen, die mir jetzt vorschweben.

Ulrike Borst: Es geht hier auch um die Frage, welche Studien in Ihre Untersuchungen eingeschlossen werden. Da weiß ich jetzt nicht genau, welche dadurch herausfallen würden, wenn man nur nach ICD- und DSM-Diagnosen ginge.

Moderator Stefan Lange: Vielleicht kann ich da noch einmal versuchen zu präzisieren. Sie haben es gerade selbst gesagt. Ich glaube, Drogenabhängigkeit würde man als eine psychische Störung in ICD oder DSM finden. Ähnliches gilt für die Demenzerkrankungen. Uns geht es sozusagen um die Frage: Für wen soll denn eine Verbesserung bewirkt werden? Natürlich könnte eine Studie, die sich an Angehörige wendet, durchaus das Einschlusskriterium erfüllen, wenn sich denn der Erfolg der Behandlung auf die Demenzerkrankten fokussiert.

Wichtig ist, dass wir uns auf dem Boden des SGB V bewegen und dort eigentlich relativ klar ist, dass es letztendlich nur um Erkrankungen und Störungen gehen kann – auch im Behandlungserfolg –, die durch die gesetzliche Krankenversicherung schlicht und ergreifend abgedeckt sind.

Anders ausgedrückt bewegen wir uns in Grenzbereichen. Häusliche Gewalt fällt eigentlich in einen anderen Bereich der staatlichen Fürsorge als primär die gesetzliche Krankenversicherung. Ähnliches gilt, glaube ich, für Vernachlässigung. Sie haben einen Punkt genannt: noch keine Diagnose. Da konnte man sich ein bisschen so etwas vorstellen wie Prävention usw. Ich möchte eine Frage anschließen – das ist, glaube ich, der eigentliche Anlass –: Wie soll man das denn operationalisieren, um genau diese Abgrenzung hinzubekommen?

Rüdiger Retzlaff: Ich bin ja einer der Mitautoren der Expertise zur Systemischen Therapie. Wir sind von klinisch relevanten Bereichen, die wir aus unserer Praxis kennen – ich bin ja auch Praktiker – ausgegangen. Wir haben Experten in den amerikanischen und europäischen Verbänden gefragt. Dabei sind wir pragmatisch vorgegangen. Die Diagnosen, die wir Ihnen jetzt genannt haben, wären ungefähr das, was uns vorschwebt; das wäre nicht sehr viel mehr. Sie würden sich damit mehr Arbeit machen. Um ganz ehrlich zu sein: Wir haben dazu keine riesig großen Zahlen von Studien gefunden, aber es erscheint uns maßgeblich zu sein.

Die Techniker Krankenkasse in Baden-Württemberg bietet jetzt ein spezielles Programm für die Therapie von Kindern an, deren Eltern psychisch erkrankt sind. Das ist eine sehr sinnvolle Sache. Sie wissen, dass es ihnen sehr viel Kosten und den Kindern Leid spart. Aber die Kinder haben primär eigentlich keine Diagnose. Das ist jetzt der Kinderbereich. Aber so etwas schwebt mir vor. Das halte ich als Systemiker für sehr relevant – die Kassen auch. Ich begrüße so etwas. Es wäre schön, wenn Sie sich die Mühe machen wollten, so etwas mit zu erfassen.

Man kann sich fragen, ob Suizidalität eine Krankheit ist oder nicht. Aber die Kosten fürs Gesundheitssystem sind schon hoch. Deswegen glauben wir, dass das mit hinein gehört.

Ulrike Borst: Zu den psychotischen Erkrankungen würde ich gern noch sagen: Das ist sehr im Fluss. Es gibt im DSM-5 – – Man nimmt Abstand davon, das „Prodromalphase“ zu nennen oder „high risk“. Nach diesen Suchbegriffen dürfte man eigentlich nicht mehr gehen. Aber es gibt in DSM-5 das Attenuierte Psychotische Syndrom zum Beispiel. Wenn man jetzt die Ersterkranktenstudien oder noch ein bisschen vorher den Nutzen von Systemischer Therapie, dialogischer Therapie, need-adapted treatment anschaut, gingen die womöglich unter, wenn man nur nach einer F2-Diagnose suchen würde. Das ist ein Risikozustand, der mit SGB V, denke ich, in Verbindung zu setzen ist.

Jürgen Kasper: Nur als einen Versuch herauszubekommen, ob ich das richtig verstanden habe, gebe ich ein Beispiel. Würden Sie uns dann empfehlen, eine Studie auch einzuschließen, wo zum Beispiel in Schulen großflächig interveniert wird als Suchtmittelprävention? Das ist ja auch eine präventive – – Es gibt vielleicht Schulen, die in bestimmten Risikogebieten liegen – –

(Widerspruch von Ulrike Borst und Rüdiger Retzlaff)

- Das würden Sie nicht. Aber ich sehe es analog wie zu dem Beispiel von eben, wo die nicht von einer Störung betroffenen Kinder aufgrund des Risikos, in dieser Familie zu leben, behandelt werden. Wenn die Kinder dann diejenigen wären, an denen man den Erfolg misst, dass die nämlich zum Beispiel nach 15 Jahren noch keine Psychiatriekarriere begonnen haben, wäre das methodisch der analoge Fall. Und da hatten Sie gesagt: Die würden Sie gerne berücksichtigt sehen,

(Zustimmung von Ulrike Borst und Rüdiger Retzlaff)

diese aber nicht. Sehen Sie da einen Unterschied, den ich noch nicht sehe?

Rüdiger Retzlaff: Sie haben recht: Ich muss mich korrigieren. Ich würde Präventionsstudien als eine ganz eigene Rubrik ansehen. Wenn es primär um Prävention geht, würde ich das außen vor lassen. Dann würde es nicht primär um Behandlung gehen.

Ulrike Borst: Bei der Psychose würde ich es ein bisschen anders sehen. Das ist vielleicht aber auch speziell. Das sind junge Erwachsene, die doch schon krankheitswertige Zustände aufweisen, wo man aber lege artis keine F2-Diagnose machen darf.

Rüdiger Retzlaff: Nach dem SGB, wie ich es kenne, auch nach den Psychotherapie-Richtlinien, geht es ja um die Behandlung von Krankheiten, um die Linderung von Leid und auch um Prävention. Der Begriff ist schon weiter, aber Sie müssen natürlich irgendwo eine Grenze ziehen, sonst ufert das völlig aus. Unsere Idee war eher, am engeren Rande der ICD, des klassischen Diagnosebereichs, Dinge mit zu erfassen, die ein normaler Psychotherapeut in der Versorgungspraxis mit sehen würde. Der behandelt so jemanden dann mit einer Suizidalität oder was auch immer oder einem prodromalen psychotischen Syndrom und schaut, dass er mit der Diagnose irgendwo hinkommt, aber das ist nun wirklich Teil der Versorgungspraxis. Und das ist auch sinnvoll so. Um diesen Bereich geht es eigentlich.

Markus von Pluto Prondzinski: Ich habe eine weitere Rückfrage: Neben diesen in der Stellungnahme erwähnten Verhaltensauffälligkeiten haben Sie jetzt noch weitere Problembereiche oder subkategoriale Störungen bzw. Syndrome benannt, die aus Ihrer Sicht berücksichtigt werden sollten. Welche Gründe gibt es dafür, genau die von Ihnen benannten Verhaltensauffälligkeiten zu berücksichtigen und nicht noch weitere, die zum Beispiel im DSM-5 den Status von Forschungsdiagnosen haben oder im Bereich der Z-Kodierungen den Status von diesen sogenannten anderen klinisch relevanten Problemen?

Ulrike Borst: Das ist eine gute Frage. Ich weiß es eigentlich auch nicht, warum wir das so begrenzt haben auf die, die jetzt da drin stehen. Das schienen uns die häufigsten oder die wichtigsten zu sein. Und das mit dem Attenuierten Psychotischen Syndrom ist gerade auch in den Leitliniendiskussionen ein Thema. Deswegen ist das bei mir aufgetaucht. Da ist eine Parallele, die ich wichtig fand, hier noch einmal zu sagen.

Rüdiger Retzlaff: Noch einmal Pragmatik: Mir erschien es unrealistisch, von Ihnen zu verlangen, dass Sie diesen ganzen Riesenbereich „abgrasen“. Wir sind von den Sachen ausgegangen, von denen wir wissen, dass sie klinisch relevant sind und haben vielleicht auch eines übersehen.

(Ulrike Borst: Ja!)

- Du kommst von der Arbeit mit Psychotikern sehr stark, sodass dir das am Herzen liegt. Ich mache sehr viel Arbeit mit Kindern, deswegen habe ich Beispiele aus dem Bereich gewählt.

(Ulrike Borst: Ja!)

Moderator Stefan Lange: Okay, ich habe den Eindruck: Damit wäre für uns der Punkt erst einmal vorläufig geklärt.

Ich habe eben etwas versäumt. Ich habe mich zwar selbst taktloserweise als Erster vorgestellt, aber wir hätten vielleicht kurz sagen sollen, wer sonst hier noch mit am Tisch sitzt. Das hole ich jetzt nach. Links neben mir sitzen Kolleginnen und Kollegen aus dem Institut. Die beiden Herren fungieren als Projektleitung, und Frau Kreis supervidiert das Ganze. Rechts neben mir sitzen unsere externen Sachverständigen: Herr Kasper ist sehr weit aus Tromsø angereist, Herr Geiger ist etwas näher dran. Sie unterstützen uns beim Projekt. Ansonsten brauchen wir, glaube ich, keine größere Vorstellung zu machen. Das hatte ich nur versäumt.

Dann kommen wir zum nächsten zweiten Tagesordnungspunkt.

4.3.3 Tagesordnungspunkt 2: Mehrdeutige Interventionsbezeichnungen (wann handelt es sich um systemische Interventionen?)

Markus von Pluto Prondzinski: In Ihrer Stellungnahme weisen Sie darauf hin, dass relevante Studien unberücksichtigt bleiben könnten, falls eine systemische Ausrichtung der Intervention eher implizit als explizit in der jeweiligen Studie beschrieben wurde. An anderer Stelle führen Sie aus, dass es, wie Sie schreiben, Bemühungen anderer psychotherapeutischer Verfahren gibt, sämtliche Techniken und Methoden zu vereinnahmen. Wir interpretieren dies als Hinweis auf die Gefahr, Studien auszuschließen, bei denen sich eine systemische Intervention hinter dem Namen eines anderen psychotherapeutischen Verfahrens verbirgt.

Dazu haben wir zwei Fragen an Sie: Zunächst würden wir von Ihnen gerne wissen, welche Handlungsempfehlungen sich aus Ihrer Sicht aus dem geschilderten Problem ergeben. Gibt es vielleicht bestimmte Interventionsbezeichnungen, die aus Ihrer Sicht in diesem Sinne irreführend sind?

Die zweite Frage lautet: Bei Interventionen, deren Bezeichnung ein anderes Verfahren als eine Systemische Therapie vermuten lässt, kann es sich auch um solche Ansätze handeln, die Elemente aus der Systemischen Therapie mit solchen aus anderen Psychotherapieverfahren kombinieren. Woran ließe sich Ihres Erachtens festmachen, dass der Schwerpunkt einer solchen Intervention im Bereich der Systemischen Therapie liegt oder dies gerade nicht der Fall ist?

Ulrike Borst: Ich fange mal an, aber ein Mitautor der Expertise sitzt ja hier. Sie habe diese Schwierigkeit sehr sorgfältig berücksichtigt, dass zwar im deutschsprachigen Raum „Systemische Therapie“ ein gängiger Begriff ist, aber in anderssprachigen Ländern nicht unbedingt. Im englischsprachigen Raum ist es nicht so gängig, etwas „systemisch“ zu nennen, wenn es diesen bestimmten erkenntnistheoretischen bzw. theoretischen Hintergrund hat, den wir meinen.

In der Expertise ist deswegen ein sehr pragmatischer Vorschlag gemacht worden, das entweder an bestimmten Namen, die für die Methodik zitiert werden, oder an bestimmten methodischen Begriffen festzumachen. Das finde ich nach wie vor ein ganz gutes Vorgehen. Aber die Frage, wie trennscharf das zu anderen Verfahren dann wird, können wir auch nicht hundertprozentig beantworten.

Rüdiger Retzlaff: Ich glaube, dass im Bereich der Psychotherapieforschung, soweit ich das überblicke, Prof. Cierpka, der auch Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats war und über viele Jahrzehnte auch mein Chef gewesen ist – – Dadurch bin ich, glaube ich, da ganz gut informiert. Ich glaube, es besteht Konsens, dass alleine die Techniken kein hinreichendes Kriterium sind, die Verfahren zu unterscheiden. Mit Hausaufgaben wird auch in der Verhaltenstherapie gearbeitet, aber auch in der Systemischen Therapie oder mit Tagebuchtechniken und dergleichen mehr. Auf der Ebene können Sie nicht trennscharf die verschiedenen Ansätze unterscheiden. Jeder, der das behaupten würde, würde sich im Feld irgendwo bloßstellen. Das heißt: Es geht eigentlich primär erst einmal um eine bestimmte Konzeptualisierung von Störungen oder von dem Ansatzpunkt von Interventionen. Da ist es im systemischen Feld eben so: Wenn es in der Verhaltenstherapie primär darum geht, Lernfaktoren zu verändern oder kognitive Pläne zu beeinflussen, würden wir in der Systemischen Therapie eben sehr viel stärker sagen, dass wir ansetzen an einem Familiensystem oder einem sozialen System, das durch die Art und Weise, wie es funktioniert, Leid erzeugt und dass man dann Interventionen findet oder entwickelt, die man nutzt, um dieses Leid zu reduzieren oder die Krankheit zu beseitigen.

Das heißt, ich würde immer empfehlen, dass man schaut: Ist das eine Studie, die sich als systemisch definiert oder auf systemische Traditionen zurückgreift, auf bestimmte Autoren oder dergleichen mehr? Ein Beispiel aus einem ganz anderen Bereich: Wenn jemand eine Geige, einen Bass oder eine Klarinette hat, kann man damit Jazzmusik oder klassische Musik machen. Aber Sie würden nicht allein aufgrund der Zusammensetzung der Musikinstrumente sagen können, in welche Richtung das gehen wird. Trotzdem würden die meisten irgendwie definieren können: Das ist jetzt Jazzmusik oder klassische Musik oder dergleichen mehr. – Sie müssen also immer sozusagen diesen theoretischen Bezugsrahmen mit berücksichtigen. Das ist manchmal mühsam, wenn das nicht in den Studien sehr ausführlich referiert wird. Denn man hat 20 Seiten pro Journal, und da kann man nicht viel schreiben. Die Leute beziehen sich dann meistens auf irgendwelche Autoren. So sind wir vorgegangen: Wenn wir ein Problem hatten, das eindeutig zuzuordnen, haben wir – das waren nicht so viele Personen – einige Personen angeschrieben und gefragt, wie sie sich selbst definieren. Wir haben immer Antworten bekommen. Ich glaube, dass wir da auch ganz gut vernetzt waren.

Es ist umgekehrt so – es gibt ja auch Anträge beim wissenschaftlichen Beirat von der Verhaltenstherapie und von der Tiefenpsychologie –, dass es eine einzige Studie im Kinderbereich gab, wo sich das überlappt hat. Aber das lag daran, dass dort sowohl verhaltenstherapeutische als auch systemische Interventionen verglichen waren. Es gab also keinen einzigen Fall, wo ein anderes Verfahren gesagt hätte: Das ist aber eigentlich tiefenpsychologisch oder verhal-

tenstherapeutisch. – Mit unserer Vorgehensweise haben wir großen Konsens gefunden. Wir haben die Sachen auch in „Family Process“ in den USA veröffentlicht. Ich habe das auch auf Tagungen vorgestellt, in Istanbul. Und es gab sehr viel Zuspruch dafür, dass das eine valide Sortierung von Studien ist.

Ich hoffe, dass auf ich den ersten Teil eingegangen bin. Das waren lange und komplexe Fragen. Vielleicht können Sie die wiederholen.

Jürgen Kasper: Vielen Dank. – Ich finde das hochinteressant. Das bestärkt uns auch in dem Vorgehen, wie wir es geplant haben.

Trotzdem noch einmal die ganz konkrete Nachfrage, wo Sie mit Ihrer Erfahrung, mit der Zuordnung der Begrifflichkeiten, die verwendet werden, Gefahren sehen, dass wir eine Fehleinstellung machen. Haben Sie vielleicht sogar Beispiele dafür aus der internationalen Literatur?

Ulrike Borst: Noch ein kleiner Umweg dazu: Ich könnte mir auch vorstellen, dass das immer wieder neu gemacht werden müsste, zentrale Begriffe zu identifizieren. Ich weiß nicht, wie aktuell du die Zuordnung mit Blick auf die Expertise siehst. Ich könnte mir da auch noch eine Erweiterung der Liste um bestimmte Namen und bestimmte Begriffe vorstellen.

(Zustimmung von Rüdiger Retzlaff)

Es gibt ein paar umstrittene – wie soll man das sagen – Methoden, oder ist das mehr? Das ist einerseits die Emotionsfokussierte Therapie, auf die wir, glaube ich, keinen Anspruch erheben könnten, und andererseits die Multisystemische Therapie, die auch ein bisschen auf der Grenze liegt und von der Verhaltenstherapie auch ganz gerne beansprucht werden würde. Da sehe ich so – –

(Rüdiger Retzlaff: Ich glaube, da haben wir einen Dissens!)

– Möglicherweise, ja.

Rüdiger Retzlaff: Der Dissens ist, dass ich die Hauptautoren des Emotionsfokussierten Ansatzes angeschrieben habe, und die haben gesagt: Das ist klar ein systemischer Ansatz, humanistisch-systemisch eben. Aber das ist auch ein Bereich – – Die haben sehr viel gemacht über Paartherapie und nicht so sehr über klinische Studien, sodass das eine interessante Diskussion wäre: Wo gehört es denn nun wirklich hin? Aber für Ihre Arbeit ist das gar nicht so relevant.

Bei der Multisystemischen Therapie ist das völlig eindeutig: Wir haben Borduin, einen der Hauptvertreter, bei uns gehabt, der gesagt hat: Das ist aus der Systemischen Therapie hervorgegangen. Da wird auch ein bisschen geübt. Aber primär ist das ein klar systemischer Ansatz, der im Übrigen hauptsächlich mit Kindern und Jugendlichen gemacht wird. – Das ist auch nicht Fokus Ihrer Arbeit jetzt.

Was ich schwieriger finde und etwas irreführender sein kann: ein völlig klassischer systemischer Ansatz, Marlborough „Therapy of eating disorders“. Das nennt sich inzwischen „Family interventions“. Das ist sozusagen der gängige Begriff in den USA, das ist aber ein systemischer Ansatz. Wenn Sie nicht wissen, wo die herkommen und was die machen, würde Ihnen das sozusagen durch die Lappen gehen.

„Psychoeducation“ kann eine Familienintervention sein. Das haben wir komplett herausgelassen. Aufklärung gehört natürlich dazu, aber ist so unspezifisch, dass wir das nicht beanspruchen würden.

Dann gibt es in den USA „Family-focused therapy of depression“ von diesem oder jenem. Das erschien uns so unspezifisch und so wenig auf das Familiensystem gemünzt zu sein, dass wir in unserer Arbeit den Bereich außen vor gelassen haben.

Jetzt ein anderer Begriff: „Behaviour“ heißt auf Englisch ja erst einmal nur „Verhalten“. Das heißt nicht „Verhaltenstherapie“. Wenn da steht „behavioural interventions“ sind das nicht VT-Interventionen, sondern erst einmal Interventionen, die auf Verhaltensänderungen zielen. Aber das tun hoffentlich alle Therapieverfahren.

Da muss man sozusagen von der Sprachlichkeit her immer ein bisschen schauen. Aber das ist dann letztlich eher ein Problem der Sprache.

Jürgen Kasper: Ich habe noch zwei konkrete Nachfragen. Es ist hochinteressant, wie konkret Sie dazu Beispiele geben.

Nur damit ich das jetzt richtig verstehe: Als Sie eben über die Multicenter Family Therapy sprachen, sagten Sie, Sie hätten jemanden zu Gast gehabt, der die vorgestellt hat, und der habe gesagt, das sei sehr wohl aus der Systemischen Therapie hervorgegangen, aber eigentlich ein systemisches Verfahren. Was wollten Sie sagen? Das hatten Sie wörtlich gesagt.

Rüdiger Retzlaff: Es ist beides. Es hat die Wurzeln in der Systemischen Therapie, und es ist ein systemisches Verfahren.

Jürgen Kasper: Okay.

Rüdiger Retzlaff: Und er hat gesagt: Wenn Verhaltenstherapeuten, die nicht Systemische Therapie gelernt haben, das Verfahren anwenden, wirkt es dünner und schwächer, und sie hätten eigentlich nicht verstanden, worum es geht.

Das fand ich von sozusagen einem der Väter des Verfahrens interessant zu hören. Aber das sagen die anderen Verfahren auch, dass sozusagen die Schüler, die sich einfach nur ein paar Techniken antrainieren, die also den Geist des Verfahrens nicht richtig verstanden haben, häufig letzten Endes nicht so gute Therapien machen, weil es dann von der Haltung her, wie man Probleme angeht, ganz wesentliche Unterschiede gibt.

Jürgen Kasper: Ja, und das würde jetzt bedeuten, dass Sie aufgrund dieser Argumentation diese Gruppe von Interventionen gern da mit hineinnehmen würden?

Rüdiger Retzlaff: Selbstverständlich.

Jürgen Kasper: Okay. – Die andere Nachfrage, weil Sie gerade noch Psychoedukation anführten: Da gibt es im Bereich der Schizophrenie diesen Ansatz, der auf den Ergebnissen von Leff und Vaughn basiert, wo man über Familienangehörige kommt, aber dann doch sehr skill-betont und sehr edukativ-betont versucht, auf die betroffenen jugendlichen oder adoleszenten Patienten einzuwirken. Wenn das Erwachsene wären, würden die auch für uns relevant sein. Wie würden Sie es da machen?

Ulrike Borst: Leff und Vaughn sind so ziemlich die auf der Schnittstelle, habe ich das Gefühl. Daraus sind dann auch die Studien von Elsa Jones und Eia Asen entstanden, die ich eindeutig der Systemischen Therapie zuordnen würde, aber die psychoedukativen Verfahren nicht. Die würde ich da nicht zuordnen.

Aber zum Beispiel in Jones und Asen – das ist eine alte Studie – findet man sicher genug Suchbegriffe, die auf systemisches Arbeiten hinweisen.

(Rüdiger Retzlaff: Du meinst die Depressionsstudie?)

– Ja. – Das ist auch von Leff.

Rüdiger Retzlaff: Leff war bei dieser Studie mit der Person dabei. Sie hatten gefragt nach Psychose und Edukation. Ich finde das hervorragend, was da gemacht wird. Der Schnittbereich ist eigentlich für mich die Multifamilientherapie nach McFarlane, der auch einen Preis von dem amerikanischen Lehrverband bekommen hat, in dem wir Mitglied sind. Das ist eine hervorragende Arbeit, die auch präventiv wirkt. Er macht de facto sehr viel Systemisches in diesen Trainingsfilmen, aber er kommt von den Trainings und von der edukativen Logik. Das ist zu unspezifisch, als dass ich sagen würde: Das würden wir unter den Schirm der Systemischen Therapie tun. Das finde ich sehr schade. Das wird in Deutschland übrigens kaum gemacht; das ist ein anderer Kritikpunkt an den etablierten – – Ich bin ja auch Verhaltenstherapeut und Tiefenpsychologe. In der Versorgung werden diese ganzen Grenzverfahren nicht angewandt. Das ist sehr schade. Deswegen ist das auch ein politisches Argument, dass wir das sinnvoll finden. Wenn die Systemiker nicht diese Kassenzulassung bekommen, werden ganz wichtige Interventionsmöglichkeiten für Patienten nicht berücksichtigt.

Ulrike Borst: Noch ein anderes Stichwort, das vielleicht nach irgendwelchen älteren Begriffslisten noch nicht dabei ist, ist „need-adapted treatment“ oder „Offener Dialog“ als systemische Verfahren.

Sebastian Grümer: Kurz noch die Nachfrage: Die MFT von McFarlane würden Sie nicht als systemisches Verfahren bezeichnen?

Rüdiger Retzlaff: Ich würde sie – – In meinem Herzen finde ich es gut, was er macht. Ich habe auch viele Jahre in der Psychiatrie gearbeitet. Ich würde so anfangen: edukativ wie er. Und dann würde ich auf systemische Faktoren kommen. Er macht das auch so. Aber die Beschreibung, die er gibt, ist primär edukativ und nicht systemisch in dem Sinne, wie wir die Definition gewählt haben. Deswegen würde ich einfach, um das sauber zu trennen, das nicht für die Systemische Therapie beanspruchen – mit einem großen Bedauern.

Markus von Pluto Prondzinski: Wir haben jetzt relativ viele Verfahren ganz konkret diskutiert. Ich würde die Diskussion gerne noch einmal auf die Frage lenken, vor dem Hintergrund welcher Überlegungen oder genauer gesagt anhand welcher Kriterien man im Einzelfall das Urteil fällen kann: Dieses Grenzverfahren, dieser Mischansatz – ich habe den Eindruck, dass wir schon beim zweiten Frageteil sind – lässt sich eindeutig der Systemischen Therapie zuordnen?

Um die Gedanken da ein wenig zu sortieren, habe ich mir aufgeschrieben – Sie hatten das gerade genannt –: Was man als Selbsteinordnung der Interventionsentwickler bezeichnen könnte, ist ganz wichtig. Gibt es aus Ihrer Sicht noch weitere derartige Kriterien, die bei dieser Entscheidung eine Rolle spielen?

Ulrike Borst: Wir sehen als Grundlage, um eine Methode „systemisch“ nennen zu können, einen gewissen erkenntnistheoretischen/systemtheoretischen Hintergrund. Das wäre sicher auch zu viel, das jedes Mal bei jeder Studie zu prüfen. Aber ich würde sagen: In den Einleitungen der Studien steht sicherlich die Selbstzuordnung. Die würde ich zunächst ernst nehmen.

Aber das Stichwort „systemisch“ ist nicht unbedingt zu erwarten bei den nicht-deutschsprachigen.

Rüdiger Retzlaff: Es gibt bestimmte Buzzwords, die ich verwenden würde. Wenn zum Beispiel einer meiner Supervisanden einen Antrag als Verhaltenstherapeut stellt und bestimmtes systemisches oder humanistisches Lingo verwendet, würde der Gutachter den Antrag nicht genehmigen. Wenn ein Artikel veröffentlicht ist, in dem etwas von „training“, „psychoeducation“, „problem-solving skills“ usw. steht, würde ich sagen: Das sind Begriffe, die im Kontext der verhaltenstherapeutischen Therapie so einen hohen Stellenwert haben, dass ich vermuten würde, es sei denn, ich fände darin noch anderes, dass es sich primär um verhaltenstherapeutische Studien handelt. Wir haben verschwindend wenige tiefenpsychologische Studien gefunden. Aber da würde ich ähnlich vorgehen.

Wenn man einen Zweifel hat, würde ich im Theorieteil schauen, auf welche theoretischen Systeme sich jemand stützt. Wenn die dann „Familiensystemtheorie“, „Kommunikationstheorie“ und dergleichen mehr verwenden, würde ich weiter prüfen, ob das sozusagen dann zu dem systemischen Bereich gehört.

Moderator Stefan Lange: Haben wir noch Fragen? Ich versuche, das mal ein bisschen einzuordnen, auch für mich selbst, vielleicht auch ein bisschen ketzerisch. Zunächst einmal vor dem Hintergrund: Gesetzt den Fall, eine solche Bewertung würde unsererseits ähnlich positiv ausfallen wie die Ihre von der Expertise her, und der G-BA würde sich das vielleicht auch ein Stück weit zu eigen machen, muss man sich fragen: Wie kann ich das denn umsetzen? Da würde ich zugegebenermaßen schon ein Stück weit erwarten, dass eigentlich klar ist, was Systemische Therapie und was das nicht ist. Ich sollte nicht erst lang in den Publikationen forschen und Recherchen anstellen müssen, um herauszufinden, ob das jetzt tatsächlich dem entspricht oder nicht. Das ist jetzt das Ketzerische.

Noch ein zweiter ketzerischer Punkt oder das ist vielleicht noch einmal eine Frage tatsächlich – da bitte ich auch um eine ehrliche Antwort –: Wenn jetzt nicht Sie, sondern 2 andere Vertreter oder Vertreterinnen aus dem Bereich der Systemischen Therapie hier säßen, würden Sie denn zu derselben Einschätzung kommen, ob das dazuzuzählen ist oder nicht? Ich hatte so ein bisschen vorhin den Eindruck, da könnte es sogar zwischen Ihnen beiden schon unterschiedliche Auffassungen geben.

Insofern noch einmal, um auf die Frage von Herrn von Pluto Prondzinski zurückzukommen: Wir brauchen natürlich insbesondere vor dem Hintergrund unseres Auftrages eigentlich relativ klare formale Kriterien. Deswegen fällt es uns ein bisschen schwer, dem so zu folgen, wie Sie das gemacht haben. Dafür kann man aus einem wissenschaftlichen Rahmen heraus natürlich sehr viel Sympathie haben, aber für uns ist das mit beliebig vielen Problemen verbunden. Könnte man denn – wie soll ich das sagen – diesen Graubereich noch besser charakterisieren, wo sich vielleicht nicht alle Geister einig sind? Das wäre die eine Frage, die ich noch hätte.

Die zweite Frage wäre: Ich stelle mir ehrlich gesagt vor, dass es wie bei anderen Therapieverfahren auch – – Im Extremfall: Bei Arzneimitteln ist es ja völlig klar. Da muss es eine klare Anweisung geben, wie ich ein Arzneimittel herstelle und wie ich es anzuwenden habe. Das ist natürlich jetzt sehr extrem. Aber man kann jetzt in den Bereich von Medizinprodukten gehen oder auch in den erweiterten Methodenbereich. Es muss doch so etwas wie Manuale oder Curricula geben, wonach sich Menschen, die das erlernen wollen, richten können, und zwar eindeutig: Das gehört jetzt zur Systemischen Therapie, oder es gehört eben nicht dazu. – Gibt es da nicht einen Fundus, den Sie uns vielleicht benennen können, wo man sozusagen diesen Abgleich machen kann?

Ulrike Borst: Wenn ich mich zunächst einmal als Weiterbildnerin angesprochen fühle: Es gibt diverse Arten, Curricula zu erstellen. Und natürlich gibt es da verschiedene Taxonomien. Ich sage nicht, welche wir in unserem Institut verwenden; das tut nichts zur Sache. Es gibt störungsspezifische Taxonomien. Es gibt methodenspezifische, wo man die symbolischen Methoden, die narrativen Methoden usw. danach sortiert. Was gibt es noch? Die eher anhand von Lebensphasen aufgebauten Taxonomien.

Sie fragen nach dem Graubereich. Das ist der Gegenstand von ständiger Entwicklung. Wenn wir vielleicht gerade noch diskutieren müssten, wozu EFT gehört ... Die ganze Szene ist sehr in Entwicklung. Die gesamten achtsamkeitsbasierten Methoden stehen in der Diskussion: Wohin gehören die? Den Graubereich wird man nie ganz genau ausleuchten können. Unter dem Stichwort „Methodenintegration“ gibt es immer natürlich auch Anleihen an anderen Verfahren.

Aber ich glaube: Einen Kernbereich, sozusagen das Heimatgebiet der Systemischen Therapie, könnte man schon erschließen und ausleuchten mit einer etwas erweiterten Begriffsliste; verglichen mit der Expertise 2007 und den Folgepublikationen könnte man das vielleicht noch ein bisschen erweitern. Dann wäre es ausgeleuchtet. Ein kleiner Graubereich bleibt.

Rüdiger Retzlaff: Ich glaube: Einige Ihrer Fragen kann ich Ihnen beantworten bzw. dies versuchen – andere nicht. Ich könnte zum Beispiel ketzerisch zurückfragen: Wenn das IQWiG die Aufgabe hätte, zum Beispiel die Tiefenpsychologischen Therapien zu untersuchen, würden die Studien dann trennscharf sein? Eine Kollegin am Institut, die Tiefenpsychologin ist, hat eine Phobie-Studie vorgestellt, darin kamen Exposition, Hausaufgaben und die Veränderung von kognitiven Variablen vor, und ich kam ein bisschen zu spät und habe erst spät gemerkt, dass es um Tiefenpsychologie ging und nicht um Verhaltenstherapie.

Oder die Achtsamkeitsbasierte Therapie ist Meditation pur. Das hat nichts mit Verhaltenstherapie zu tun, wird aber usurpiert. Das ist hervorragend. Aber das Problem der Trennschärfe haben Sie immer. Sie haben keine dankbare Aufgabe. Ich dachte, das IQWiG macht normalerweise ganz andere Evaluationen. Jetzt sind Sie im Psychobereich. Der ist in dieser Weise nicht so trennscharf zu bekommen.

Das Problem hat nicht nur die Systemische Therapie. Sie müssen auch sehen: Die anderen Verfahren in Deutschland wurden Ende der 80er-Jahre Richtlinienverfahren. Die Systemische Therapie wurde abgehängt. Das bedeutet: In der Versorgung gibt es eine große Lücke in Deutschland. Es gibt eben nicht so viele Manuale, wie ich mir das wünschen würde. Aber nach den Psychotherapievereinbarungen wird sowieso keine manualgestützte Therapie gemacht, sondern die muss immer einzelfallorientiert sein. Sie dürfen nicht einfach sagen: Ich behandle die Phobie nach dem Manual X. Sie müssen immer maßgeschneiderte Therapie machen. So denken auch Systemiker, dass man immer sagt: Man muss jedem Patienten eigentlich einen eigenen Plan erstellen. Daher haben wir diese Einzelfalllogik.

Es gibt tatsächlich eine ganze Reihe von Manualen: Es gibt welche für Essstörungen, es gibt welche für Depressionen, es gibt welche für Psychosen, es gibt welche für Delinquenz – es gibt eine ganze Reihe von Manualen. Das Wissen ist durchaus vorhanden. Aber das sind eher immer forschungsbasierte Manuale. In Deutschland ist es im Moment nicht zulässig, Systemische Therapie als Kassenleistung zu machen. Entsprechend gibt es auch Lücken in dem, was wir Ihnen vorlegen können. Das ist schade. Wenn es Kassenverfahren wären – du kommst aus der Schweiz; in der Schweiz ist es eines von vier Kassenverfahren –,

(Zustimmung von Ulrike Borst)

würde das hier auch anders aussehen. Dann würden auch andere Publikationen kommen. Das hilft Ihnen aber erst einmal natürlich nicht in der Gegenwart.

Ulrike Borst: Das wollte ich gerade sagen. In der Schweiz verlaufen die Trennlinien ganz anders. Da ist die Trennlinie zwischen Ärzteschaft und Psychologenschaft in der Bezahlung durch die Krankenversicherung. Ich bin Psychologin, kann aber mit Systemischer Therapie mit den Zusatzversicherten abrechnen. Wir haben das Problem überhaupt nicht, dass Manuale fehlen würden oder so. Wir bilden auch so aus, dass wir das störungsspezifische Wissen vermitteln in der Weiterbildung und die ganze Evidenzbasierung dazu und die Manuale, die es gibt, dazu. Trotzdem – du sagst „natürlich“, aber das würde auch jeder erfahrene Verhaltenstherapeut bestätigen – muss das verknüpft werden mit der klinischen Erfahrung.

Jürgen Kasper: Kurze Nachfrage, denn es taucht häufig in den Studien auf, dass die Interventionsbeschreibungen mit dem Stichwort „manualized“ daherkommen. Würden Sie das als einen Hinweis dafür ansehen, dass das dann vielleicht eher keine Systemische Therapie ist, oder neutral: weder/noch?

Rüdiger Retzlaff: Nein, das kann man so nicht sagen. Das heißt, dass es ein Ansatz ist, der die Forschungsanforderungen kennt und berücksichtigt und versucht, ihnen gerecht zu werden. Sie haben immer dieses Spannungsfeld zwischen idiographischen Verfahren und den einzelfallbezogenen, nomothetischen. Das ist eigentlich ein dialektisches Verhältnis. Und Sie müssen auf der einen Seite empirisch forschen und beweisen, dass das funktioniert. Und dann müssen Sie letzten Endes – jeder depressive Mensch ist anders – auf den Einzelnen eingehen. Das ist kein Widerspruch. Wer das als Systemiker behauptet, hat von Systemischer Therapie und Erkenntnistheorie wenig Ahnung. Solche Leute gibt es leider auch bei uns. Aber im Prinzip gehört beides irgendwo zusammen.

Moderator Stefan Lange: Ich glaube, ehrlich gesagt, auch nicht, dass das ein Widerspruch ist. Auch Nichtsystemiker und Ärzte haben einen Anspruch, die Patienten individuell zu behandeln. Ich glaube, da sind wir einer Ansicht.

(Zustimmung von Ulrike Borst und Rüdiger Retzlaff)

Nichtsdestotrotz kann man sich ja vorstellen, dass es Grundprinzipien gibt, die man aufschreiben kann und die man auch lehren können muss. Sonst wird es ja schwierig, das anderen Menschen zu vermitteln.

Ich gehe mal davon aus, dass trotzdem – das ist auch für mich persönlich von Interesse – die Manuale, die Sie genannt haben, öffentlich verfügbar sind, sodass man sich dort eventuell auch noch einmal orientieren kann, wenn ein solcher Grenzfall existiert.

Ich habe das jetzt so verstanden – das sagten Sie ja auch –: Es gibt eben den Graubereich, wo man so oder so entscheiden könnte. Wir werden schauen, wie wir jetzt tatsächlich damit umgehen. Nur als Hinweis: Da ist noch nichts verloren. Wenn wir einen solchen Vorbericht erstellt haben und uns eher für linksherum entschieden haben und Sie feststellen, dass da aber die ganz wichtige Studie, die allein alles erklärt, auf der rechten Seite fehlt, haben Sie natürlich auch die Möglichkeit, uns das mitzuteilen und noch einmal klarzumachen, warum sie für die Bewertung extrem relevant ist. Wie gesagt: Da ist noch nichts verloren.

Ich glaube, dass wir uns einig sind, bzw. ich habe es so verstanden: Es ist auch nicht ganz einfach sowohl für Sie als im Feld erfahrene Expertinnen und Experten als auch für uns, die wir in der Tat ein bisschen Novizen sind, was die Evaluation von psychotherapeutischen Verfahren angeht. Ich stimme Ihnen natürlich zu, dass das wahrscheinlich bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nicht minder schwierig sein kann. Und wir sind auch gar nicht so unglücklich, dass wir sie im Augenblick nicht bewerten müssen.

Dann ist das für uns im Grunde genommen auch zunächst mal geklärt. Dann kommen wir zum nächsten Tagesordnungspunkt, der auch sehr spannend ist.

4.3.4 Tagesordnungspunkt 3: Chinesische Studien und Datenbanken (welche sind im Einzelnen gemeint?)

Markus von Pluto Prondzinski: Zur bibliografischen Literaturrecherche führen Sie aus, dass Ihnen relevante Studien bekannt seien, die in chinesischen Datenbanken zu finden seien und bei denen die Gefahr bestehe, sie durch die im vorläufigen Berichtsplan beschriebene systematische Literaturrecherche nicht aufzufinden. Wir möchten Sie gern fragen, auf welche Studien Sie sich im Einzelnen beziehen, um prüfen zu können, ob sie in den bislang von uns berücksichtigten Datenbanken erfasst sind. Zudem würden wir gern wissen, welche chinesischen Datenbanken Sie meinen.

Rüdiger Retzlaff: Die Studien, die wir meinen, sind aufgeführt in dem Family-Process-Artikel zur Therapie von Erwachsenen und in der Expertise. Da sind ein paar chinesische Studien drin. Eine wurde vom wissenschaftlichen Beirat auch deswegen im Psychosebereich anerkannt, weil die Fallzahl sehr groß war. Ich glaube, das war ein N von 400. Datenbanken: China Academic Full-text Database beziehungsweise China Academic Journals Full-text Database – das ist das, was unsere Doktorandinnen verwendet haben. Wir hatten eine chinesische Doktorandin bei uns am Institut, und eine hatte Professor Schweitzer. Ich hatte bei Cochrane angefragt. Die haben gesagt, dass sie das immer machen. In UK gibt es viele chinesischesstämmige Briten. Die haben mir dann erzählt, dass es in den letzten 10 Jahren allein 1.000 Studien über Schizophrenie im pharmakologischen Bereich gab.

Sie müssen wissen: Wir haben einen Austausch seit 1985 von Heidelberg mit China. Einer der wichtigsten Therapieplaner oder Psychiatrieplaner, Prof. Zhao, hat an unserem Lehrstuhl bei Stierlin promoviert. Das heißt: Da gibt es einen engen Austausch. Wir sind so vorgegangen, dass er uns Übersetzungen gemacht hat oder validiert oder attestiert hat, dass

das Hand und Fuß hat, weil wir natürlich das nicht so einfach übernehmen wollten, was Doktoranden machen. Wenn Sie Interesse haben, könnten wir Ihnen so eine Adresse geben. Er sitzt da auf einem Lehrstuhl für Psychiatrie. Sie werden wahrscheinlich keine Leute haben, die Hochchinesisch sprechen oder so etwas. Wir waren sehr froh, dass wir diese Möglichkeit haben. Aber da wir beide in China auch unterrichtet haben, war das für uns auch ein persönliches Vergnügen, da diese Kontakte zu pflegen.

Die machen sehr viel in dem Bereich. Es gibt eine schlechte therapeutische Versorgung, aber bei den Chinesen ist der Anspruch zu forschen sehr im Kommen. Wenn sie Studien machen, bemühen sie sich sehr. Da ist sicherlich auch einiges zu holen.

Markus von Pluto Prondzinski: Sie haben gerade die Datenbank China Academic Full-text Database benannt.

Rüdiger Retzlaff: Ja.

Markus von Pluto Prondzinski: Hat es einen Grund, dass Sie nur diese eine genannt haben? Ist diese zu bevorzugen gegenüber anderen Datenbanken?

Rüdiger Retzlaff: Wir mussten uns da auf die chinesischen Kollegen verlassen, die gesagt haben: Das ist relevant. – Ich bin mir, ehrlich gesagt, auch nicht sicher. Da ich nun kein Chinesisch kann, kann ich nicht beurteilen, ob es 2 oder 3 andere gibt. Wie gesagt: Wenn Sie da Bedarf haben, können wir Ihnen gern Kontakt zu chinesischen Kollegen herstellen. Sie kooperieren gern.

Moderator Stefan Lange: Das ist zwar nicht ganz miteinander abgesprochen, aber trotzdem erlaube ich mir die Nachfrage – bitte nicht falsch verstehen, sie könnte sich ein bisschen arrogant anhören –: Wir wissen aus anderen Bereichen, dass Studien aus China zu 80 % bis 90 % nicht das einlösen, was sie behaupten zu enthalten, insbesondere was methodische Kriterien angeht. Wenn eine chinesische Studie von sich behauptet, sie sei randomisiert, ist das in maximal 10 % der Fälle der Fall. Haben Sie den Eindruck, dass das bei den Studien, die Sie betrachtet haben, anders ist, und wie kommen Sie auf diesen Eindruck?

Rüdiger Retzlaff: Wir haben uns in dem Bereich auf diesen Kollegen von der Tongji-Universität in Shanghai verlassen und auf die Kollegen in dieser deutsch-chinesischen Akademie. Ich kenne diese Einwände gegenüber chinesischen Studien. Mir ist aber von mindestens 2 Therapiestudien im Verlauf dieser Recherchen von namhaften europäischen, auch deutschen Autoren bekannt geworden, dass sich Mitarbeiter beschwert haben, dass die Randomisierung optimiert wurde. Daher würde diese Kritik – Hanebüchen, aber das gibt es bei uns auch. Wenn Sie an die Geschichte mit den Antidepressiva bei Kindern in Großbritannien denken, die dazu geführt hat, dass alle Studien registriert werden – Ich glaube: Pfusch und Betrug gibt es leider Gottes auch hier im europäischen Bereich. Ich würde nicht per se davon ausgehen, dass alle chinesischen Studien nicht taugen. Aber ich stimme Ihnen zu: Man muss das im Einzelfall prüfen. Wir würden nie irgendwelche Studien, die sehr klein oder dubios

sind – – Da würden wir Ihnen zustimmen. Wenn das Prüfverfahren läuft, soll das auch ganz seriös laufen.

Moderator Stefan Lange: Die zweite Frage, die sich anschließt: Ich kann mir vorstellen, dass sich Psychotherapieverfahren im Allgemeinen, aber im Speziellen vielleicht auch die Analyse, aber insbesondere auch die Systemische Therapie in einem bestimmten kulturellen Kontext bewegen. Für uns stellt sich natürlich die Frage: Wie können denn Ergebnisse aus einem völlig anderen kulturellen Kontext auf den unseren übertragen werden?

Ulrike Borst: Bezieht sich das speziell auf China?

(Zustimmung von Moderator Stefan Lange)

Das ist spannend. Das hatte ich mich auch gefragt, als ich das erste Mal nach China gegangen bin. Da gibt es aber durchaus universelle Erscheinungen bzw. Phänomene, die sehr gut mit Phänomenen bei uns zu vergleichen sind, und andere, die wiederum nicht gut zu vergleichen sind.

Es ist natürlich sehr spannend, die Systemische Therapie nach China sozusagen zu bringen. Seit 1985 wird das versucht. Aufgrund der politischen Lage ist das noch nicht so richtig flächendeckend angekommen, würde ich sagen. Aber wir geben nicht auf. Das ist sehr, sehr nötig in China. Es gibt sehr viele sehr schwerwiegende Probleme.

Moderator Stefan Lange: So war meine Frage nicht ganz gemeint.

Rüdiger Retzlaff: Ich kann es ja noch mal anders sagen. Ich habe einen Professor für Sozialpsychologie gehabt, der gesagt hat: Die Grundthemen, die Menschen haben, sind im Bereich der Sozialpsychologie kulturübergreifend ähnlich. – Ich war im Alter von 14 Jahren auf einer internationalen Schule in England mit 40 Mitschülern. Wenn meine Kumpels Liebeskummer hatten, ging es denen genauso wie mir oder anderen auch. So etwas wie zum Beispiel Bindungsfaktoren von Eltern zu Kindern ist international ähnlich. Es gibt nicht nur eine Bindungstheorie, wie die Analytiker behaupten. Es gibt mehrere Bindungsformen. Die kann man aber auch kulturübergreifend finden. So etwas wie Social Support, Deaktivierung des primären familiären Bezugssystems, ist eine relevante Geschichte. Dieses Muster, das Watzlawick beschrieben hat, zum Beispiel, wenn sich Leute in einem „Mehr desselben“-Muster und Probleme verschlimmern, indem sie wieder und wieder untaugliche Lösungsversuche machen, sind generische Geschichten, die Sie in verschiedenen Kulturen zeigen können.

Ich würde auch gar nicht so sehr auf die Chinesen abheben. Das funktioniert in Argentinien. Viele der Autoren sind jüdisch-amerikanisch, ein paar andere sind afroamerikanisch. Es gibt Studien aus Norwegen. – Also aus sehr, sehr vielen Ethnien. Jetzt haben die Amerikaner den Anspruch, dass solche Studien für verschiedene Gruppen wie Hispanics, Black Americans usw. evaluiert werden. Das bekommen wir gar nicht hin. So viele Studien – leider – hätten wir gar nicht. Das wäre natürlich wünschenswert, dass man das immer maßschneidert. Aber

an die Grundprinzipien, die Probleme erzeugen und die Lösungen ermöglichen, habe ich schon sehr den Anspruch, dass das auch kulturell übergreifend ist.

Ulrike Borst: Angesichts des Migrationshintergrundes vieler Mitbürger ist es sehr wichtig, dass man ein bisschen etwas über andere Kulturen weiß.

Moderator Stefan Lange: Ich glaube: Die Frage muss trotzdem erlaubt sein. Ich würde versuchen, das noch einmal zuzuspitzen, weil wir ganz zu Beginn von bestimmten Phänomenologien gesprochen haben – ich will es mal so ausdrücken –, die keine klaren Diagnosen sind. Jetzt kann man erstens noch überlegen: Sind chinesische Diagnosen nach einem chinesischen Klassifikationsschema ohne Weiteres auf Diagnosen entsprechend ICD-10 bzw. ICD und DSM übertragbar? Aber das ist eine andere Frage.

Wenn wir aber von den Diagnosen weggehen und in Aspekte wie Delinquenz und Gewalt gehen, muss ich ganz offen gestehen: Dann hätte ich in einem System wie dem chinesischen schon Schwierigkeiten oder meine Zweifel mit Blick auf entsprechende Therapien, die sich an so etwas richten und die meinen, dort etwas geraderücken zu können.

Ulrike Borst: Aber dank WHO, ICD-10 und DSM davor sind wir da ja eigentlich ziemlich gut reliabel und valide in den Einschätzungen. Eine Schizophrenie in China sieht ähnlich aus oder ist inzwischen gegenüber dem Zustand vor 100 Jahren sicher ähnlicher beurteilt. Eine Anorexie natürlich auch. Und eine Depression auch. Da bin ich zuversichtlich, dass wir da Ähnlichkeit herstellen bzw. Parallelen sehen können.

Aber diese anderen nichtdiagnostischen Kategorien sehe ich auch schon so, obwohl: Eben auch da gibt es Universalien. Wenn eine Schwiegermutter die Schwiegertochter vertreibt, hat das Auswirkungen auf die psychische Gesundheit: in China und bei uns.

Rüdiger Retzlaff: Ich bin nicht glücklich damit, wenn das jetzt so sehr um die chinesische Kultur geht. Ich finde: Das ist aus meiner Sicht eher ein Randaspekt. Ich habe mit einem der Pioniere der Familientherapie als Live-Dolmetscher bei uns im Institut gearbeitet mit 2 kurpfälzischen Familien. Ich habe ihn übersetzt, als er mit einer kurdischen Familie in Berlin-Kreuzberg gearbeitet hat. Ich habe ihn gesehen, wie er mit amerikanischen, mit schwarzen und ganz vielen Kulturen gearbeitet hat mit seinen Prinzipien. Das war kulturübergreifende Therapie. Das ist der Anspruch.

In den Ausbildungen in den USA gibt es immer Einheiten – ich habe dort auch meine Ausbildung gemacht –, wie man auf die Besonderheit einer bestimmten Migrantenkultur eingeht. Das machen wir hier gar nicht so. Die systemischen Therapeuten sind in der Regel auch Experten dafür, wie man Menschen erreichen kann, die aus anderen Kulturkreisen kommen. Das finde ich ganz wesentlich. Ich kenne kein anderes Therapieverfahren, das sich auch nur ansatzweise Gedanken darüber macht, wie man diese Menschen erreicht. Das Gleiche gilt zum Beispiel für die Kultur von armen Menschen. Der gleiche Pionier, Minuchin, hat konkrete Anweisungen geschrieben, wie man extrem verarmte Menschen erreichen kann. Das hat sich

abgebildet in einer Studie über Drogenabhängigkeit in diesem Bereich und suizidale Jugendliche in Philadelphia. Das sind sehr gute Studien, aber da gibt es ein großes Wissen darüber, wie man diese Techniken und Theorien auf bestimmte Ethnien hin maßschneidert.

Das ist einer der Gründe, warum ich davon überzeugt bin, dass Systemische Therapie in das Kassensystem hineinsoll. Ich verdiene mein Geld mit Verhaltenstherapien und auch mit Tiefenpsychologie. Aber der Ansatz überzeugt mich von dem her, wie man Menschen erreicht, auch chronische Leute oder zum Beispiel das „Neuenheim-Syndrom“. Da hat man eine Familie, bei der 2 Kinder beim Kindertherapeuten sind. Die Eltern sind in Paartherapie. Und jetzt wollen sie auch bei mir noch eine Familientherapie machen. Das ist furchtbare Verschwendung. Unter Umständen wäre es viel interessanter, dass man eine Multiproblemfamilie in einer Hand therapiert und nicht überall hinschickt.

Mit solchen Kulturen zu arbeiten – das können Systemiker. Das bildet sich leider vielleicht nicht in den randomisierten Studien ab, aber das ist ein Benefit, den wir für das Versorgungssystem bieten können, die die anderen nach meiner Auffassung nicht ansatzweise haben.

Ulrike Borst: Da wollte ich einfach den Werbeblock fortsetzen und sagen: Das ist das Stichwort „Kontextsensibilität“. Ich sehe das auch gerade in einem neu aufgebauten sozialpsychiatrischen Dienst in der Schweiz. Dort sagen sie jetzt, nach einem halben Jahr: Sie sehen, wer da alles noch in der Familie eine Diagnose hat und irgendwo behandelt wird. Das deckt sich mit dem, was du sagst. Da liegt es sehr auf der Hand, das Ganze wirklich systemisch zu sehen und auch zu verhandeln dann.

Moderator Stefan Lange: Damit kein Missverständnis aufkommt: Ich wollte gar nicht diskriminierend auf die chinesische Kultur eingehen. Aber manchmal muss man die Dinge beim Namen nennen, um sie ausreichend trennscharf diskutieren zu können. Insofern habe ich das vielleicht etwas zugespitzt, wobei ganz klar ist, dass wir in anderen Bereichen Erfahrungen gemacht haben, dass es allein schon aufgrund unterschiedlicher Basisversorgungssysteme durchaus unterschiedliche Effekte der Interventionen geben kann und wo man sich dann fragen muss: Was für ein Lehrmaterial kann uns ein Ergebnis aus einem Land mit einem völlig anderen Versorgungssystem und mit einem dann auch gegebenenfalls kulturell anderen Hintergrund liefern?

Das werden wir dann sehen; das führt vielleicht auch ein Stück zu weit. Ich glaube: Wir haben die Frage dann erst einmal so weit erschöpfend mit Ihnen besprechen können. Wir liegen auch sehr schön in der Zeit. Wir hatten uns ursprünglich vorgenommen, dieses Gespräch bis ca. 14:30 Uhr zu führen. Bis dahin haben wir jetzt noch 20 Minuten Zeit.

Ich rufe jetzt also den nächsten Tagesordnungspunkt auf.

4.3.5 Tagesordnungspunkt 4: Verschiedenes

Moderator Stefan Lange: Was möchten Sie unter diesem Tagesordnungspunkt sagen? Wir haben nichts unter „Verschiedenes“.

Rüdiger Retzlaff: Vielleicht kann ich eine Frage stellen oder etwas anreißen. Wir haben vor vielen Jahren angefangen, als ich Daten aus den USA mitgebracht habe, Studien zusammenzustellen. Dann ist uns Folgendes passiert: Während wir das gemacht haben und Teile davon eigentlich auf Tagungen an die Öffentlichkeit gelangt sind, hat der G-BA damals dieses Schwellenkriterium eingeführt, das es bis dahin gar nicht gab. Das wurde nicht nur von mir schon auch ein als eine ganz interessante Feedback-Schleife gesehen, aber als keine positive, sondern eher als eine negative Feedback-Schleife, weil genau klar war, dass es in dem Bereich „Affektive Störungen und Angststörungen“ zwar Studien gibt, aber nicht in dem Sinne, wie es vielleicht wünschenswert wäre.

Ich glaube, die Frage, ob man chinesische Studien einbezieht oder nicht, ist nicht so wesentlich. Aus G-BA-Sicht ist wesentlich, was mit der einen finnischen Studie von Knekt passiert und ob sie bei den Angststörungen zählt oder bei den gemischten, so wie ich die Kriterien kenne. Da bin ich einfach gespannt. Denn das ist sozusagen der Punkt, an dem sich die Geister scheiden werden.

Ich fand dieses Schwellenkriterium sehr unbefriedigend – auch deswegen, weil zum Beispiel Substanzstörungen sehr teuer sind. Oder chronische Krankheiten, bei denen man systemisch einen positiven Beitrag leisten kann, sind häufig und sehr teuer für das Gesundheitssystem. Ob jede Phobie oder jede Depression wirklich in der Versorgung so eine große Relevanz hat? Die Techniker Krankenkasse hat auch Studien vorlegt, die das Schwellenkriterium insgesamt ein Stück weit sehr hinterfragt haben. Daher bin ich gespannt und neugierig auf Ihre Ergebnisse, was Sie dann finden werden. Könnten Sie uns informieren, wie Ihre Kriterien sind, was die Sortierung von Studien angeht? Da gibt es ein Kriterium mit der Häufigkeit der Diagnosen, was gemischte angeht oder so etwas. Also Ihre Verfahrensweise würde mich da interessieren.

Markus von Pluto Prondzinski: Sie sprechen da die Anwendungsbereiche in der Psychotherapie-Richtlinie an, wenn ich Sie richtig verstanden habe.

(Rüdiger Retzlaff: Genau!)

Die sind für uns erst einmal nicht von ausschlaggebender Bedeutung oder, um es anders zu sagen, gar nicht Bestandteil des Auftrags. Wir suchen störungsübergreifend, und wir bewerten störungsspezifisch. Welche Störungen wie zusammengefasst werden, lässt sich jetzt so detailliert noch nicht sagen, denn das hängt sicher davon ab, wie viele Studien wir zu welchen Störungen am Ende sehen.

Moderator Stefan Lange: Ich kann das noch ergänzen. Gerade, was die Mischgeschichten angeht, gibt es auf verschiedenen Ebenen Mischmöglichkeiten, nämlich dass Patienten verschiedene Komorbiditäten haben. Wie ordnet man die ein? Woher weiß man, was die führende Diagnose ist? Das werden wir dann sehen, ob das aus den entsprechenden Arbeiten hervorgeht. Und umgekehrt: Wenn in einer Studie verschiedene Anteile von verschiedenen Störungen auch als führende Störungen enthalten sind, werden wir auch sehen, wie wir das werden beschreiben können.

Grob kann man sagen: Natürlich wird – – Ich glaube, Sie haben das 80-Prozent-Kriterium schon angesprochen. Wenn wir sagen: „In einer Studie sind 80 Prozent mit einer spezifischen Störung enthalten, und es gibt gar keine Subgruppenanalysen dazu“, ordnen wir das mal dieser Majorität zu. Aber das kann im Einzelfall auch mal anders aussehen.

Aber es ist richtig, was Herr von Pluto Prondzinski gesagt hat: Da ist eine klare Arbeitsteilung, was sozusagen den Richtlinien-Charakter angeht. Da ist der Gemeinsame Bundesausschuss in der Pflicht und weiß das auch. Wir bewerten störungsspezifisch, soweit das geht.

Rüdiger Retzlaff: Ihnen ist bekannt, dass aus dem amerikanischen Bereich wahrscheinlich kaum noch Studien in diesem Sinne nachwachsen werden, weil sie eben nicht mehr störungsspezifisch Forschungsgelder verteilen, soweit mir das bekannt ist? Die machen das eben eher anhand von feineren biologischen Parametern, um damit ein Stück weit auch pharmakotherapeutische Strategien zu entwickeln. Da ändert sich die Forschungsförderung, oder sie hat sich komplett geändert. Das, was es jetzt gibt, war es dann wahrscheinlich in dem Bereich. Von den Europäern kommt wenig in dem Bereich. Das muss man einfach sagen. Es gibt auch Studien, die aber eigentlich mehr desselben beforschen. 90 Prozent der Lehrstühle sind verhaltenstherapeutisch, vielleicht sogar 95 Prozent oder mehr.

(Zuruf: Der Rest ist vor Kurzem ausgestorben!)

Das heißt: Man findet immer das, was man eh schon weiß. Das ist im Sinne der Pluralität natürlich keine so tolle Perspektive.

Ulrike Borst: Aber habe ich Sie jetzt richtig verstanden, dass Sie zunächst einmal auch diese 80 Prozent klare Zuordenbarkeit zu einer bestimmten Diagnose nicht als Schwelle nehmen, sondern erst einmal noch breiter suchen und Studien einschließen werden?

Markus von Pluto Prondzinski: Wenn Sie damit die Entscheidungsregel meinen, dass wir Studien zu jener psychischen Störung sortieren, für die mindestens 80 Prozent der Patienten eine Hauptdiagnose haben, ist dazu festzuhalten: Das ist kein Einschlusskriterium. Wenn diese 80-Prozent-Regel nicht erfüllt ist, würden wir solche Studien nicht automatisch deswegen ausschließen. Diese Regel dient nur der Festlegung, welche Studien zusammengefasst werden können oder zusammenfassend betrachtet werden können.

Moderator Stefan Lange: Anders ausgedrückt: Wir haben auch einen Topf „Mischstörungen“ oder „gemischte Störungen“, oder?

Markus von Pluto Prondzinski: Das ist richtig. Noch einmal: Studien, in denen weniger als 80 Prozent der eingeschlossenen Patienten eine Hauptdiagnose haben, würden wir auch nicht automatisch ausschließen, sondern in einer separaten Rubrik betrachten.

Moderator Stefan Lange: Nur damit kein Missverständnis entsteht: Wenn wir eine Situation hätten, dass ein erklecklicher Teil der Patienten ohne Diagnose daherkommt – sehen wir jetzt einmal von der Diskussion um die Phänomenologie ab, also um Aspekte wie Vernachlässigung, was wir am Anfang diskutiert haben –, kann das schon bedeuten, dass eine solche Studie tatsächlich nicht eingeschlossen wird, wenn keine klare Zuordnung möglich ist, ob es sich tatsächlich um psychische Störungen handelt, die wir entsprechend ICD oder DSM zuordnen können.

Markus von Pluto Prondzinski: Um das vielleicht noch zu ergänzen: Man muss zwischen 2 80-Prozent-Regeln unterscheiden: Eine 80-Prozent-Regel findet Anwendung auf der Ebene des Studieneinschlusses. Dort gilt: Eine Studie wird nur eingeschlossen, wenn bei mindestens 80 Prozent der Patienten das jeweilige Einschlusskriterium erfüllt ist. Das Einschlusskriterium, das hier relevant ist, ist das, was unter E1 zu fassen ist, also: Es liegt eine psychische Störung vor. Und die andere 80-Prozent-Regel bezieht sich, wie gerade dargestellt, auf die Zuordnung von eingeschlossenen Studien.

Rüdiger Retzlaff: Und Kostenstudien interessieren Sie wirklich nicht, wie ich es verstanden habe?

Markus von Pluto Prondzinski: Das ist nicht Bestandteil des Auftrags, nein.

Rüdiger Retzlaff: Das heißt, es ist spannend, zu welchen Ergebnissen Sie kommen werden, aber es ist natürlich auch spannend, zu welchen Interpretationen Ihrer Ergebnisse dann der Methodenbewertungsausschuss kommen wird. Denn das bedeutet dann noch einmal eine neue und unter Umständen auch lange Runde, weil sie diesen weiteren Aspekt dann auch diskutiert haben wollen.

Moderator Stefan Lange: Ja, das wird sicher auch noch Diskussionen im G-BA benötigen. Andererseits gibt es ja schon eine gewisse Orientierung gegebenenfalls anhand unseres Vorberichtes, der, wie der Name schon sagt, vorher veröffentlicht wird, sodass der G-BA da nicht völlig ohne Vorinformationen in seine Beratungen gehen muss.

Das Versorgungsstärkungsgesetz sieht ja vor, dass sich der G-BA in Zukunft auch stärker an Fristen orientieren muss, sodass vielleicht solche Diskussionen nicht ins Uferlose laufen.

Ulrike Borst: Das ist eine Frage in letzter Sekunde: Was machen wir denn mit den Suchbegriffen „psychotisch“ bzw. „Psychose“ ohne F2-Diagnose? Kann das rein?

Markus von Pluto Prondzinski: Die Beantwortung dieser Frage hängt davon ab, ob wir uns auf Ebene des Titels oder Abstracts bewegen oder schon auf Volltextebene. Grundsätzlich lässt sich festhalten: Wir würden eine Studienpublikation nicht allein deswegen ausschließen, weil im Abstract nicht auf eine bestimmte DSM- oder ICD-Diagnose verwiesen wird. Wir würden so etwas, wenn keine konkreten Anhaltspunkte vorliegen, dass ein Einschlusskriterium verletzt ist, im Volltext bestellen und das genau daraufhin prüfen. Es ist aber schon so, dass sich spätestens dann auf Volltextebene erweisen muss, um welche psychische Störung es sich da handelt und dass bei mindestens 80 Prozent der eingeschlossenen Patienten eine solche Störung vorliegt.

Ulrike Borst: Da muss dann „F2“ stehen, und da reicht „psychotisch“ nicht? Oder eine DSM-5-Kategorie? Ich weiß nicht: Gibt es das im DSM-IV? Wie heißt es da? Da hat es einen anderen Namen. Es ist eine Forschungskategorie.

Markus von Pluto Prondzinski: Wenn Sie jetzt auf die Forschungsdiagnosen im DSM-5 ansprechen, glaube ich, dort heißt es Attenuiertes Psychose-Syndrom. Da sagt das DSM-5 ganz klar, dass das keine offizielle Diagnose ist. Prinzipiell würden wir uns daran auch halten.

Rüdiger Retzlaff: Da ich diese mühsame Kärnerarbeit des Zusammenstellens kenne, habe ich durchaus Sympathie dafür, dass Sie irgendwo einen Strich ziehen müssen. Die älteste Studie aus dem systemischen Feld, die ich methodisch für 1969 sehr gut fand, hat überhaupt keine Diagnosen verwendet, weil die so antipsychiatrisch drauf sind: Pittman und Flomenhaft. Das war eine gute Studie mit guten Ergebnissen, auch was die Kosten angeht. Ich habe einen der Autoren, bevor er verstorben ist, noch persönlich sprechen können, und da hat er gesagt: Das waren alle Psychotiker, und die haben Neuroleptika bekommen. – Aber ich erwarte nicht, dass Sie das als valide und aussagekräftig ansehen. Aber ich fand es historisch eigentlich ganz interessant und verstehe schon, wenn Sie irgendwo sagen: Das geht halt dann auch nicht.

Markus von Pluto Prondzinski: Vielleicht kann man noch ergänzend sagen: Wir fordern natürlich nicht, dass in der Studie explizit auf eine bestimmte ICD- oder DSM-Diagnose und Angabe der Kodierung verwiesen wird. Es muss einfach erkennbar sein, um welche Störung es sich handelt. Oder anders ausgedrückt: Es muss irgendwelche Angaben geben, die uns das Urteil erlauben, dass es sich um eine psychische Störung handelt, für die es in der ICD oder im DSM eine diagnostische Kategorie gibt, welche Angaben es dann auch immer sind.

Rüdiger Retzlaff: Heißt das im Klartext: Ihnen würden meinerwegen auch irgendwelche klinischen Inventare reichen ohne volle DSM-Diagnose? Das ist ja spannend.

Markus von Pluto Prondzinski: Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir uns nicht dazu äußern können, welche einzelnen diagnostischen Angaben wir bereit wären zu akzeptieren.

Rüdiger Retzlaff: Nur von der Strategie her.

Markus von Pluto Prondzinski: Von der Idee her ist es schon so, dass wir prinzipiell von der Forderung nach ICD-Codes abrücken. Wir würden auch andere Angaben akzeptieren. Allerdings sind ja viele verschiedene Konstellationen denkbar, die noch akzeptabel sind. Man kann sagen: Das ist im Prinzip eine Einzelfallentscheidung, die jeweils zu treffen ist.

Moderator Stefan Lange: Ja okay, wenn dann unsererseits und Ihrerseits alle Unklarheiten geklärt sind, könnten wir jetzt sozusagen den offiziellen Teil beenden. Dann bedanke ich mich noch einmal ganz herzlich für Ihre Anreise und Ihre Mithilfe. Wir nehmen das sehr ernst und hoffen auch, dass wir zu einem guten Ergebnis kommen und dass Sie uns vielleicht auch noch zum Vorbericht Hinweise geben können.

Ulrike Borst: Wir bedanken uns auch sehr herzlich, dass wir uns hier vorstellen sowie Rede und Antwort stehen durften.

Rüdiger Retzlaff: Ich würde gern ergänzen: Wenn Sie irgendwelche Literatur oder Adressen brauchen – ich habe zum Beispiel ein paar amerikanische Lehrbücher zusammengestellt, die, glaube ich, in diesem ursprünglichen Antwortbrief nicht enthalten waren –, können Sie vielleicht als Benchmark gern darauf zurückgreifen.

Moderator Stefan Lange: Dann noch einmal vielen Dank fürs Kommen und eine gute Heimreise.

Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen	A 2
A.1.1 – Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) e. V. & Systemische Gesellschaft (SG) e. V.....	A 2

A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

A.1.1 – Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) e. V. & Systemische Gesellschaft (SG) e. V.

Autoren:

- Borst, Ulrike
- Hermans, Björn Enno
- Ochs, Matthias

Stellungnahme von DGSF und SG zum vorläufigen Berichtsplan „Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren“ (Auftrag: N14-02; Version: 1.0; Stand: 18.02.2015) des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Einleitung

Die beiden systemischen Fachverbände Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) und Systemische Gesellschaft (SG) begrüßen die Veröffentlichung des Berichtsplans und die damit verbundene Verfahrenstransparenz.

Borcsa (2014) zeigt in einer Übersicht, dass in allen europäischen Ländern, in denen Psychotherapie gesetzlich geregelt ist, auch sozialrechtliche Abrechnungsmodalitäten für Systemische Therapie existieren – gleichgestellt den in Deutschland als Richtlinientherapieverfahren bezeichneten Verfahren. Uns ist bewusst, dass es Auftrag des IQWiG ist, (nur) die Wirksamkeit/Effektivität Systemischer Therapie zu beurteilen. Wir erlauben uns aber trotzdem einen Hinweis auf die dem G-BA vorliegenden Stellungnahmen im ersten Stellungnahmeverfahren bei Eröffnung der Prüfung von Systemischer Therapie bei Erwachsenen (Stichtag: 20.02.2014): Alle großen und relevanten Verbände und Institutionen haben sich u. a. aufgrund der jetzt schon vorhandenen Versorgungsrelevanz von Systemischer Therapie positiv zu einer sozialrechtlichen Anerkennung geäußert.

Zum Berichtsplan selbst:

Auf der einen Seite begrüßen wir die Transparenz und die Nachvollziehbarkeit des Plans. Auf der anderen Seite befürchten wir, dass relevante Studien ausgeschlossen werden könnten, weil in (z.T. auch älteren Studien) zwar systemisch/familientherapeutisch gearbeitet wurde, dies aber eher implizit als explizit in den Studien beschrieben ist. Es muss also sichergestellt werden, etwa durch Nachfragen bei den AutorInnen, dass Studien nicht ausgeschlossen werden, in denen ein systemisch-familientherapeutisches methodisches Vorgehen angewandt wurde. Die Definitionshoheit, was „systemisch“ ist, sollte weiterhin bei den systemisch-psychotherapeutischen ExpertInnen liegen.

Unsere Anmerkungen und Hinweise auf nötige Veränderungen im Berichtsplan legen wir hier entsprechend der Struktur des Berichtsplans dar:

Zu 1 Hintergrund

Definition Systemischer Therapie: Hier wird als eine mögliche Definition diejenige von Schiepek (1999) zitiert, die sicherlich ihre Gültigkeit hat. Hier ist es u. E. aber hilfreicher, die Definition zu verwenden, die der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) im Rahmen der bereits vollzogenen wissenschaftlichen Anerkennung Systemischer Therapie für Kinder, Jugendliche sowie Erwachsene verwendet hat. Im Gutachten des WBP vom 14. Dezember 2008 wird 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 die 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 biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen."^{1,2 3}

Unter „Annahmen über Wirkprinzip und Ziel von Interventionen“ (S. 9) schlagen wir anstelle von „... die Auflösung problematischer Kommunikationsmuster erreicht werden.“ vor: „... die Auflösung problematischer Kommunikations- und Interaktionsmuster sowie Wirklichkeitskonstruktionen erreicht werden.“

Unter dem Spiegelstrich „konkrete Behandlungsmethoden“ (ebd.) wird (nur) die Methodengruppe der symbolisch-metaphorischen Methoden genannt. Man hätte hier auch eine ganze Reihe anderer für Systemische Therapie spezifische Techniken und Methoden nennen können (siehe z. B. die tabellarische Aufstellung bei Schlippe und Schweitzer, 2012, S. 34/35 (anhängend) oder die Taxonomie vier praxaeologischer

¹ <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.134.135>

² Die Frage der Definition erscheint uns insofern als wesentlich und non-trivial, als dass es Bemühungen anderer psychotherapeutischer Verfahren gibt, sämtliche Techniken und Methoden zu vereinnahmen: „Insgesamt lässt sich keine abgeschlossene und homogene theoretische Grundlegung der Verhaltenstherapie konstatieren, da sie grundsätzlich allen Methoden, die auf empirischer Forschung basieren bzw. mit empirischer Forschung korrespondieren, offen gegenübersteht. Ihre pragmatische problem- und zielgerichtete Orientierung beinhaltet die Öffnung gegenüber Hypothesen über neue Interventionsmöglichkeiten und Einsatzbereiche, die dann einer empirischen Prüfung unterzogen werden. Insofern ist eine theoretische Abgrenzung verhaltenstherapeutischer Interventionen von Behandlungsmaßnahmen, die mit anderen Therapieverfahren in Verbindung gebracht werden, oftmals schwierig, insbesondere wenn diese halbwegs operationalisiert sind, ihr Einsatzfeld definiert wird, ihre Kompatibilität mit theoretischen Annahmen gegeben ist sowie ihre Wirksamkeit überprüft wird. Die Verhaltenstherapie wird also eher durch eine offene Grundorientierung definiert als durch ein fest abgeschlossenes Theoriegebäude“ (Kröner-Herwig, 2004, S. 21-22). So könnte etwa seitens Systemischer Therapie argumentiert werden, dass immer dann, wenn im Kontext komplexer Systeme interveniert wird (also immer im Einzel- oder Mehr-Personen-Setting), es sich um Systemische Therapie handelt, da sämtliche Veränderungsprozesse dort mit den Konzepten der Selbstorganisationstheorien erklärt werden können (behaviorale Verstärkungsbedingungen könnten etwa als Kontrollparameter im Sinne synergetischer Systemtheorie konzeptualisiert werden).

³ Die Entwicklung der systemischen Therapie war und ist assoziiert mit der Verwendung einer Vielzahl von oft idiosynkratisch verwendeten Bezeichnungen und Labels (Eisler 2007), was die Suche nach relevanten Studien erheblich erschwert. Beispielsweise gibt es eine anerkannte systemische Behandlungsstrategie für Essstörungen (Maudsley Approach), zu der mehrere trials auch zu Erwachsenen vorliegen, die aber unter dem unspezifischen Begriff „family interventions“ veröffentlicht werden.

Grundorientierungen Systemischer Psychotherapie bei Ochs, 2013). Die unter 4.1.2 beschriebene Vorgehensweise, systemische Behandlungsansätze und -techniken durch die genannte einschlägige Fachliteratur zu identifizieren, scheint uns aber ebenfalls zielführend. Jedoch wäre hier sinnvoll, auch englischsprachige Publikationen mit einzubeziehen, da viele relevante Studien aus dem angelsächsischen Raum stammen, in dem es etwa universitär verankerte Studiengänge gibt, in denen „systemic skills“ vermittelt werden.

Unter dem Spiegelstrich „allgemeine Aspekte des Therapeutenverhaltens, der therapeutischen Grundhaltung“ (ebd.) schlagen wir vor – Bezug nehmend auf das Kapitel 11 „Haltungen“ in Schlippe und Schweitzer (2012, S. 199ff) – das Beispiel um „Neugier“, „Kooperation und Beziehung“, „Autonomie als Schlüsselwort“, „Respektlosigkeit gegenüber Ideen, Respekt gegenüber Menschen“ zu ergänzen.

Zu 4.1.1 Population

Hier möchten wir vorschlagen, auch ko- bzw. multimorbide Patientengruppen einzubeziehen, da dies der Versorgungsrealität sehr viel näher kommt als isolierte Störungen. Es ist bekannt, dass vor allem bei psychischen Erkrankungen Mehrfachdiagnosen gehäuft vorkommen (z. B. Clarkin & Levy, 2004, S. 201-202; Höfler, 2004). In nationalen und internationalen Studien wurde zudem belegt, dass Patienten mit einer erhöhten psychischen Komorbidität eine höhere Inanspruchnahme von Ressourcen im Gesundheitssystem aufweisen – und daher unter ökonomischen Gesichtspunkten relevanter erscheinen als die seltenen monosymptomatischen Patientengruppen (Schneider et al., 2013). Die unter 4.4.1 eingeführte Kennziffer von 80% Patienten mit Hauptdiagnose pro Studie erscheint uns vor diesem Hintergrund auch nicht unproblematisch.

Es werden die diagnostischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 genannt. Hier ist sicherlich davon auszugehen, dass eine Diagnostik nach einem der Vorgängerversionen der Klassifikationssystem (DSM-IV etc.) ebenfalls zum Einschluss von Studien führt. Ein entsprechender Hinweis sollte u. E. ergänzt werden.

Auch möchten wir anregen, dass neben ICD und DSM Diagnosen auch einige extrem gesundheitsschädliche Verhaltensweisen, bei denen in Studien auf ICD/DSM-Klassifikation verzichtet wird, in die Suche einbezogen werden: Suizidalität (auch ohne Depressionsdiagnosen); Selbstverletzendes Verhalten (auch ohne emotional instabile Persönlichkeitsstörung ICD-10 F60.3); Delinquenz im Sinne von Vorstrafen oder Haft (z. B. ICD-10 Z65.0 bis Z65.3, auch ohne dissoziale Persönlichkeitsstörung ICD-10 F60.2); Häusliche Gewalt (ICD-10 Z63.0, auch ohne PTSD ICD-10 F43.1).

Zu 4.1.3 Patientenrelevante Endpunkte

Wir plädieren dafür, außer den genannten Endpunkten den Punkt „Caregiver burden“ mit einzubeziehen (bei Demenzerkrankungen wurde dies bereits praktiziert). Gerade bei psychischen Störungen, die mit einer hohen familiären Belastung eingehen – wie etwa Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis – ist die Reduktion der Belastung von Angehörigen ein wichtiger Aspekt der Behandlungsauswirkungen. Auch konnte die burnoutprophylaktische Wirkung systemischen Arbeitens bei Stationsteams in der Akutpsychiatrie empirisch gut gezeigt werden (vgl. Haun et al., 2013; Kordy et al., 2012).

Zu 4.1.4 Studientypen

Der Hinweis, lediglich RCT-Studien als Studientyp zuzulassen, entspricht den Verfahrensordnungen und ist insofern nachvollziehbar; wenngleich eine evidenzbasierte Bewertung von Behandlungsverfahren nach David Sackett, einem der Väter des EbM-Konzeptes, die Integration klinischer Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung (z. B. RCT-Studien) bedeutet (Sackett et al., 1996) – also die Zusammenschau sämtlicher Hierarchiestufen der Evidenzklassen I bis IV/V.

Zu 4.2.1 Bibliografische Literaturrecherche

Unseres Wissens finden sich auch relevante Studien in etwa chinesischen Datenbanken (z.B. RCT-Studien zur Schizophrenie-Behandlung); bei den angegebenen Pfaden zur Literaturrecherche wäre unsere Befürchtung, dass solche relevanten Studien keine Beachtung finden könnten.

Weitere Anmerkungen

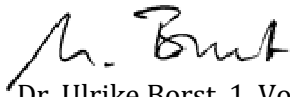
Etwas zu wenig Gewicht wird im Berichtsplan u. E. generell auf die Frage der Wirtschaftlichkeit von Systemischer Therapie gelegt. Gerade die Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten verspricht bei einer sozialrechtlichen Prüfung von Behandlungsverfahren im Vergleich zur berufsrechtlichen Prüfung einen Informationsmehrwert.

Grundsätzlich ist etwa bekannt, dass Systemische Therapie geringere Dropout-Raten aufweist (z. B. Sydow et al. 2010; Pinquart et al., 2014) als alternative Behandlungsverfahren – auch dies trägt zur Wirtschaftlichkeit eines Behandlungsverfahrens bei.

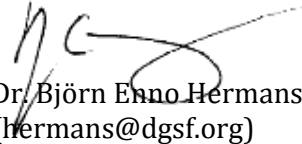
Außerdem zeigt die Forschergruppe um Russell Crane, dass der Einbezug von Familienangehörigen in die Behandlung Kosten für das Gesundheitssystem bedeutsam reduziert (einen Überblick über die Arbeiten der Forschergruppe geben Crane & Christenson (2012), siehe aber auch Crane et al. (2013), Morgan et al. (2013), Crane et al. (2012)). Zutreffend wird im Berichtsplan formuliert, dass „...ein Familien- oder Gruppensetting für sich kein definierendes Merkmal der Systemischen Therapie darstellt“ (S. 9). Gleichzeitig spielen psychodynamische oder kognitiv-verhaltenstherapeutische Familiensettings in der Versorgung aus verschiedenen Gründen nur eine untergeordnete Rolle (vgl. z. B. Knappe et al. (2013) zu Barrieren der Einbeziehung von Eltern in ein kinder- und jugendpsychotherapeutisches Richtlinienverfahren-Setting); zudem wird in der Regel auf systemische Konzepte zurückgegriffen, wenn mit Mehr-Personen-Systemen gearbeitet wird (vgl. das Themenheft „Familientherapie“ der Zeitschrift „Psychotherapie im Dialog“ (Nr. 3, September 2010, Jahrgang 11⁴; zudem sei darauf hingewiesen, dass in der

⁴ <https://www.thieme.de/shop/Psychotherapie/Wilms-Retzlaff-Psychotherapie-im-Dialog---Familientherapie-9783131546111/p/000000000270300101>

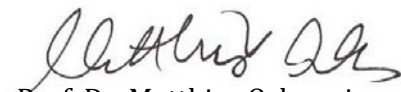
englischsprachigen Fachliteratur von „family therapy“ im Kontext Systemischer Therapie gesprochen wird⁵).



Dr. Ulrike Borst, 1. Vorsitzende SG
(borst55@gmx.de)



Dr. Björn Enno Hermans, 1. Vorsitzender DGSF
(hermans@dgsf.org)



Prof. Dr. Matthias Ochs, wissenschaftlicher Berater DGSF
(Matthias.Ochs@sw.hs-fulda.de)

⁵ So veröffentlicht die Fachzeitschrift „Journal of Family Therapy“ (<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/%28ISSN%291467-6427>) in der Regel Artikel, die sich auf systemische Familientherapie, nicht aber auf behaviorale oder psychodynamische Familientherapie bezieht.

Literatur:

- Borcsa, M. (2014). Systemic Therapy and National Health Care Systems in Europe. Manuskript, veröffentlicht unter: <http://www.systemisch-forschen.de/node/1035>.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 194-226). New York: Wiley & Sons.
- Crane, D. R., & Christenson, J. D. (2012). A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 34, 204-216.
- Crane, D. R., Christenson, J. D., Dobbs, S. M., Schaalje, G. B., Moore, A. M., Pedal, F. F. C., Ballard, J. & Marshall, E. S. (2013). Costs of Treating depression with individual versus family therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 39(4), 457-469.
- Crane, D. R., Morton, L. B., Fawcett, D., Moore, A., Larson, J. & Sandberg, J. (2012). Somatoform Disorder: Treatment Utilization and Cost by Mental Health Professions. *Contemporary Family Therapy*, 34, 322-333.
- Eisler, I. (2007). Treatment models, brand names, acronyms and evidence-based practice. *Journal of Family Therapy*, 29(3), 183-185.
- Haun, M. W., Kordy, H., Ochs, M., Zwack, J., & Schweitzer, J. (2013). Family systems psychiatry in an acute in-patient setting: the implementation and sustainability 5 years after its introduction. *Journal of Family Therapy*. 35 (2), 159-175.
- Höfler, M. (2004). *Statistik in der Epidemiologie psychischer Störungen*. Heidelberg: Springer.
- Knappe, S., Müller, N., Härtling, S. (2013). Der Einbezug von Eltern in die ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Status quo, Nutzen und Barrieren aus Sicht niedergelassener Psychotherapeuten in Sachsen. *Psychotherapeutenjournal*, 12 (3), 246-253
- Kordy, H., Haun, M. W., Ochs, M., Zwack, J., & Schweitzer, J. (2012). Systemisch-familientherapeutisches Arbeiten in der Akutpsychiatrie. Nachhaltige Veränderungen des Belastungserlebens der Mitarbeiter. *Psychiatrische Praxis*, 78 (11), 400-406
- Kröner-Herwig, B. (2004). Die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen. Expertise zur empirischen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Morgan, T.B., Crane, D.R., Moore, A.M., & Eggett, D.L. (2013). The Cost of Treating Substance Use Disorders: Individual versus Family Therapy. *Journal of Family Therapy*, 35, 2-23.

Pinquart, M., Oslejsek, B., & Teubert, D. (2014): Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis, *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2014.935830.

Ochs, M. (2013). Vier Grundorientierungen Systemischer Psychotherapie. *Projekt Psychotherapie* 3/2013, 20-23.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Milton Keynes, R. B, Hamilton, H., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.

Schiepek G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schlippe A. v., & Schweitzer, J. (2012). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schneider, A., Hilbert, B., Hörlein, E., Wagenpfeil, S., & Linde, K. (2013). The effect of mental comorbidity on service delivery planning in primary care: an analysis with particular reference to patients who request referral without prior assessment. *Dtsch Arztebl Int*, 110 (39), 653–659.

Sydow, K. v. (2012). Evaluationsforschung zur Wirksamkeit systemischer Psychotherapie. In M. Ochs & J. Schweitzer (Hrsg.), *Handbuch Forschung für Systemiker* (S. 105 – 122) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R., & Schweitzer-Rothers, J. (2007). *Die Wirksamkeit Systemischer 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. *Family Process*, 49(4), 457-485.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2009). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 106, A208–A211, <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=63232>.