

Gemeinsame Stellungnahme der

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

zum

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

„Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren“

Auftrag: N14-02

Version: 1.0

Stand: 16.08.2016

Inhaltsverzeichnis

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

Einführung

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

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

IQWiG sieht Nutzen Systemischer Therapie bei häufig auftretenden psychischen Störungen

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

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

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

Kritische Reflexion der methodischen Vorgehensweise des IQWiG

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

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

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

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

Nutzung unpassende/unzureichende Orientierung an Reporting Statements seitens des IQWiG

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

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

Die Problematik der Verblindung in Psychotherapie-Studien

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

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

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

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

Problematische Kriterien: Erzeugung der Randomisierungssequenz und Verblindung der Endpunkterheber

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

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

Überprüfung des Nutzens vs. des „Zusatznutzens“

Es finden sich an vielen Stellen – vor allem auch bei der Ergebnisdarstellung zu den störungsübergreifenden Meta-Analysen – im Vorbericht Äußerungen, dass Systemische Therapie keine Nutzen im Vergleich mit anderen Psychotherapieverfahren zeigt – also kein „Zusatznutzen“ vorliegen würde¹. Hierzu ist zunächst festzustellen, dass der Prüfauftrag vom G-BA an das IQWiG folgendermaßen lautet (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2014, S. 1): „Zur Nutzenbewertung soll das IQWiG die Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen Wissensstandes zur Anwendung des Psychotherapie-Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen zu folgender Fragestellung durchführen: Hat das Psychotherapie-Verfahren Systemische Therapie bei Erwachsenen einen Nutzen oder Schaden hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte (Mortalität, Morbidität und Lebensqualität)?“ Diese Frage kann aufgrund des vorliegenden Vorberichts folgendermaßen beantwortet werden: Es wurde kein einziger Hinweis auf eine schädliche Wirkung von Systemischer Therapie ausgemacht; gleichzeitig wurden für die allermeisten Störungsbereiche der Nutzen von Systemischer Therapie nachgewiesen. Gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie wird deshalb auch in der Antragsbegründung zur Prüfung der Systemischen Therapie im G-BA von einem „Nutznachweis“ und nicht von „Zusatznutzen“ gesprochen (Deisler, 2013). Es bleibt für uns völlig offen, auf welcher Grundlage das IQWiG immer wieder die Überprüfung des „Zusatznutzens“ im Vergleich zur Richtlinien-Psychotherapie ableitet. Ein Vergleich mit den Richtlinien-Psychotherapie-Verfahren wäre auch deshalb wenig sinnvoll, weil der G-BA erst beginnt, die Richtlinienverfahren zu überprüfen. Zudem ist zu fragen, welche Verfahren bei der Prüfung der Richtlinien-Verfahren ihren „Zusatznutzen“ nachweisen müssen – womöglich gegenüber der bereits geprüften Systemischen Therapie? Ein Nutzen ist bereits dann gegeben, wenn Systemische Therapie genauso gut wirkt wie ein anderes Verfahren und Symptome von Krankheitswert klinisch signifikant reduziert: Nicht jedes Psychotherapieverfahren wirkt bei jedem Patienten gleich gut. Es gibt auch Patienten, die nicht oder wenig von einem bestimmten Psychotherapieverfahren profitieren.

Definition von Systemischer Therapie

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

1

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

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

„Von den beantragenden Fachverbänden wird die Systemische Therapie als ein psychotherapeutisches Verfahren beschrieben, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. Dabei werden zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten („Indexpatienten“) weitere Mitglieder des für Patienten bedeutsamen sozialen Systems einbezogen. Die Therapie fokussiert auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie oder des Systems und deren weiterer sozialer Umwelt.

Die Systemische Therapie betrachtet wechselseitige intrapsychische (kognitiv-emotive) und 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.“ (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP), 2008; siehe auch Sydow, 2015)

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

Relation von Systemischer Therapie und Paar-/Familientherapie

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

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

Selektion der geprüften Studien und Beschreibung der Vergleichsbedingungen

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

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

Nicht-Berücksichtigung methodisch anspruchsvoller RCT

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

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

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

Espina Eizaguirre A, Ortega Saenz de Cabezón MA, Ochoa de Alda Martínez I. A controlled essay of familiar interventions in eating disorders: changes in alexithymia [Spanisch]. Anales de Psiquiatria 2001; 17(2): 64-72

Espina Eizaguirre A, Ortega Saenz de Calderón MA, Ochoa de Alda Apellaniz I. A controlled trial of family interventions in eating disorders: changes in psychopathology and social adjustment [Spanisch]. Apunt Psicol 2002; 20(1): 49-62

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

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

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

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

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

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

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

Leff J, Vearnals S, Brewin CR, Wolff G, Alexander B, Asen E et al. The London Depression Intervention Trial: randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner; clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry* 2000; 177(2): 95-100

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

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

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

Miller 2005

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

Vom IQWiG nicht identifizierte oder nach dem Suchdatum erschienene RCTs

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

Qualitativ hochwertige, in chinesischer Sprache publizierte RCTs

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

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

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

Unvollständige Berücksichtigung von Studien zu mehreren Anwendungsbereichen

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

Feaster 2011

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

Lau 2007

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

Rakowska 2011

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

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

Nicht-Berücksichtigung externer Meta-Analysen und Cochrane-Reviews

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

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

Nicht-Berücksichtigung von Befunden zu drop-out Raten

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

Kritische Reflexion der Bewertung der einzelnen Anwendungsbereiche durch das IQWiG

Angst- und Zwangsstörungen

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

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

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

Depression

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

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

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

Essstörungen

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

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

Gemischte Störungen

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

Körperliche Erkrankungen

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

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

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

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

Persönlichkeitsstörungen

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

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

Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

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

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

Substanzkonsumstörungen

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

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

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

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

Abschließende Überlegungen

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

Systemische Therapie auch wirksam bei kostenintensiven Störungen

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

Systemische Therapie reduziert gesundheitswirtschaftliche Kosten

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

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

Systemische Therapie wirkt auch präventiv

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

Bessere Kooperation und Patientenzufriedenheit

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

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

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

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

Literatur

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

- Christenson, J. D., Crane, D. R., Bell, K. M., Beer, A. R., & Hillin, H. H. (2014). Family intervention and health care costs for Kansas Medicaid patients with schizophrenia. *J Marital Fam Ther*, 40(3), 272-286.
- Crane, D. R., & Christenson, J. D. (2012). A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. *Contemp Fam Ther*, 34(2), 204-216.
- Crane, D. R., Hillin, H. H., & Jakubowski, S. F. (2005). Costs of treating conduct disordered Medicaid youth with and without family therapy. *Am J Fam Ther*, 33(5), 403-413.
- Crane, D. R., Morton, L. B., Fawcett, D., Moore, A., Larson, J., & Sandberg, J. (2012). Somatoform disorder: Treatment utilization and cost by mental health professions. *Contemp Fam Ther*, 34(3), 322-333.
- Crane, D. R., & Payne, S. H. (2011). Individual versus family psychotherapy in managed care: comparing the costs of treatment by the mental health professions. *J Marital Fam Ther*, 37(3), 273-289. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00170.x
- Crane, D. R., Shaw, A. L., Christenson, J. D., Larson, J. H., Harper, J. M., & Feinauer, L. L. (2010). Comparison of the family therapy educational and experience requirements for licensure or certification in six mental health disciplines. *Am J Fam Ther*, 38(5), 357-373.
- Deisler, H. (2013). *Antrag auf Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V*.
- Devereaux, P. J., Choi, P. T., El-Dika, S., Bhandari, M., Montori, V. M., Schunemann, H. J., Guyatt, G. H. (2004). An observational study found that authors of randomized controlled trials frequently use concealment of randomization and blinding, despite the failure to report these methods. *J Clin Epidemiol*, 57(12), 1232-1236. doi: 10.1016/j.jclinepi.2004.03.017
- Eisdorfer, C., Czaja, S. J., Loewenstein, D. A., Rubert, M. P., Arguelles, S., Mitrani, V. B., & Szapocznik, J. (2003). The effect of a family therapy and technology-based intervention on caregiver depression. *Gerontologist*, 43(4), 521-531.
- Fawcett, D., & Crane, D. R. (2013). The influence of profession and therapy type on the treatment of sexual dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(5), 453-465.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 14(4), 245-258. doi: 10.1080/01926187.2010.513895
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kordy, H., & Puschner, B. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53(6), 414-423.
- Garcia-Huidobro, D., Bittner, M., Brahm, P., & Puschel, K. (2011). Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. *Fam Pract*, 28(1), 4-11. doi: 10.1093/fampra/cmq069
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2014). *Konkretisierung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen*.
- Giron, M., Fernandez-Yanez, A., Mana-Alvarenga, S., Molina-Habas, A., Nolasco, A., & Gomez-Beneyto, M. (2010). Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. *Psychol Med*, 40(1), 73-84. doi: 10.1017/s0033291709006126
- Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (2010). *Emotionally focused therapy for couples*. New York, NY: Guilford Press.

- Haddock, S. A., Weiler, L. M., Trump, L. J., & Henry, K. L. (2016). The Efficacy of Internal Family Systems Therapy in the Treatment of Depression Among Female College Students: A Pilot Study. *J Marital Fam Ther*.
- Hartmann, M., Bazner, E., Wild, B., Eisler, I., & Herzog, W. (2010). Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: a meta-analysis. *Psychother Psychosom*, 79(3), 136-148. doi: 10.1159/000286958
- Haun, M. W., Kordy, H., Ochs, M., Zwack, J., & Schweitzer, J. (2012). Langfristige Wirkungen systemtherapeutisch erweiterter stationärer Psychiatrie im Erleben von PatientInnen, MitarbeiterInnen und externen KooperationspartnerInnen. *Systeme*, 26(2), 142-169.
- Hunger, C., Hilzinger, R., Koch, T., Mander, J., Sander, A., Bents, H., & Schweitzer, J. (2016). Comparing systemic therapy and cognitive behavioral therapy for social anxiety disorders: study protocol for a randomized controlled pilot trial. *17*, 171. doi: 10.1186/s13063-016-1252-1
- Insel, T. R. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: precision medicine for psychiatry. *Am J Psychiatry*, 171(4), 395-397. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14020138
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). (2015). *Allgemeine Methoden Version 4.2*.
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). (2016). Vorbericht (vorläufigen Nutzenbewertung): Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen. Auftrag N14-2. Version 1.0 veröffentlicht am 16.08.2016
- Johnson, S. M. (2009). *Praxis der Emotionsfokussierten Paartherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Jones, E. & Asen, E. (2002). Wenn Paare leiden: Wege aus der Depressionsfalle. Dortmund: Borgmann
- Knekt, P., Virtala, E., Harkanen, T., Vaarama, M., Lehtonen, J., & Lindfors, O. (2016). The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychol Med*, 46(6), 1175-1188. doi: 10.1017/s0033291715002718
- Kuss, O., Blettner, M., & Börgermann, J. (2016). Propensity Score – eine alternative Methode zur Analyse von Therapieeffekten. *Dtsch Arztebl* 2016, 113, 35-36. doi: 10.3238/arztebl.2016.0597
- Lau, M., & Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. *Acta Psychiatr Scand*, 116(2), 96-104. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00977.x
- Law, D. D., & Crane, D. R. (2000). The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health-maintenance organization. *J Marital Fam Ther*, 26(3), 281-291.
- Law, D. D., Crane, D. R., & Berge, J. M. (2003). The influence of individual, marital, and family therapy on high utilizers of health care. *J Marital Fam Ther*, 29(3), 353-363.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Everitt, B. (2000). The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry*, 177, 95-100.
- Li, S., Armstrong, M. S., Chaim, G., Kelly, C., & Shenfeld, J. (2007). Group and individual couple treatment for substance abuse clients: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy*, 35(3), 221-233.
- Li, Y., Jia, J. D., & Zhang, M. S. (2004). Influence of family mental intervention on social function, family environment and relapse rate in first-episode schizophrenics. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 8(21), 4184-4185.

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

- Priebe, S., Kelley, L., Omer, S., Golden, E., Walsh, S., Khanom, H., McCabe, R. (2015). The Effectiveness of a Patient-Centred Assessment with a Solution-Focused Approach (DIALOG+) for Patients with Psychosis: A Pragmatic Cluster-Randomised Controlled Trial in Community Care. *Psychother Psychosom*, 84(5), 304-313. doi: 10.1159/000430991
- Schade, N., Torres, P., & Beyebach, M. (2011). Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. *Fam Syst Health*, 29(3), 197-205. doi: 10.1037/a0024563
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der systemischen Therapie: Theorie, Praxis, Forschung.*: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Selby, J. V., Forsythe, L., & Sox, H. C. (2015). Stakeholder-Driven Comparative Effectiveness Research: An Update From PCORI. *JAMA*, 314(21), 2235-2236. doi: 10.1001/jama.2015.15139
- Slesnick, N., & Zhang, J. (2016). Family systems therapy for substance-using mothers and their 8- to 16-year-old children. *Psychol Addict Behav*, 30(6), 619-629. doi: 10.1037/adb0000199
- Sydow, K. v. (2015). *Systemische Therapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R., & Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sydow, K. v., Beher, S., Schweitzer, J., & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Fam Process*, 49(4), 457-485. doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01334.x
- Sydow, K. v., & Seiferth, A. (2015). *Sexualität in Paarbeziehungen*. Göttingen: Hogrefe.
- von Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2016). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen*: Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York, NY: Routledge.
- Weisman de Mamani, A., Weintraub, M. J., Gurak, K., & Maura, J. (2014). A randomized clinical trial to test the efficacy of a family-focused, culturally informed therapy for schizophrenia. *J Fam Psychol*, 28(6), 800-810. doi: 10.1037/fam0000021
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2008). *Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie*.
<http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/GutachtenSystemischeTherapie20081214-1.pdf>
[abgerufen am 19.09.2016 um 19:45 Uhr]
- Wu, T., Li, Y., Bian, Z., Liu, G., & Moher, D. (2009). Randomized trials published in some Chinese journals: how many are randomized? , *10*, 46. doi: 10.1186/1745-6215-10-46
- Yang, F., Zhu, S., & Luo, W. (2005). Comparative study of solution-focused brief therapy (SFBT) combined with paroxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Chin Ment Health J*, 19(4), 288-290.
- Zhang, M., Wang, M., Li, J., & Phillips, M. R. (1994). Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients. An 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *Br J Psychiatry Suppl*(24), 96-102.
- Zhang, S., Liu, L., Pan, S., Feng, Y., Zhang, Y., & Zhu, Q. (2006). A control study of the effect of systemic family therapy to the recurrence of schizophrenia. *Shandong Archive of Psychiatry*, 19(2), 138-139.
- Zhang, X., & Zhang, J. (1999). Family psychotherapy and remission of symptoms of schizophrenia. *Chin Ment Health J*, 13(6), 328-329.

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