

Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren für Erwachsene

Darstellung der Ergebnisse des IQWiG Abschlussberichtes und des weiteren Verfahrens im G-BA finden. Das Wichtigste im Überblick:

- Das IQWiG erkennt in **sieben** Anwendungsbereichen den Nutzen für Systemische Therapie. Für die Aufnahme als Richtlinienverfahren ist der Nutznachweis für **drei** Anwendungsbereiche nötig (s. Tabelle 2, Seite 3).
- Die Wirksamkeit Systemischer Therapie wurde dabei u.a. für die Behandlung besonders häufiger psychischer Störungen (Angst und Depression) sowie für besonders schwere Störungen (Schizophrenie) festgestellt (S. Tabelle 1, nächste Seite).
- Das IQWiG legt damit die **evidenzbasierte Entscheidungsvorlage** für den Beschluss des G-BA zur Aufnahme dieser Behandlungsmethode in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vor.
- Systemische Therapie als Regelleistung der GKV bedeutet eine verbesserte **Auswahlmöglichkeit** für die Patientinnen und Patienten. Sie werden dann zwischen drei statt bislang nur zwischen zwei psychotherapeutischen Verfahren wählen können.
- Systemische Therapie ist ein vergleichsweise **kurzzeittherapeutisches** Verfahren. Zudem werden mehrere Patientinnen und Patienten von einer TherapeutIn durch die Arbeit im **Mehrpersonen**-Setting behandelt.
- Studien belegen anhand von amerikanischen und kanadischen Krankenkassendaten die hohe **Kosten-Nutzen-Effizienz** Systemischer Therapie (s.u.).
- Systemische Therapie ist in allen **europäischen Ländern** mit annähernd vergleichbarem Versicherungssystem Teil der Regelleistung der Krankenversicherungen, z.B. in der Schweiz, in Österreich, in Polen, in den Staaten Skandinaviens, in Großbritannien (Borcsa, 2016).
- **Drei** Jahre sind für die Bearbeitungszeit zwischen Antragsstellung (März 2013!) und Entscheidung vorgesehen. Inzwischen bricht das **sechste** Jahr an. Wir fordern den G-BA auf, nun endlich eine Entscheidung zur Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung zu treffen. Die Wirksamkeitsnachweise durch das IQWiG liegen auf dem Tisch.

AnsprechpartnerIn:

Sebastian Baumann
Systemische Gesellschaft
0152 / 5424 9457
030 / 5369 8504

sbaumann@systemische-gesellschaft.de

Kerstin Dittrich
DGSF
0176 / 5683 4878
0221 / 1688 6010
dittrich@dgsf.org

Evidenzübersicht für den Nutzen Systemischer Therapie: 12 Nutznachweise aus 34 RCT-Studien über 7 Diagnosebereiche (IQWiG-Abschlussbericht, S. 7)













1) Störungsbereich Depression (6 RCT-Studien)	
Systemische Therapie versus andere Psychotherapie	Evidenz 
Systemische Therapie versus Beratung	Evidenz 
Systemische Therapie versus keine Behandlung	Evidenz 
2) Störungsbereich Angst und Zwang (4 RCT-Studien)	
Systemische Therapie versus Beratung	Evidenz 
Systemische Therapie versus keine Behandlung	Evidenz 
3) Störungsbereich Essstörungen (3 RCT-Studien)	
Systemische Therapie versus andere Psychotherapie	Evidenz 
Systemische Therapie versus Beratung	Evidenz 
4) Störungsbereich Schizophrenie (5 RCT-Studien)	
Systemische Therapie versus keine Behandlung	Evidenz 
5) Störungsbereich Körperliche Erkrankungen (9 RCT-Studien)	
Systemische Therapie versus andere Psychotherapieverfahren	Evidenz 
Systemische Therapie versus keine Behandlung	Evidenz 
6) Störungsbereich gemischte Störungen (1 RCT-Studie)	
Systemische Therapie versus andere Psychotherapieverfahren	Evidenz 
7) Störungsbereich Substanzkonsumstörungen (6 RCT-Studien)	
Systemische Therapie versus Beratung	Evidenz 

Tabelle 1: Bereiche, in denen das IQWiG den Nutzen von Systemischer Therapie festgestellt hat.

Erforderliche Belege nach § 19 und 26 der Psychotherapie-Richtlinien (G-BA, 2016) und tatsächlich vom IQWiG festgestellte Belege (anerkannte RCT-Studien).

Vorgabe laut § 19	Störungsbereich	Nr. in § 26	
Unbedingt erforderlich „Schwellenkriterium“	Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie	1.1	Nutzen ST
	Angststörungen und Zwangsstörungen	1.2	Nutzen ST
und entweder zusätzlich für mindestens einen der nebenstehenden Anwendungsbereiche:	Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	1.3	
	Persönlichkeitsstörungen	1.8	Gleich wirksam wie alternative Psychotherapie
	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.	2.1	Nutzen ST
oder zusätzlich für mindestens zwei der nebenstehenden Anwendungsbereiche:	Reaktionen auf schwere Belastungen & Anpassungsstörungen	1.4	
	Essstörungen	1.5	Nutzen ST
	Nichtorganische Schlafstörung	1.6	
	Sexuelle Funktionsstörungen	1.7	
	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	1.9	
	Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen	2.2	
	Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe (körperliche Erkrankungen)	2.3	Nutzen ST
	Schizophrenie und affektive psychotische Störungen	2.4	Nutzen ST
	Gemischte Störungen		Nutzen ST

Systemische Therapie als Richtlinien-Verfahren

Das IQWiG hat in einer für den Bereich der Psychotherapie beispiellosen Arbeit 3133 relevante Studien zur Systemischen Therapie identifiziert und im Volltext gesichtet. Nur die hochwertigsten 42 Studien im RCT¹-Design wurden schließlich einbezogen, 33 davon mit für die Fragestellung verwertbaren Daten (S. 6 des Berichts). Alle Ergebnisse lassen sich transparent im veröffentlichten Abschlussbericht² nachlesen.

Meilensteine der evidenzbasierten Bewertung Systemischer Therapie

Wissenschaftliche Anerkennung Systemischer Therapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz	Bewertungsauftrag für Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren für Erwachsene durch den G-BA	G-BA beauftragt das IQWiG: Recherche zum medizinischen Wissensstand Systemischer Therapie	Das IQWiG veröffentlicht seinen Vorbericht	Das IQWiG veröffentlicht seinen Abschlussbericht	Wann erfolgt die G-BA Entscheidung?
14.12.2008	18.04.2013	25.08.2014	23.08.2016	28.07.2017	???

Ergebnisse des IQWiG Abschlussberichts

Das IQWiG unterscheidet neun Diagnosegruppen, acht davon sind für die Richtlinienpsychotherapie relevant. Für **sieben** dieser acht Diagnosegruppen stellt das IQWiG Anhaltspunkte und Hinweise für einen Nutzen Systemischer Therapie fest:

Für Angst- und Zwangsstörungen, depressive Störungen, Substanzkonsumstörungen, Schizophrenie, Essstörungen, körperliche Erkrankungen sowie gemischte (komorbide) Störungen.

Somit ist die Wirksamkeit für diejenigen Diagnosegruppen nachgewiesen, die abgedeckt sein müssen, damit ein Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinie (PT-R) aufgenommen werden kann (siehe PT-R § 26 (1) 1., 2., 5. sowie (2) 1., 3., 4. + komorbide Störungen).

Eine bei Arzneimitteln übliche Einschätzung Nutzen versus Schaden konnte das IQWiG bei einem Psychotherapieverfahren nicht vornehmen, da bei psychotherapeutischen Studien nicht systematisch Daten über etwaige Schäden erfasst werden. Gleichzeitig stellt es aber fest, dass bei Systemischer Therapie **keine Symptomverschlechterungen** festgestellt wurden. Ebenso gab es keinerlei Hinweis darauf, dass bei der Systemischen Therapie mehr Nebenwirkungen auftraten als bei den bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren (S. 86f. des Berichts). Entsprechend spielt dieser Punkt bei der derzeit ebenfalls vom G-BA durchgeführten Überprüfung der bestehenden Richtlinienverfahren bislang keine Rolle.

¹ RCT: Randomisierte kontrollierte Studie

² https://www.iqwig.de/download/N14-02_Abschlussbericht_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen_V1-0.pdf

Lesen Sie weitere Detailinformationen zum Abschlussbericht am Ende dieser Zusammenfassung auf Seite 5.

- **PatientInnen selbst wählen lassen**

Aus der Psychotherapieforschung wissen wir, dass nicht jedes Verfahren bei jeder Patientenpersönlichkeit gleich gut wirkt. Es gibt PatientInnen, die den verhaltenstherapeutischen Zugang vorziehen, andere den psychodynamischen, und andere eben den systemischen. Die Wahl des Verfahrens sollte den PatientInnen selbst überlassen werden. **Eine Wahl besteht aber nur, wenn die Kosten aller drei Ansätze von den Krankenkassen übernommen werden.** Auch in anderen Bereichen der Behandlung besteht die Wahl zwischen mehr als zwei Therapieansätzen.

- **EinE TherapeutIn behandelt mehrere PatientInnen: ST im Mehrpersonensetting**

Im Versorgungsalltag einer psychiatrischen Klinik kann man folgenden Trend beobachten: Das Kind ist stationär aufgenommen, das Geschwisterkind macht eine ambulante Einzeltherapie, ebenso die Mutter. Der Vater ist im Coaching. Durch die Einbeziehung der Bezugspersonen, v.a. der Familie, werden durch einE TherapeutIn mehrere PatientInnen behandelt. Sie lernen nicht nur individuelle Bewältigungsstrategien sondern erfahren, wie die Wechselwirkungen zwischen dem Verhalten und Erleben der Zusammenlebenden zur Heilung und Linderung genutzt werden kann. Die **Arbeit im Mehrpersonensetting ist das heraus stehendste Merkmal** Systemischer (Familien)Therapie

- **Systemische Therapie für PatientInnen mit besonders häufigen und besonders schweren Diagnosen**

Die Ergebnisse des IQWiG zeigen, dass die Evidenz Systemischer Therapie bei zwei besonderen Gruppen von PatientInnen hoch ist: Bei den **häufig vorkommender Störungen** (Angst und Depression) und bei den **schweren Störungen** (Schizophrenie).

- **Studien zum Kosten – Nutzen Vergleich: ST ist höchst effizient**

Der G-BA muss nun auch die Studien zur Kosten-Nutzen-Abwägung und somit Fragen zu **Wirtschaftlichkeit und Gesundheitsökonomie** berücksichtigen.

In mehreren Studien, z.B. Leff et al. (2000), Knekt et al. (2016), Crane & Christenson (2012), Christenson et al. (2014), Crane et al. (2012), Morgan et al. (2013), Schade et al. (2011) wurde der besondere gesundheitsökonomische Nutzen Systemischer Therapie festgestellt.

- **Europäischer Vergleich**

Alle Länder in Europa, in denen Psychotherapie ganz oder teilweise von den solidarfinanzierten Versicherungssystemen zur Verfügung gestellt wird, finanzieren Systemische Therapie in gleichem Maße wie die hiesigen Richtlinienverfahren – **bis auf Deutschland** (Borcsa, 2016). Auch in Deutschland muss PatientInnen dieses erwiesenermaßen wirksame Verfahren zur Verfügung gestellt werden.

Weitere Informationen zum Abschlussbericht:

▪ **Besonderheiten bei der Nutzenbewertung von Psychotherapieverfahren**

Die Einteilung in Anhaltspunkte, Hinweise und Belege hängt unmittelbar mit dem möglichen **Verzerrungspotential von Studien** zusammen. Hier führen die **fehlende Möglichkeit der Verblindung** (TherapeutIn und PatientIn wissen, welches Verfahren angewandt wird) sowie die typischerweise fehlenden Angaben zu unerwünschten Ereignissen zu einer Erhöhung des Verzerrungspotentials, was eine **Einteilung in Hinweise oder gar Belege sehr schwer macht** (S. 87 des IQWiG-Berichts). Es gilt zu beachten, dass dies kein spezifisches Problem der Systemischen Therapie ist, sondern für alle Psychotherapieverfahren und viele andere behaviorale wie medizinische Interventionen (etwa chirurgische Eingriffe) gleichermaßen gilt.

Auf S. 523 schreibt das IQWiG dazu: „Das Institut teilt die Einschätzung der Stellungnehmenden, dass eine Verblindung der Therapeuten wie auch der Patienten im Bereich von Psychotherapiestudien regelhaft nicht möglich ist. Jedoch kann eine fehlende Verblindung das Verzerrungspotenzial beeinflussen, ungeachtet dessen, ob es möglich ist, eine Studie verblindet durchzuführen. Der Aspekt der Verblindung muss also berücksichtigt werden.“

Die Tatsache, dass somit ein niedrigeres Verzerrungspotential wegen der fehlenden Verblindung an sich gar nicht möglich ist, sollte also Berücksichtigung bei der Einordnung der vorhandenen Evidenz für Systemische Therapie finden. Dieses allgemeine Spezifikum von Psychotherapie kann nicht der Systemischen Therapie angelastet werden.

▪ **Detailinformationen zum Abschlussbericht**

Das IQWiG berichtet im Bereich der Angst- und Zwangsstörungen von einer Studie (Knekt 2004, 2008, 2011), bei der eine psychodynamische Langzeittherapie besser abgeschnitten hat als Systemische Therapie. Es lohnt sich hier, die Studien unter dem Gesichtspunkt der **realen Versorgungssituation** genauer zu betrachten:

- Die Therapiedosis der verglichenen Verfahren könnte unterschiedlicher kaum sein: Während der Studienarm der Systemischen Therapie maximal **12 (!) Sitzungen** im Abstand von zwei bis drei Wochen mit einer maximalen Therapielänge von acht Monaten beinhaltete, standen der psychodynamischen Langzeittherapie **232 Sitzungen** in der Frequenz von 2-3 Sitzungen pro Woche zur Verfügung, die Therapiedauer betrug zweieinhalb bis drei Jahre.
- Betrachtet man dazu die Angaben zur Vollremission Angst beim Auswertungszeitpunkt nach drei Jahren, die zur Beurteilung des geringeren Nutzens Systemischer Therapie geführt haben, fällt auf, dass 12 Sitzungen Systemische Therapie bereits zu einer **Vollremission der Angst bei 60 % der PatientInnen** geführt haben! Das bedeutet aber ein weniger gutes Ergebnis als die PatientInnen aus der psychodynamischen Langzeittherapie nach 232 Sitzungen, von denen beim Auswertungszeitpunkt nach drei Jahren 90% vollremittiert waren. Vergleicht man diese Werte mit aktuellen Werten aus Deutschland zur Remission bei sozialer Phobie (Leichsenring et al., 2013), die für kognitive Verhaltenstherapie **36%**, für psychodynamische Therapie **26%** und für WartelistepatientInnen 9% feststellen, **können sich die 60% Vollremissionsrate für Systemische Therapie mehr als sehen lassen!**
- Zum weiteren Vergleich dazu: Im Störungsbereich der **generalisierten Angststörung** liegen die Symptomreduktionsraten in verhaltenstherapeutischen Behandlungen sowie bei der Behandlung mit Antidepressiva (etwa SSRIs oder SNRIs) bei **bis zu 50%** (Stein & Sareen, 2015), bei **Angststörungen** generell liegen sie bei verhaltenstherapeutischen Behandlungen bei **bis zu 30%** (Craske et al., 2017).

Für den Bereich der **depressiven Störungen** wurde eine Studie ausgeschlossen (Leff et al. (2000)), weil der verwendete Wirkstoff Desipramin, ein trizyklisches Antidepressivum, mit dem Systemische Therapie verglichen wurde, seit 2011 in Deutschland nicht mehr zugelassen ist (S. 533 des Berichts).

Zum Zeitpunkt der Studie war Desipramin aber ein gängiges Arzneimittel zur Behandlung von Depressionen, sowohl im Studienland Großbritannien als auch in Deutschland. Es ist in Deutschland weiterhin verkehrsfähig, darf z.B. über die USA und Kanada importiert und verwendet werden und steht **als Empfehlung(!) in der aktuellen Fassung (2015) der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression.**

In den aktuellen Festbetragslinien des GKV-SV ist Desipramin-hydrochlorid in der Gruppe 1, Stufe 3 für Antidepressiva eingestuft. Dies bedeutet, dass die Selbstverwaltung Desipramin bei der letzten Festsetzung dieser Festbetragsgruppe zum 01.09.2010 als Arzneimittel eingestuft hat, das gemäß § 35 SGB V **therapeutisch vergleichbar** mit den weiteren Arzneimitteln in dieser Gruppe ist. Diese therapeutisch vergleichbaren Arzneimittel sind (zum größten Teil) weiterhin in Deutschland zugelassen, so dass ein **Einschluss der Studie** angezeigt ist und die belegte Evidenz zur Bewertung der Systemischen Therapie nicht unter den Tisch fallen darf.

▪ Literatur

- Borcsa, M. (2016). Systemische (Familien-)Therapie und staatliche Gesundheitssysteme in Europa - Ein Überblick. *Familiendynamik*, 41(1), 24-33.
- Crane R., Morton 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 R., Christenson D. (2013). A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. *Contemp Fam Ther* 34(2), 204-216.
- Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., & Wittchen, H.-U. (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17024. doi:10.1038/nrdp.2017.24
- Christenson JD, Crane DR, Bell KM, Beer AR, Hillin HH. (2014). Family intervention and health care costs for Kansas Medicaid patients with schizophrenia. *J Marital Fam Ther* 40(3), 272-286.
- Knekt, P., Lindfors, O. A. (2004). Randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: Kela (Studies in Social Security and Health; Band 77).
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A. et al. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 38(5), 689-703.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Renlund, C., Haaramo, P., Härkänen, T. et al. (2011). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *J Affect Disord* 132(1-2), 37-47.
- Knekt, P. B., Lindfors, O., Heinonen, E., & Maljanen, T. (2016). The effectiveness of three psychotherapies of different type and length in the treatment of patients suffering from anxiety disorder. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research 47th International Annual Meeting, Jerusalem, Israel.
- Leff, J., Vearnals, S., Wolff, G., Alexander, B., Chisholm, D., Everitt, B., . . . Dayson, D. (2000). The London Depression Intervention Trial. *British Journal of Psychiatry*, 177(2), 95-100.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., . . . Leibing, E. (2013). Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: A multicenter randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 759-767. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12081125
- Morgan B., Crane R., Moore M., Eggett L. (2013). The cost of treating substance use disorders: individual versus family therapy. *J Fam Ther* 35(1), 2-23.
- 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.
- Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059-2068. doi:10.1056/NEJMcp150251