

Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13 bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie, Verhaltenstherapie

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
10.11.2009**

Inhaltsverzeichnis

1.	Welche Techniken und Methoden sehen Sie als Bestandteil des in der Richtlinie definierten Verfahrens?.....	4
	Tabelle 1: Übersicht über in der Verhaltenstherapie verwendete Techniken	9
	Tabelle 2: Beispiele verhaltenstherapeutischer Methoden	11
2.	Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis des Verfahrens in den Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 22	14
2. 1.	Anwendungen gemäß § 22 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie.....	14
2. 1. 1.	Affektive Störungen; depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie	14
2. 1. 2.	Angststörungen und Zwangsstörungen.....	15
2. 1. 3.	Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen).....	15
2. 1. 4.	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	16
2. 1. 5.	Essstörungen	17
2. 1. 6.	Nichtorganische Schlafstörungen.....	17
2. 1. 7.	Sexuelle Funktionsstörungen	17
2. 1. 8.	Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen	18
2. 1. 9.	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	19
2. 2.	Anwendungsbereiche gemäß § 22 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie	19
2. 2. 1.	Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung und Abstinenz	19
2. 2. 2.	Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen	20
2. 2. 3.	Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe	20
2. 2. 4.	Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.....	21
2. 3.	Indikationsübergreifende Studien zum Nutzen der VT	22
3.	Gibt es Hinweise auf Risiken durch Anwendung des Verfahrens in den Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 22?	24
4.	Ist eine spezifische Überlegenheit des Verfahrens bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder im Vergleich zu anderen Alternativen nachweisbar?	27
5.	Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?	34
5. 1.	Anwendungen gemäß § 22 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie.....	34
5. 1. 1.	Affektive Störungen.....	34
5. 1. 2.	Angststörungen und Zwangsstörungen.....	34
5. 1. 3.	Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen).....	34
5. 1. 4.	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	35
5. 1. 5.	Essstörungen	35
5. 1. 6.	Nichtorganische Schlafstörungen.....	36
5. 1. 7.	Sexuelle Funktionsstörungen	36
5. 1. 8.	Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen	36
5. 1. 9.	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	36
5. 2.	Anwendungsbereiche gemäß § 22 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie	37
5. 2. 1.	Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung und Abstinenz	37

5. 2. 2.	Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen	37
5. 2. 3.	Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe	37
5. 2. 4.	Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.....	37
6.	Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit des Verfahrens im Versorgungskontext unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, des Verlaufes und der Behandelbarkeit der Erkrankungen nach den Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie (§ 22)?	39
a)	Relevanz der medizinischen Problematik.....	39
b)	Spontanverlauf der Erkrankung	39
c)	Diagnostische und therapeutischen Alternativen.....	41
7.	Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit des Verfahrens im Vergleich zu den anderen in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren?	42
a)	Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten	42
b)	Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten	42
c)	Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten	43
d)	Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden.....	43
8.	Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?	44
9.	Fragen zu möglichen Interessenkonflikten	44
10.	Gegenstand des Bewertungsverfahrens.....	44
	Literatur	48

Fragen zu dem Verfahren

1. Welche Techniken und Methoden sehen Sie als Bestandteil des in der Richtlinie definierten Verfahrens?

Nach § 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V mit dem Verweis auf Satz 1 Nr. 1 SGB V ist der Gegenstand des Bewertungsverfahrens die Behandlungsmethode, wie sie sich nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse darstellt. Im Rahmen des Bewertungsverfahrens sind entsprechend Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlungsmethode nach dem jeweiligen aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu überprüfen. Für die Verhaltenstherapie (VT) als Behandlungsmethode im Sinne von § 135 SGB V bedeutet dies, dass das Psychotherapieverfahren so zu prüfen ist, wie es sich nach dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse darstellt. Hierbei sind alle Psychotherapiemethoden und Psychotherapientechniken zu berücksichtigen, die nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse diesem Psychotherapieverfahren zuzuordnen sind bzw. im Rahmen des Psychotherapieverfahrens zur Anwendung kommen. Für eine ausführliche rechtliche Begründung sei an dieser Stelle auf den Abschnitt 10 „Gegenstand des Bewertungsverfahrens“ verwiesen.

Die aktuellste gutachterliche Feststellung der Definition der in der Psychotherapie-Richtlinie als Verhaltenstherapie bezeichneten Verfahren, welche auch gemäß § 17 Abs. 1 Satz 1 für das aktuelle Bewertungsverfahren als maßgeblich zu betrachten ist, besteht in der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) zur Verhaltenstherapie bei Erwachsenen vom 29.12.2003. Hierzu ist anzumerken, dass in diesem Therapieverfahren Entwicklungen stattgefunden haben, denen in der Stellungnahme des WBP noch nicht Rechnung getragen werden konnte. Diese neueren Entwicklungen werden in die folgenden Ausführungen mit einbezogen:

Die Verhaltenstherapie als Krankenbehandlung umfasst Therapieverfahren, die vorwiegend auf der Basis der Lernpsychologie, der Sozialpsychologie, der klinisch-psychologischen Psychopathologieforschung und der Neurowissenschaften entwickelt worden sind. Unter den Begriff „Verhalten“ fallen dabei beobachtbare Verhaltensweisen sowie kognitive, emotionale, motivationale und physiologische Vorgänge.

Bei der Verhaltenstherapie handelt es sich nicht um ein homogenes Verfahren, sondern um eine *Gruppe von Interventionsmethoden*, die jeweils auf spezifische Modifikationsziele gerichtet sind. Dabei wird stets die *Hilfe zur Selbsthilfe* für den Patienten betont.

Verhaltenstherapie im Sinne dieser Richtlinie erfordert die Analyse der ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen des Krankheitsgeschehens (Verhaltensanalyse). Dabei wird entsprechendes (Problem-)Verhalten detailliert bezüglich vorangehender und nachfolgender innerer und äußerer Reizbedingungen analysiert. Auch die Identifizierung von (langfristig) aufrechterhaltenden Bedingungen des Problemverhaltens ist von Bedeutung. Hieraus werden ein entsprechendes Störungsmodell und eine zugeordnete Behandlungsstrategie entwickelt, aus der heraus die Anwendung spezifischer Interventionen zur Erreichung definierter Therapieziele erfolgt. In der Verhaltenstherapie wird Wert auf ein systematisiertes Vorgehen gelegt. Grundlage der Verhaltensanalyse und Therapieplanung im Einzelfall sind heute in der Regel prototypische Bedingungsmodelle und sich darauf stützende Behandlungsmanuale, die inzwischen für eine Vielzahl von Störungen entwickelt und überprüft wurden und deren Übertragbarkeit auf den Einzelfall jeweils zu überprüfen ist.

Eine Grundorientierung der Verhaltenstherapie ist das Bemühen um Evidenzbasierung. Bezüglich zugrundeliegender Annahmen oder Modelle orientiert sich die VT an den empirischen psychologischen Grundlagenfächern (Lern-, Motivations-, Sozial- und Emotionspsychologie), sowie der klinisch-psychologischen Pathologieforschung und der Neurowissenschaften. Weiterhin charakteristisch ist das Bemühen um empirische Absicherung der Wirksamkeit der Interventionen. Seit vielen Jahren gibt es in der Verhaltenstherapie die Tendenz, spezifische verhaltenstherapeutische Interventionsmethoden auf psychische Störungsbilder abzustimmen und hierfür (i. d. R. manualisierte) Behandlungsprogramme zu entwickeln. Die kontinuierliche Optimierung und Verbesserung solcher Behandlungsprogramme durch empirische Prüfung ist ein wesentliches Charakteristikum der modernen VT.

Im Folgenden soll eine Übersicht von konkreten psychotherapeutischen Vorgehensweisen bzw. Techniken gegeben werden, die in der VT angewendet werden und somit eine Veranschaulichung des Verfahrens „Verhaltenstherapie“ erlauben.

Gemäß der Definition der **psychotherapeutischen Technik** in § 7 der Psychotherapie-Richtlinie handelt es sich hierbei um

„eine konkrete Vorgehensweise, mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von Verfahren und Methoden erreicht werden sollen.“

Eine Psychotherapietechnik ist in diesem Sinne als theorieneutral zu betrachten. Zwar gibt es in der VT eine Vielzahl von psychotherapeutischen Techniken, die auch ideengeschichtlich der Verhaltenstherapie zuzuordnen sind. Darüber hinaus können jedoch auch in verhaltenstherapeutischen Therapiemethoden Techniken eingesetzt werden, die ideengeschichtlich anderen Psychotherapieverfahren oder anderen klinisch-wissenschaftlichen Entwicklungen entstammen. Beispielsweise sind Entspannungsverfahren, Rollenspiele oder Achtsamkeitsübungen nicht primär auf dem ideengeschichtlichen Hintergrund der Verhaltenstherapie entstanden, wurden aber in diverse Therapieprogramme auf verhaltenstherapeutischem Hintergrund integriert und in diesem Rahmen angewendet. Bedeutsam für die Zuordnung zu einer Therapierichtung ist die jeweilige Einbettung der Anwendung psychotherapeutischer Techniken in den theoretischen Rahmen des Psychotherapieverfahrens und der ihm zugeordneten Psychotherapiemethoden.

Tabelle 1 zeigt eine Aufzählung von Techniken, die in der VT angewendet werden. Die im Rahmen verhaltenstherapeutischer Behandlungsmethoden angewandten Techniken sollen an dieser Stelle nur kurz benannt und deren theoretischer Hintergrund grob skizziert werden. Für weiterführende Definitionen und Informationen zu den Verfahren verweisen wir auf die einschlägigen Lehrbücher, auf die auch in dieser Zusammenfassung Bezug genommen wird (Margraf & Schneider, 2009; Linden & Hautzinger, 2008; Baumann & Perrez, 2004; s. a. Kröner-Herwig, 2004).

Die Ursprünge der verhaltenstherapeutischen Techniken liegen in der **Anwendung klassischer lerntheoretischer Annahmen**, des respondenten und operanten Konditionierens. Typische Techniken, die hieraus resultieren, sind die systematische Desensibilisierung, das Kontingenzmanagement, der Aufbau positiver Aktivitäten oder die Konfrontationsverfahren (siehe Tabelle 1, 1.). Mit der Weiterentwicklung der VT

wurden vor allem die Konfrontationsverfahren immer weiter ausdifferenziert und an die aktuellen Störungsmodelle angepasst (Tabelle 1, 2.). Einige Jahre nach der Erforschung der grundlegenden Lernprozesse gewannen – basierend auf sozialpsychologischen Erkenntnissen zum Modelllernen – zunehmend auch soziale Techniken, wie Rollenspiele oder Selbstsicherheitstrainings, an Bedeutung in der Verhaltenstherapie. Hierzu ist anzumerken, dass VT nicht nur in Einzel- oder Gruppengesprächen durchgeführt werden kann, sondern dass oft auch die Miteinbeziehung des Lebenspartners des Patienten oder anderer Angehöriger hilfreich ist.

Mit der zunehmenden Orientierung der empirischen Psychologie an kognitiven Prozessen fanden auch solche Techniken seit den 1960er Jahren zunehmend Eingang in die Verhaltenstherapie, die gedankliche Verarbeitungsprozesse in den Fokus der Behandlung stellten. Typische **kognitive Techniken**, wie kognitive Umstrukturierung oder Selbstinstruktionen, sind bis heute Bestandteil vieler verhaltenstherapeutischer Behandlungsprogramme (Tabelle 1, 2.).

Entspannungsverfahren sind nicht im Kontext der Verhaltenstherapie entwickelt worden, wurden aber sehr häufig im Rahmen solcher Behandlungsprogramme eingesetzt bzw. mit anderen verhaltenstherapeutischen Interventionen kombiniert (z. B. bei der Technik der systematischen Desensibilisierung oder der angewandten Entspannung). In ähnlicher Weise werden in der verhaltenstherapeutischen Technik das **Biofeedback** physiologischer Parameter (periphere Hauttemperatur, EMG-Feedback, Herzfrequenz) als Rückmeldung für den Patienten in die Behandlung mit einbezogen (Tabelle 1, 4.).

Vor allem beeinflusst durch die Forschung mit schizophren erkrankten Patienten, wurden **psychoedukative Techniken** in die verhaltenstherapeutische Behandlung mit aufgenommen, bei denen dem Patienten Wissen vermittelt wird, das ihm ermöglichen soll, mit seinem Problem langfristig besser umgehen zu können. Der überwiegende Teil aller modernen verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramme umfasst neben den beschriebenen Techniken solche psychoedukativen Elemente. In der Tabelle 1, 5. sind neben Psychoedukation weitere Techniken aufgelistet, die traditionell vorwiegend aus verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogrammen für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis entstammen.

Voraussetzung dafür, dass der Patient von den skizzierten Verfahren profitieren kann, ist der Aufbau einer vertrauensvollen **Patient-Therapeut-Beziehung**. Hierzu gab es in der Verhaltenstherapie zunächst aufgrund mangelnder theoretischer Konzepte keine eigenständigen „Techniken“, sondern es wurden entsprechende Methoden aus anderen Therapierichtungen, vor allem der klientenzentrierten Therapie nach Rogers, übernommen. Dabei wird in verhaltenstherapeutischen Behandlungen immer wieder eine akzeptierende, empathische Grundhaltung gegenüber dem Patienten betont. Der Therapeut ist angehalten, möglichst echt und authentisch in die Kommunikation mit dem Patienten zu gehen und seine Expertise auf einer kooperativen Basis zum Ausdruck zu bringen. Besonders kennzeichnend für die Beziehungsgestaltung in der VT (vor allem in Abgrenzung zu anderen Psychotherapieverfahren) ist der Begriff der **Transparenz des Vorgehens**, nach dem der Patient jederzeit hinterfragen kann, was im therapeutischen Prozess geschieht.

In den letzten Jahren wurden im Rahmen der „Third Wave of Behavioral Therapies“ verhaltenstherapeutische Techniken um die explizitere Thematisierung der Beziehungsebene und aufmerksamkeits-/achtsamkeitsorientierte Techniken erweitert. So wird beispielsweise in der schemafokussierten Therapie nach Young (die eine Weiterentwicklung der kognitiven Therapie der Persönlichkeitsstörungen nach Beck und somit ein in der Tradition von kognitiver Verhaltenstherapie stehendes Verfahren darstellt) explizit die **therapeutische Beziehung als Mittel zur Therapie** der maladaptiven Schemata des Patienten benannt. Hierfür werden im Vergleich zu traditionellen verhaltenstherapeutischen Methoden explizite Verhaltensregeln für den Therapeuten auf der Beziehungsebene benannt, die eine Variation des Therapeutenverhaltens auch im Sinne einer komplementären Beziehungsgestaltung ermöglichen. In ähnlicher Weise existieren bei dem „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ (CBASP – McCullough, 2003) theoretische Annahmen auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis, die eine Integration von interpersonellen Behandlungsstrategien im Rahmen der Behandlung depressiver Patienten ermöglichen. Dies wird durch weitere, spezifizierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken ergänzt. Ähnliches gilt für die dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan (DBT). In dieser Therapieform wird zudem ein Schwerpunkt auf **achtsamkeitsbasierte Übungen und Techniken** gelegt, bei denen im Vergleich zu früheren verhaltenstherapeutischen Techniken eine andere „achtsame“ Grundhaltung zu Problemen betont wird.

Diese Grundhaltung ist angelehnt an buddhistisch geprägte Weltanschauungen bzw. Meditationstechniken. Ähnliches gilt für die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) nach Hayes (1999) oder die Therapie der „Mindfulness Based Stress Reduction“ (MBSR) nach Kabat-Zinn (Segal et al. 2002), die ebenfalls den modernen Verfahren verhaltenstherapeutischer Prägung zugeordnet werden.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über Techniken, die in der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) angewendet werden¹:

Tabelle 1: Übersicht über in der Verhaltenstherapie verwendete Techniken

1. Verhaltensorientierte Techniken und Techniken auf Grundlage der sozialen Lerntheorie

- Verhaltensanalyse (z. B. nach SORCK- oder BASIC-ID-Schema, Problemanalyse nach Bartling, Ziel- und Plananalyse)
- Kontingenzmanagement (z. B. Management positiver Verstärkung, Selbstverstärkung, Token-Systeme, Stimuluskontrolle, Veränderungen in der äußeren Umgebung/Abbau von Belastungsfaktoren, Selbstbestrafungstechniken, Bestrafungs- und Aversionsverfahren)
- Habit-Reversal-Training
- Rückfallprävention und Rückfallmanagement
- Modelldarbietung
- Löschung
- Aktivierung, Aufbau positiver Aktivitäten
- Tagesstrukturierung, Tagespläne
- Rollenspiele
- Training sozialer Kompetenz
- Training sozialer Skills
- interpersonelles Problemlösen
- Kommunikationstraining

¹ Anmerkung: die Zuordnung von verhaltenstherapeutischen Techniken zu den Überschriften folgt heuristischen Erwägungen und erhebt keinen Allgemeingültigkeitsanspruch.

2. Konfrontations-/Expositionstechniken:

- massierte Reizkonfrontation in vivo/in sensu
- graduierte Reizkonfrontation in vivo/Reaktionsmanagement
- graduierte Reizkonfrontation in sensu
- systematische Desensibilisierung
- Konfrontation mit körperlichen Reizen (z. B. Hyperventilationstest, „Reaktionskonfrontation“)
- Reduzierung von Schonverhalten (z. B. bei Patienten mit somatoformen Störungen)
- Reaktionsverhinderung (z. B. bei Patienten mit Zwangsstörungen)
- sonstige Konfrontationstechniken im Rahmen spezifizierter Behandlungsprogramme (z. B. Körperbildexposition, Sorgenexposition, „Shame-Attacking“, Konfrontation mit Rückfallrisikosituationen)

3. Kognitive Techniken und Selbstkontrolltechniken

- Selbstbeobachtung (z. B. Essprotokolle, Erkennen eigener Risikosituationen)
- Gedankenprotokolle
- kognitive Umstrukturierung (Realitätstestung, Reattribution, Entkatastrophisierung, Reframing usw.)
- Gedankenstopp
- Reframing
- kognitive Probe
- Selbstinstruktionstraining
- Stressimpfungstraining
- Selbstmanagementtherapie
- imaginative Techniken
- Symptomverschreibung
- Selbstverbalisationstraining
- verdeckte Sensitivierung
- Problemlösetraining
- Coping-Techniken
- Sonstige Methoden der Selbstkontrolle und Selbstregulation

4. Entspannungs- und körperbezogene Techniken

- progressive Muskelrelaxation (nach Jacobson)

- angewandte Anspannung
- autogenes Training
- Atemtraining
- Entspannung-Biofeedback
- Biofeedback
- Neurofeedback
- sonstige Entspannungsverfahren

5. Psychoedukative und sonstige Techniken

- Psychoedukation (z. B. Teufelskreis der Angst, Entstehung und Aufrechterhaltung von Psychosen)
- kognitives Differenzierungstraining
- Training der sozialen Wahrnehmung

6. Achtsamkeits- und emotionsregulationsorientierte Techniken, euthyme Verfahren

- Achtsamkeitsübungen
- akzeptanzbasierte Übungen
- Üben von Fertigkeiten zu Stresstoleranz
- Emotionsregulationstraining
- euthyme Verfahren (z. B. Genusstraining)
- Ressourcenaktivierung

Tabelle 2 zeigt eine Aufstellung verhaltenstherapeutischer Behandlungsmanuale, in denen die in Tabelle 1 aufgeführten Techniken kombiniert werden.

Tabelle 2: Beispiele verhaltenstherapeutischer Methoden

- Selbstmanagementtherapie (Kanfer et al., 2006)
- angewandte Entspannung (Öst, 1987)
- Training sozialer Kompetenz (Hisch & Pfingsten, 2007)
- Problemlösetraining (D`Zurilla & Nezu, 1999)
- Rational-emotive Therapie (Ellis, 1993)
- Strategische Kurzzeittherapie, Strategisch-Behaviorale Therapie (Sulz, 1994, 2008)
- Kognitive Therapie (z. B. Beck, 1979)

- Metakognitive Therapie (z. B. Wells, 2008)
- Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT – Hayes et al., 1999)
- “Mindfulness Based Stress Reduction“ (MBSR – Kabat-Zinn et al., 2002)
- CBASP (Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, McCullough, 2003)
- Schemafokussierte Therapie (Young et al., 2003)
- Dialektisch-behaviorale Therapie (Linehan, 1996)
- STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving; Blum et al., 2008a)

Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl spezialisierter kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsprogramme für die unter 2. beschriebenen psychischen Störungen, die im Laufe jahrelanger empirischer Prüfung weiter ausdifferenziert und optimiert wurden. So gibt es für jedes Störungsbild mehrere Therapiemethoden mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen, die auf der Basis einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Grundlage entwickelt wurden. Beispielsweise existieren für die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung der generalisierten Angststörung u. a. Behandlungsmanuale mit Schwerpunktsetzung auf kognitiver Therapie (Öst & Breitholz, 2000), metakognitiver Therapie (Wells & King, 2006), Sorgenkonfrontation (Hoyer et al., 2009), angewandter Entspannung (Öst & Breitholz, 2000), achtsamkeitsbasierten Übungen (Roemer et al., 2008) oder der Bearbeitung von „Intoleranz von Unsicherheit“ (Ladouceur et al., 2000). Es würde diesen Rahmen sprengen, sämtliche psychotherapeutische Methoden auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis aufzuführen. Die unter 2. aufgeführten Wirknachweise beziehen sich i. d. R. auf solche spezialisierten Behandlungsprogramme auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis.

Behandlungssetting, Behandlungsfrequenz und Behandlungsdauer

Die Anwendung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Techniken und Methoden kann in unterschiedlichen psychotherapeutischen Settings (Einzeltherapie, Paar-, Familien- und Gruppentherapie, Einbeziehung von Bezugspersonen in die Einzeltherapie) erfolgen. Es existieren Behandlungsmethoden für die genannten Therapiesettings, auch die Kombination der Therapiesettings ist möglich. Die Behandlungsfrequenz liegt typischerweise bei ein bis zweimal pro Woche; bei verschiedenen Störungen hat sich eine größere Behandlungsdichte (Intensivtherapie) als erfolgreicher erwiesen. In den meisten verhaltenstherapeutischen Therapieprogrammen erfolgt zum Ende der

Behandlung eine Vergrößerung der zeitlichen Abstände zwischen den Sitzungen, wobei dies an den Einzelfall angepasst werden kann. Einige neuere Studien, vor allem aus der Behandlung von depressiven Störungen, betonen die Effizienz von „Booster-Sessions“ nach Ende der Behandlung bezüglich der Rückfallprophylaxe (z. B. Ball et al., 2006). Die Therapiedauer umfasst gemäß der Richtlinie §§ 23 B Abs. 1 Nrn. 3 und 8c im Regelfall 25 bis 80 Stunden.

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

2. Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis des Verfahrens in den Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 22

Im Folgenden werden die Einzelstudien und Metaanalysen aufgeführt, die in den spezifizierten Anwendungsbereichen für eine Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie sprechen. In mehreren Anwendungsbereichen gibt es eine solche Fülle an randomisierten, kontrollierten Therapieprüfungen (im Folgenden abgekürzt: RCT – „Randomized Controlled Trial“), dass es kaum möglich ist, alle Studien als Wirksamkeitsbeleg aufzuführen. Wie schon in der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 29.12.2003 soll an diesen Stellen keine erschöpfende Übersicht über die vorliegenden RCT-Studien in diesem Bereich gegeben werden, sondern die „Beisteuerung des Mindestmaßes an methodisch geeigneten Studien“. Bei der Darstellung der Befunde werden zunächst die Ergebnisse aus Einzelstudien vorgestellt und anschließend – sofern solche vorliegen – die Ergebnisse aus Metaanalysen.

2. 1. Anwendungen gemäß § 22 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie

2. 1. 1. Affektive Störungen; depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie

Zum Bereich der Behandlung von affektiven Störungen durch KVT liegen sehr viele Einzelstudien und Metaanalysen vor. Bei den nachstehend aufgeführten Einzelstudien handelt es sich um einige exemplarisch ausgewählte Studien.

Die Wirksamkeit von KVT gegenüber Wartegruppen oder Placebo-Bedingungen bei **unipolaren depressiven Episoden** (ICD-10 F32.x) kann als gesichert angenommen werden (z. B. Elkin et al., 1989; Evans et al., 1992; Hautzinger et al., 1996; Hollon et al., 1992; Shea et al., 1992; DeRubeis et al., 2005). Die Metaanalyse von Gloaguen et al. (1998; 78 Studien/N = 2.765) belegt die Wirksamkeit im Vergleich zu Wartekontrollbedingungen, die Metaanalyse von Ekers et al. (2008; 17 RCTs, N = 1.109) zeigt die Wirksamkeit von VT- und KVT-Behandlungsprogrammen gegenüber Kontrollbedingungen. Die Übersichtsarbeit von Vittengl et al. (2007; 28 RCTs, N = 1.880) belegt

neben den Effekten auf die Symptomatik auch die Wirksamkeit der KVT bezüglich der Wiederkehr der Symptomatik.

Bei **chronischen oder rezidivierenden depressiven Episoden** (ICD-10 F32.x, > zwei Jahre, F33.x, F34.x) gibt es ebenso Wirknachweise für KVT-basierte Behandlungsprogramme (Keller et al., 2000).

Auch in der Behandlung von **bipolar-affektiven Störungen** (ICD-10 F31.x) hat sich KVT in Ergänzung zur Pharmakotherapie als wirksame Behandlungsmethode erwiesen (Ball et al., 2006; Lam et al., 2005; Scott et al., 2001). Die Metaanalyse von Miklowitz (2008), in der 18 RCTs untersucht wurden, bestätigt dies.

2. 1. 2. Angststörungen und Zwangsstörungen

Auch im Bereich der Angststörungen liegt mittlerweile eine sehr große Anzahl von Studien vor, die die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie in diesem Bereich überprüfen. Nachfolgend sind exemplarisch einige RCT-Studien ausgewählt, welche für die Wirksamkeit von KVT gegenüber Wartelisten oder Placebo-Bedingungen bei den Störungsbildern **Agoraphobie mit Panikstörung** (ICD-10 F40.01), **Panikstörung** (ICD-10 F41.0; Barlow et al., 2000; Sharp et al., 1996), **soziale Phobie** (ICD-10 F40.1; Clark et al., 2003; Davidson et al., 2004; Heimberg et al., 1998; Stangier et al., 2003), **generalisierte Angststörung** (Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; Linden et al., 2005; Wells & King, 2006; Roemer et al., 2008) und **Zwangsstörung** (Lindsay et al., 1997; Foa et al., 2005; Greist et al., 2002) sprechen.

Metaanalysen unterstreichen die Ergebnisse der o. a. Einzelstudien für **Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung** (Mitte, 2005; 32 Studien), **soziale Phobie** (Rodebaugh et al., 2004), **generalisierte Angststörung** (Gould et al., 1997a; Hunot et al., 2007; 23 RCTs, N = 1.305) sowie **Zwangsstörungen** (Gava et al. 2007; 11 RCTs).

2. 1. 3. Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

Auch aus dem Bereich der somatoformen und dissoziativen Störungen liegen mittlerweile mehrere Studien vor, die die Wirksamkeit von KVT in RCTs nachweisen. Entsprechende Wirknachweise gibt es beispielsweise bei **hypochondrischen Stö-**

rungen (ICD-10 F45.2; z. B. Clark et al., 1998; Barsky & Ahern, 2004; Visser & Bouman, 2001), bei **körperdysmorphen Störungen** (ICD-10 F45.2; McCay et al., 1999; Rosen et al., 1995; Veale et al., 1996; Butters & Cash, 1987) oder bei **Somatisierungsstörungen** (ICD-10 F45.0, F45.1; Allen et al., 2006; Timmer et al., 2004; Kashner et al., 1995).

Die Metaanalyse von Thomson & Page (2007; 6 RCTs, N = 400) zeigt die Wirksamkeit von KVT für Hypochondrie. Die Wirksamkeit im Vergleich zu Wartelisten ist unstrittig, wohingegen einige RCTs im Vergleich zu Placebo-Bedingungen direkt nach Behandlungsende zu uneinheitlichen Ergebnissen kommen. In den 12-Monats-Katamnesen zeigen sich jedoch wieder klare Effekte zugunsten der KVT. Looper & Kirmayer (2002) kommen in ihrer Metaanalyse für den Bereich der somatoformen Störungen zu der Schlussfolgerung, dass KVT bei Hypochondrie, körperdysmorphen Störungen, Somatisierungsstörungen und undifferenzierten somatoformen Störungen als wirksam erachtet werden kann. In ähnlicher Weise fasst Kroenke (2007) zusammen, dass sich KVT-Behandlungsprogramme in elf von 13 RCTs bei Patienten mit somatoformen Störungen als wirksam erwiesen haben.

2. 1. 4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Bei der **Posttraumatischen Belastungsstörung** (ICD-10 F43.1) gibt es ebenfalls mehrere Studien, die die Wirksamkeit gegenüber Placebo-Bedingungen nachweisen (z. B. Blanchard et al., 2003; Bryant et al., 2003a; Marks et al., 1998). In ähnlicher Weise gibt es Wirknachweise für **akute Stressreaktionen** (ICD-10 F43.0; Bryant et al., 1999, 2003b, 2005).

Bisson et al. (2007a, 2007b; 9 bis 15 RCTs, N = 415 bis 861) zeigen die Wirksamkeit von KVT-Programmen zur Posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu Wartegruppenbedingungen. Hoffmann & Smits (2008) fassen in ihrer Metaanalyse die Wirksamkeit KVT im Vergleich zu Placebo-Therapiebedingungen bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (6 RCTs, N = 241) und der akuten Stressreaktion (4 RCTs; N = 143) zusammen.

2. 1. 5. Essstörungen

Viele RCTs sprechen für die Wirksamkeit von KVT bei **Bulimie** (ICD-10 F50.2; z. B. Argras et al., 2000; Freeman et al., 1988). Die Metaanalysen von Hay et al. (2004) und Thompson-Brenner (2003) belegen dies.

Im Bereich der **Anorexia nervosa** (ICD-10 F50.0, F50.1) existiert nach wie vor ein Mangel an RCTs. Die Ergebnisse der ANTOP-Studie (Wild et al., 2009), einer methodisch robusten Treatment-Evaluationsstudie, sind noch nicht veröffentlicht.

2. 1. 6. Nichtorganische Schlafstörungen

Im Bereich der **nichtorganischen Insomnie** (ICD-10 F51.0) gibt es mehrere RCTs, die für die Wirksamkeit von KVT-Behandlungsprogrammen gegenüber Placebo-Behandlungen oder Wartebedingungen sprechen (z. B. Edinger et al., 2001; Morin et al., 1999; Jacobs et al., 2004; Espie et al., 2001). Morin et al. (1994, 2006) berichten in ihrer Metaanalyse, dass die Wirksamkeit von KVT bei Insomnie als gesichert angenommen werden kann.

2. 1. 7. Sexuelle Funktionsstörungen

In ähnlicher Weise gibt es Wirknachweise für kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramme bei **nichtorganischen sexuellen Funktionsstörungen** (ICD-10 F52.x).

Für **Erektionsstörungen** (ICD-10 F52.2) gibt es beispielsweise Wirknachweise für kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden wie „Rational-emotive Therapy“ (RET – Munjack et al., 1984), systematische Desensibilisierung (Kockott et al., 1975) oder dem Therapieprogramm nach Masters & Johnson (Ansari, 1976), wobei die Autoren i. d. R. Gruppentherapien evaluieren. Melnik et al. (2009) fassen in einer Cochrane-Analyse die signifikante Wirksamkeit von Gruppentherapien (die fast ausschließlich entweder KVT-Verfahren oder Gruppentherapien mit spezifischen KVT-Elementen enthalten) bei Erektionsstörungen im Vergleich zu Kontrollbedingungen zusammen.

Darüber hinaus gibt es RCT-Wirknachweise von KVT bei **nichtorganischem Vaginismus** (ICD-10 F52.5; van Lankfeld et al., 2006).

2. 1. 8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen

Der Bereich der Persönlichkeitsstörungen ist immer noch ein Bereich, in dem vergleichsweise wenige kontrollierte Therapiestudien durchgeführt werden. Die aktuell am besten untersuchte Form der Persönlichkeitsstörung ist die **Borderline-Persönlichkeitsstörung** (ICD-10 F60.31). Hierfür liegen mittlerweile einige RCTs vor. Vier Studien belegen die Wirksamkeit der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) im Vergleich zu „Treatment as usual“ (Linehan et al., 1991, 1999; Koons et al., 2001; van den Bosch et al., 2002, 2005). Linehan et al (2002) konnten die Wirksamkeit einer DBT-Abwandlung bei substanzmittelabhängigen Patientinnen mit Borderline-Störungen gegenüber einer „Comprehensive Validation Therapy“ nachweisen, wobei beide Gruppen durch ein 12-Schritte-Abhängigkeitsbehandlungsprogramm ergänzt wurden. 2006 wiesen Linehan et al. die Wirksamkeit der DBT gegenüber einer modifizierten Routinebehandlung nach, die von qualifizierten Therapeuten durchgeführt wurden, die von Klinikleitern als Experten hierfür eingeschätzt wurden, jedoch keine spezifizierte KVT-Expertise hatten. Die Wirknachweise beziehen sich vor allem auf selbstverletzendes und parasuizidales Verhaltensweisen, die durch KVT signifikant reduziert werden können. Bei anderen Outcome-Parametern, v. a. bei der Einnahme von Suchtmitteln, ergaben in den Studien teilweise widersprüchliche Befunde.

In einer kürzlich erschienenen RCT von Farrell et al. (2009) konnte die Wirksamkeit der schemafokussierten Therapie der Borderline-Störung, einer Weiterentwicklung der kognitiven Therapie nach Beck, gegenüber einer „Treatment as usual“-Bedingung bei Patienten mit Borderline-Störung nachgewiesen werden. Blum et al. (2008b) wiesen die Wirksamkeit eines weiteren Therapieansatzes für Borderline-Störungen auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage (STEPPS) im Vergleich zu einer „Treatment as usual“-Bedingung nach.

Eine Metaanalyse von Binks et al. (2006) fasst die älteren der genannten Studien zur DBT bei Borderline-Störungen zusammen und belegt Wirknachweise für selbstverletzendes und parasuizidales Verhalten. Die Autoren verweisen jedoch auf die Problematik, dass in vielen Studien sehr unterschiedliche Outcome-Maße bzw. Behandlungsbedingungen untersucht wurden, was die Auswertbarkeit im Rahmen einer Metaanalyse erschwert. Hierbei sollte angefügt werden, dass mehrere qualitativ hoch-

wertige Studien in diesem Bereich nach 2006 publiziert wurden (s. o.), die in dieser Metaanalyse noch nicht berücksichtigt werden konnten.

2. 1. 9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Im Bereich der **hyperkinetischen Störungen im Erwachsenenalter** (ICD-10 F90.x) gibt es mittlerweile ebenfalls Studien, die für die Wirksamkeit von KVT-Verfahren sprechen. So existieren bereits zwei RCTs, die nachhaltige Wirkungen von KVT zeigen (Stevenson et al., 2002; Safren et al., 2005). Zudem gibt es Hinweise aus kontrollierten Therapiestudien, die ebenfalls für eine Wirksamkeit von KVT bei diesem Störungsbild sprechen (Philipsen et al., 2007; Hesslinger et al., 2002; Stevenson et al., 2003). Aktuell gibt es mehrere neue spezifizierte KVT-Ansätze, die metakognitive und achtsamkeitsbasierte Techniken umfassen. Diese Therapien werden aktuell evaluiert. Erste Berichte aus offenen Studien erscheinen vielversprechend (Knouse et al., 2008; Safren, 2006; Toplak et al., 2008).

2. 2. Anwendungsbereiche gemäß § 22 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie

2. 2. 1. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung und Abstinenz

Für den Bereich der **Alkoholabhängigkeit** (ICD-10 F10.2) gibt es RCTs, die die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Behandlungsprogramme bezogen auf Abstinenztage gegenüber Kontrollbedingungen nachweisen (z. B. Monti et al., 1993; Burtscheidt et al., 2002). In ähnlicher Weise gibt es Wirknachweise für KVT gegenüber Kontrollbedingungen bei **Cannabisabhängigkeit** (ICD-10 F12.2; Babor et al., 2004), **Amphetaminmissbrauch** (ICD-10 F15.1; Baker et al., 2001, 2005), **Kokainmissbrauch und -abhängigkeit** (ICD-10 F14.1, F14.2; Maude-Griffin et al., 1998; Carroll et al., 2004) und **multiplen Substanzmissbrauch** (ICD-10 F19.1; Rosenblum et al., 2005).

Die kürzlich erschienene Metaanalyse von Magill & Ray (2009) zeigt bei einer Zusammenstellung von 53 methodisch präzise durchgeführten RCTs bei Patienten mit Alkohol- und anderen Substanzabhängigkeiten die langfristige Wirksamkeit von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogrammen gegenüber Kontrollbedingun-

gen. Die Effektstärken der Behandlungsprogramme auf Abstinenzraten sind insgesamt eher klein ausgeprägt, was teilweise widersprüchliche Ergebnisse in Einzelstudien erklären kann. Dabei soll berücksichtigt werden, dass es sich bei den Kontrollbedingungen meist um andere Behandlungsformen handelte. Gegenüber Wartebedingungen konnten Magill & Ray (2009) hohe Effektstärken nachweisen.

Ähnlich zeigt sich die aktuelle Datenlage zur Wirksamkeit der KVT bei **Nikotinabhängigkeit** (ICD-10 F17.2). Auch hier gibt es RCTs, die für eine Wirksamkeit der Therapieform in diesem Bereich sprechen (Severson et al., 1998; Walsh et al., 2003). Ebbert et al. (2007) fanden in ihrer Metaanalyse 12 RCTs, bei denen für die Mehrzahl der Studien signifikante Effekte von verhaltenstherapeutischen Interventionen nachgewiesen werden konnten, woraus die Autoren folgern, dass verhaltenstherapeutische Interventionen im Vergleich zu Kontrollgruppen Abstinenzraten verringern können.

2. 2. 2. Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen

Im Bereich der **tiefgreifenden Entwicklungsstörungen** (ICD-10 F84) sind uns keine Wirksamkeitsstudien bezüglich der KVT bekannt.

2. 2. 3. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe

Der Bereich der „**Psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten**“ (ICD-10 F54) kann sich auf eine Vielzahl unterschiedlicher Erkrankungen beziehen, was zur Folge hat, dass die entsprechenden psychischen Komplikationen und auch deren Behandlung sehr heterogen ausfallen können. An dieser Stelle sollen exemplarisch Befunde aus den Bereichen Neurodermitis und Asthma berichtet werden.

Im Bereich der **Neurodermitis** konnten sowohl Ehlers et al. (1995), Melin et al. (1986) als auch Noren & Melin (1989) zeigen, dass durch verhaltenstherapeutische Behandlung u. a. der Schweregrad der Ekzeme im Vergleich zu Kontrollbedingungen signifi-

kant zurückging. Systematisierte Metaanalysen zur Wirksamkeit der Verhaltenstherapie sind uns in diesem Bereich nicht bekannt.

Darüber hinaus existieren aus diesem Bereich für **Asthma** ebenfalls Wirknachweise für verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramme (Lahdensuo et al., 1996; Put et al., 2003), die sich über die deutliche Mehrzahl der untersuchten Outcome-Variablen erstreckten. Systematisierte Metaanalysen zur Wirksamkeit der Verhaltenstherapie sind uns in diesem Bereich ebenfalls nicht bekannt.

2. 2. 4. Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen

Ähnlich wie in anderen Bereichen gibt es auch im Bereich der **schizophrenen und wahnhaften Störungen** (ICD-10 F2x.x) eine Fülle an RCTs bezüglich verhaltenstherapeutischer Interventionen.

Einige Studien belegen die Wirksamkeit von KVT-Behandlungsprogrammen bezüglich der Rückfallprophylaxe bzw. der Anzahl der stationären Wiederaufnahmen bei schizophreniformen Erkrankungen im Vergleich zu Routinebehandlungsvergleichsgruppen (Buchkremer et al., 1997; Gumley et al., 2003; Herz et al., 2000; Hogarty et al., 1997). Die genannten Studien berichten von Effekten über katamnestiche Zeiträume von ein bis drei Jahren. In ähnlicher Weise gibt es Nachweise, dass Psychoedukation (v. a. unter Einbeziehung der Angehörigen der Patienten), die typischerweise zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen für psychotische Störungen gehört, ebenfalls im Vergleich zu „Treatment as usual“ zu reduzierten Rückfallquoten führt (Pitschel-Walz et al., 1995; Hornung et al., 1995). Metaanalysen von Pekala & Merinder (2002) und Lincoln et al. (2007) unterstreichen diese Einzelbefunde. Pekala & Merinder (2002) verweisen in ihrer Übersichtsarbeit zudem auf durch Psychoedukation signifikant verbesserte Krankheitseinsicht.

Darüber hinaus gibt es Nachweise aus RCTs, die für eine Verbesserung des psychopathologischen Zustands der Patienten durch KVT sprechen (Kuipers et al., 1998; Sensky et al., 2000). Die Metaanalysen von Pilling et al (2002a) und Pfammatter (2006) zeigen ebenfalls Effekte von KVT auf die Psychopathologie der Patienten, wo-

bei es hierzu auch metaanalytische Studien gibt, die zu anderen Schlüssen kommen (Jones et al., 2004).

Weitere wesentliche Bestandteile von KVT-Behandlungsprogrammen sind soziale Kompetenz- und kognitive Trainings für schizophreniform erkrankte Patienten. Auch hierzu liegen mittlerweile Metaanalysen vor, die die Wirksamkeit dieser Behandlungselemente unterstreichen. So belegten Pfammatter et al. (2006) in einer Metaanalyse die Wirksamkeit von sozialen Skilltrainings bei schizophren erkrankten Patienten auf deren soziales Funktionsniveau (6/3 RCTs; N = 342/210), die Wirksamkeit von kognitiven Trainings bei Schizophrenen auf Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsprozesse sowie exekutive Funktionen (10 bis 13 RCTs; N = 539 bis 704). In ähnlichem Ausmaß konnten Effekte für das soziale Funktionsniveau der Patienten, Selbstbehauptung und bezüglich des psychopathologischen Zustands gezeigt werden. Auch hier ist die Interpretation der Einzelstudienbefunde nicht unumstritten (Pilling et al., 2002b).

2. 3. Indikationsübergreifende Studien zum Nutzen der VT

In der Psychotherapieforschung gibt es eine lange Tradition, in der Studien zur Untersuchung des Nutzens eines Psychotherapieverfahrens in naturalistischen Settings durchgeführt wurden. Häufig wurden und werden in diesen Studien die Ein- und Ausschlusskriterien nicht indikationsspezifisch für eng umgrenzte Anwendungsbereiche der Psychotherapie oder gar spezifische psychische Störungen definiert, sondern beziehen Patienten mit einem breiten Spektrum an psychischen Störungen als Hauptdiagnosen ein. Die Zielkriterien sind in diesen Studien entsprechend häufig nicht störungsspezifisch gewählt, sondern beziehen sich z. B. auf Aspekte, wie die allgemeine psychopathologische Symptombelastung, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, interpersonelle Probleme oder verschiedene Dimensionen der psychischen Funktionen, um Aussagen über die Behandlungseffekte bei der untersuchten Patientenstichprobe zu erlauben. Zum Teil sind in diesen Studien ergänzend auch störungsspezifische Zielparameter mit erhoben worden, um im Rahmen von Subgruppenanalysen Schlussfolgerungen über differenzielle Effekte bei Teilpopulationen zu ermöglichen. Hiermit sei exemplarisch auf eine Reihe von indikationsübergreifenden Studien hingewiesen, welche den Nutzen der KVT belegen (z. B. Gönner et al., 2006; Brockmann et al., 2002). Hierzu wäre noch im Einzelnen zu prüfen, inwieweit die Studien auch

indikationsbezogenen Aussagen zum Nutzen der Verhaltenstherapie erlauben und inwieweit darüber hinaus eine Berücksichtigung dieser Studien gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie als Studien zu gemischten psychischen Störungen erfolgen kann.

3. Gibt es Hinweise auf Risiken durch Anwendung des Verfahrens in den Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 22?

In neueren Übersichtsarbeiten werden unerwünschte Wirkungen und Fehlentwicklungen verschiedenartig differenziert. Hoffmann, Rudolf und Strauß (2008) unterscheiden:

- *Misserfolge* als die unzureichende oder ganz fehlende Erreichung der in der Therapie explizit und implizit angestrebten Ziele,
- *unerwünschte Wirkungen (Nebenwirkungen)* als das Auftreten anderer – und dabei nachteiliger – Effekte als der angestrebten Therapieziele sowie
- *Therapieschäden* als das Auftreten unerwarteter, anhaltender und für den Patienten erheblich nachteiliger Auswirkungen der Therapie.

Des Weiteren schlagen die Autoren als Systematik vor:

1. Erfolglosigkeit oder unerwünschte Wirkungen einer angemessenen Therapie

Die Indikation für die Therapietechnik ist richtig gestellt und der Therapeut wendet sie richtig an; die „eigentlich richtige“ Therapie führt jedoch zu keinem Erfolg bzw. zu Nebenwirkungen, Verschlechterungen oder neuer Symptomatik.

2. Erfolglosigkeit oder Nebenwirkungen durch unprofessionelle Ausübung der Behandlung

Die Indikation ist richtig gestellt, die Therapietechnik ist prinzipiell geeignet. Der Therapeut verstößt jedoch gegen die Regeln der Kunst und beeinträchtigt dadurch den Patienten.

3. Mangelnde Passung („Mismatching“) einer Psychotherapeutenpersönlichkeit und einer Patientenpersönlichkeit

Der Patient ist prinzipiell für eine Psychotherapie geeignet, die eingesetzte Methode ist prinzipiell indiziert, der Therapeut ist prinzipiell qualifiziert. Dennoch führt das Zusammenspiel vor allem der „inkompatiblen“ Persönlichkeiten nicht zum gewünschten Erfolg. Es kommt nicht zur Entwicklung einer für jede Form von Psychotherapie erforderlichen vertrauensvollen, effektiven Patient-Therapeut-Beziehung. Das dürfte

auch die Ursache für die vor allem in der Anfangsphase nicht seltenen Therapieabbrüche sein. Oft erfolgen diese einvernehmlich, was wahrscheinlich noch der günstigste Weg aus dem Beziehungsproblem ist.

4. *Schädigung durch unethisches Verhalten des Therapeuten*

Unabhängig von der Richtigkeit der Indikation und der Sachkenntnis des Therapeuten verstößt dieser gegen allgemeine oder spezielle ethische Prinzipien.

Prinzipiell kann bei der Anwendung von Psychotherapie davon ausgegangen werden, dass der Nutzen bei dem Verhältnis von Nutzen zu Risiken überwiegt. Unter 2. wurden Nachweise dafür beschrieben, dass das Verhältnis von Patienten, die von den Therapien profitieren (Responder), zu denen, bei denen die Therapie nicht wirkt (Non-Responder), deutlich zugunsten der Therapieresponder ausfällt.

Bezüglich der **Verschlechterung** nach Therapien fassen Lambert & Ogles (2004) in einer Übersichtsarbeit zusammen, dass bei fünf bis zehn Prozent der durch Psychotherapie behandelten Patienten eine Verschlechterung auftritt. Für die differenzierte Beantwortung der Frage zur Verschlechterung der Symptomatik nach der Psychotherapie (z. B. bei unterschiedlichen Störungsbildern) sind die oben zitierten RCT-Studien nur wenig geeignet, da bei der gängigen Forschungs- und Publikationspraxis i. d. R. auf Gruppenwerte parametrisch erhobener Variablen zurückgegriffen und somit nicht zwischen „Unwirksamkeit“/Non-Response und „Symptomverschlechterung“ für entsprechende Einzelfälle unterschieden wird. Um präzisere Zahlen zum Ausmaß der Symptomverschlechterung durch psychotherapeutische Verfahren zu erhalten, ist eine detailliertere Darstellung in den Originalstudien wünschenswert. Generell ist anzumerken, dass unerwünschte Wirkungen in RCT-Studien i. d. R. nicht dokumentiert werden, was in Zukunft dringend geändert werden sollte.

Ein Beispiel für das **Auftreten unerwünschter Wirkungen** bei einer angemessenen Therapie ist das Postulat der **Symptomverschiebungen**. Dies wurde beispielsweise durch Berichte über das Neuauftreten von der Symptomatik anderer Störungsbereiche oder partnerschaftlicher Probleme nach Beendigung von Psychotherapie diskutiert. Systematische Analysen haben jedoch stets zu dem Schluss geführt, dass die Auftretensrate solcher Probleme nicht signifikant höher war als bei Vergleichsstich-

proben aus der Allgemeinbevölkerung, weswegen es nach dem aktuellen Stand der Forschung keine empirischen Belege für dieses Postulat gibt (Jacobi, 2001; Fischer-Klepsch et al., 2009).

Darüber hinaus wird **die negative Auswirkung von Psychotherapie auf die Partnerschaft der Patienten** genannt. So wird berichtet, dass es bei über 15 bis 20 Prozent der Psychotherapiepatienten während oder nach der Therapie zu einer Trennung kam, wobei sich diese Quote jedoch nicht signifikant von der Trennungsrate in der Allgemeinbevölkerung in einem vergleichbaren Zeitraum unterscheidet (Hoffmann et al., 2008).

Darüber hinaus sind an dieser Stelle **Therapieabbrüche** zu nennen. KVT ist gemäß den Angaben in den RCT-Studien zur Wirksamkeitsprüfung mit Abbruchraten von bis zu 30 Prozent assoziiert. Auch diese variieren mit dem Störungsbild (vergleichsweise hohe Abbruchraten bei Borderline-Störungen, sehr geringe Abbruchraten bei Agoraphobie/Panikstörungen) und der Durchführungsart der Psychotherapie (z. B. Einzel- vs. Gruppentherapie). An dieser Stelle soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass RCT-Studien bezüglich der Abbruchquoten nur von begrenzter Aussagekraft sind, da die entsprechenden Studientherapien i. d. R. einen anderen zeitlichen Rahmen als die Richtlinien Therapien aufweisen sowie zusätzliche Therapieabbrüche durch das „künstliche“ Therapiesetting entstehen können.

Auf die **Erfolglosigkeit einer Therapie bzw. Patientenschädigung durch unprofessionelle Ausübung der Behandlung bzw. durch unethisches Verhalten des Therapeuten** soll an dieser Stelle nicht im Detail eingegangen werden, da diese Probleme nicht primär den Therapieverfahren, die an dieser Stelle überprüft werden, zuzuordnen sind, sondern in der routinemäßigen Anwendung auftreten können, ähnlich wie beispielsweise mangelnde Hygiene in der Anwendung medizinischer Produkte oder die Verordnung eines wirksamen Präparates über den empfohlenen Zeitraum hinaus. Übersichtsarbeiten von Hoffmann et al. (2008) oder Margraf (2009a) widmen sich diesem Thema, wobei als mögliche unerwünschte Wirkungen v. a. die Entwicklung von Abhängigkeitsbeziehungen bzw. die Schädigung der Patienten durch Übergriffe thematisiert wird.

4. Ist eine spezifische Überlegenheit des Verfahrens bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder im Vergleich zu anderen Alternativen nachweisbar?

An dieser Stelle soll die Wirksamkeit von KVT gegenüber den anderen Richtlinien-therapien (a: psychodynamische Psychotherapie, im Folgenden mit „PP“ abgekürzt; b: Psychopharmakotherapie) diskutiert werden, zumal die Überlegenheit der Therapieform gegenüber unspezifischen Therapien in Teil 2 bei vielen Störungen beschrieben wurde.

Es soll darauf hingewiesen werden, dass Studien in diesem Bereich einigen Qualitätsanforderungen genügen müssen, um zu validen Ergebnissen zu kommen.

1. Aufgrund der Heterogenität der Störungsbilder hinsichtlich Ätiologie, Psychopathogenese und Verlaufscharakteristika sollte jeweils **für die einzelnen Diagnosegruppen eine getrennte Beurteilung** erfolgen.
2. Um zu aussagekräftigen Ergebnissen bezüglich der differenziellen Wirksamkeit zu kommen, bedarf es noch mehr einer **präzisen Operationalisierung** der Therapieverfahren bei den allgemeinen Wirknachweisen. Hier ist vor allem auf die Durchführung der Therapien in charakteristischen Dosierungen (Dauer) und Settings (z. B. Einzeltherapien bei der Behandlung depressiver Störungen) hinzuweisen. Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass die Therapien gemäß dem aktuellen Stand der Literatur durchgeführt und entsprechend supervidiert werden.
3. Darüber hinaus sind hier ebenfalls – mehr als bei den Nachweisen zur Wirksamkeit – Studien mit **hinreichender Power** erforderlich.
4. Letztlich sind für jedes Störungsbild mehrere Studien aus unterschiedlichen Arbeitsgruppen erforderlich, um **Allegiance-Effekte** kontrollieren zu können.

a) Verhaltenstherapie und psychodynamische Therapie

Für die meisten Störungsbereiche gibt es nach aktuellem Stand noch immer nahezu keine methodisch adäquate RCT-Studie zur komparativen Wirksamkeit von PP gegenüber der Verhaltenstherapie, sodass eine störungsspezifische Beurteilung (auch aufgrund möglicher Allegiance-Effekte) insgesamt nicht sinnvoll erscheint.

Ausnahmen zeigen sich für die Bereiche der affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Hier können beide Psychotherapieverfahren aufgrund von Wirksamkeitsnachweisen in RCT-Studien als wirksame Behandlungen angesehen werden (siehe 2. 1. 1; 2. 1. 8.). Zugleich existieren zumindest einige wenige komparative Studien, die einen Vergleich zwischen der PP und der VT vornehmen.

Affektive Störungen

Die wenigen existierenden komparativen Studien bei Patienten mit depressiven Störungen liefern insgesamt kein eindeutiges Bild. Entsprechend kommen die Autoren in einer aktuellen Metaanalyse (zehn untersuchte Studien) zu komparativen Psychotherapiestudien bei **unipolaren Depressionen** (Cuijpers et al., 2008) zu dem Schluss, dass es zwischen den Hauptpsychotherapieverfahren keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit bei leichten und mittelgradigen depressiven Störungen gibt.

Persönlichkeitsstörungen

Für die Behandlung der **Borderline-Persönlichkeitsstörung** liegen nach unserem Kenntnisstand mittlerweile zwei RCT-Studien aus unabhängigen Arbeitsgruppen vor, die eine komparative Beurteilung der beiden Psychotherapieverfahren erlauben. Clarkin et al. (2007) fanden bezüglich der übertragungsfokussierten Therapie im Vergleich zur dialektisch-behavioralen Therapie auf mehreren Outcome-Kriterien signifikante Veränderungen (Verbesserung von Suizidalität, Ärger und Impulsivität vs. Verbesserung der Suizidalität). Giesen-Bloo et al. (2006) fanden beim Vergleich der übertragungsfokussierten Therapie mit der schemafokussierten Therapie eine signifikante Überlegenheit der schemafokussierten Therapie bezogen auf die Frequenz von Therapieabbrüchen, die Verbesserung der Symptomatik und die Lebensqualität. Aufgrund der widersprüchlichen Ergebnisse kann man aktuell nicht von der Überlegenheit einer der beiden Therapieverfahren bei Persönlichkeitsstörungen ausgehen.

Angststörungen

In diesem Anwendungsbereich gibt es lediglich eine methodisch weitgehend adäquate komparative Studie zum Vergleich der PP mit der KVT (Leichsenring et al., 2009a), wobei auch bei dieser Studie eine für die komparativen Fragestellungen zu geringe statistische Power zu konstatieren ist. Bezogen auf die primären Zielkriterien

zeigen sich in dieser Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Psychotherapieverfahren. Zurzeit läuft noch eine methodisch hochwertige komparative Studie zum Vergleich der psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie und der kognitiven Verhaltenstherapie bei Patienten mit einer sozialen Phobie (Leichsenring et al., 2009b). Für die aktuelle Befundlage ist somit festzustellen, dass es derzeit keine belastbaren Studien gibt, die auf eine Über- oder Unterlegenheit der PP gegenüber der Verhaltenstherapie bei Angststörungen hinweisen.

Essstörungen

Ferner wird zurzeit in Deutschland eine komparative, randomisiert-kontrollierte Multi-Center-Studie zum Vergleich von fokussierter psychodynamischer Psychotherapie, KVT und „Treatment as usual“ bei Anorexie durchgeführt (de Zwaan et al., 2009).

b) Kognitive Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie

Das Problem des Wirksamkeitsvergleichs zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie soll an dieser Stelle stellvertretend für die Störungsbilder **soziale Phobie** und **unipolare Depression** erörtert werden.

Bei der **sozialen Phobie** gibt es sowohl Wirknachweise für kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden (siehe 2. 1. 2) als auch für diverse Psychopharmaka, typischerweise SSRI oder SNRI. In Deutschland zugelassene Medikamente sind Escitalopram, Paroxetin und Verlafaxin, zudem Moclobemid, Clomipramin und Clonazepam (Bandelow & Linden, 2008)

Die Metaanalyse von Gould et al. (1997b) berichtet als Zusammenfassung einzelner RCTs ähnliche Effektstärken (ES) für KVT (0.72) wie für Psychopharmakotherapie (0.62). Fedoroff & Taylor (2001) berichten größere (pre-/post-)Effektstärken für Psychopharmakotherapie (1.08 bis 2.1 vs. 0.71 bis 1.08). Die Akzeptanz („Attrition“-Raten) wird für beide Therapien in beiden Metaanalysen als ähnlich berichtet.

Trotz vieler kontrollierter Studien in diesem Bereich gibt es nur relativ wenige komparative Studien, in denen die Wirksamkeit der beiden Therapieverfahren vergleichend überprüft wird. Dabei sprechen einige RCT-Studien für die Überlegenheit der Psy-

chotherapie (z. B. Clark et al., 2003), andere zeigen die Überlegenheit von Psychopharmakotherapie (Blomhoff et al., 2001), wieder andere kommen zu keinem Ergebnis (Davidson et al., 2004; Heimberg et al., 1998), sodass aktuell diesbezüglich keine abschließende Bewertung möglich erscheint.

Bei der Beurteilung dieser Ergebnisse der komparativen RCT-Untersuchungen sollte jedoch beachtet werden, dass die Operationalisierung der Therapieformen oft suboptimal ist.

In einigen komparativen Studien, die i. d. R. eine Überlegenheit der KVT zeigen, wurden Medikamente verwendet, deren Wirksamkeit bei dem Störungsbild umstritten ist, z. B. Atenolol (Turner et al., 1994) oder Buspiron (Clark & Agras, 1991).

Andererseits wird Psychotherapie in komparativen Studien mit Psychopharmaka in aller Regel als Gruppentherapie durchgeführt (Davidson et al., 2004; Heimberg et al., 1998; Clark & Agras, 1991; Prasko et al., 2006; Otto et al., 2000). Nur wenige aussagekräftige komparative Studien (z. B. Clark et al., 2003) untersuchen KVT im Vergleich zu Psychopharmaka als Einzeltherapie. Nun stellt sich die Frage, ob Gruppentherapieeffekte vergleichbar ausfallen wie die Effekte von Einzeltherapie. Obwohl frühere Metaanalysen keine Unterschiede in Effektstärken zeigen konnten (Fedoroff & Taylor, 2001; Gould et al., 1997b), gibt es in zwei neuen RCT-Studien Hinweise für die signifikante Überlegenheit der Einzeltherapie bei der sozialen Phobie (Stangier et al., 2003; Mörtberg et al., 2007). Ein Review von Foa (2006) bestätigt diese Einschätzung. Daraus folgt, dass in Gruppentherapien durchgeführte KVT bei sozialer Phobie eine suboptimale Operationalisierung sein kann, die zur Unterschätzung der tatsächlichen Wirkstärke führt. Zukünftige komparative Studien sollten deshalb im Einzelsetting durchgeführt werden.

Noch eindrücklicher werden Operationalisierungsprobleme in der – in Metaanalysen häufig zitierten – Studie von Blomhoff et al. (2001). Die Studie war ursprünglich als Versuch konzipiert worden, um zeiteffiziente Behandlungsmethoden in der Primärversorgung zu überprüfen. Dabei wurde ein Kurzzeitexpositionsprogramm untersucht, das trainierte Allgemeinmediziner über 16 Sitzungen von jeweils 15 bis 20 Minuten durchführten. Diese Therapien zeigten sich (im Gegensatz zu allen anderen

KVT-Behandlungsbedingungen bei sozialer Phobie) gegenüber einer (Pharmako-) Placebo-Behandlung nicht eindeutig überlegen. Ein Schluss auf die Durchführung einer Richtlinien-therapie durch entsprechend qualifizierte Therapeuten ist hierbei äußerst problematisch.

Die Langfristigkeit der Pharmakotherapieeffekte ist schwer zu beurteilen, da in Pharmastudien i. d. R. keine Katamnesen durchgeführt werden (Fedoroff & Taylor, 2001). In einzelnen Untersuchungen zeigten nachträglich durchgeführte Katamnesen (Haug et al., 2003; Liebowitz et al., 1999) eine signifikante Verschlechterung der Symptomatik nach Absetzen der Medikation. In ähnlicher Weise bestätigen komparative Studien, die Katamnesen beinhalten, die langfristige Überlegenheit der psychotherapeutischen Behandlungsbedingung in den Katamnesen (Clark et al., 2003; Praško et al., 2006).

Im Gegensatz dazu zeigen Studien zur KVT durchgängig stabile Befunde bzw. Verbesserungen in Katamnesen (Fedoroff & Taylor, Rodebaugh et al., 2004; Foa, 2006).

Aufgrund der relativ geringen Zahl an Studien und der bereits beschriebenen Defizite der vorliegenden Studien kann man aktuell noch keine validen Aussagen zum additiven Effekt der Kombinationsbehandlung im Vergleich zu einer Monotherapie treffen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl Psychopharmakotherapie als auch KVT bei der sozialen Phobie wirksam sind – bezüglich der Stärke der Wirksamkeit aufgrund der oben skizzierten Defizite der Datenlage können aktuell keine soliden Aussagen getroffen werden. Trotz der teilweise suboptimalen Operationalisierung von Psychotherapie zeichnet sich der Trend ab, dass diese in der langfristigen Wirkung der Psychopharmakotherapie signifikant überlegen ist.

Die Akzeptanz von Psychopharmakotherapie und Psychotherapie scheint bei Patienten mit sozialer Phobie, die an den RCT-Studien teilgenommen haben, ähnlich zu sein. Hierzu ist anzumerken, dass die Präferenz der Patienten, die in RCT-Studien „übergangen“ wird, in der Routineversorgung eine große Bedeutung hat, da die Therapiekonzepte und -erwartungen der Patienten maßgeblich zum Therapieerfolg beitragen. Selbst für den Fall der Überlegenheit einer Therapieform wäre es unsinnig,

die etwas geringer wirksame Therapie nicht zu befürworten, wenn der Patient eine Abneigung gegen die „wirksamere“ Therapie hat.

Die Wirksamkeit von KVT bei **unipolaren Depressionen** kann aufgrund von vielen RCT-Studien und Metaanalysen als gesichert angenommen werden (siehe 2. 1. 1). Bei leichten bis mittelschweren Depressionen zeigen sich die Effekte von KVT mit ähnlichen Effektstärken zur Psychopharmakotherapie mit geringfügig variierenden Ergebnissen je nach Art der Auswertung. Gloaguen et al. (1998) zeigen in einer Metaanalyse die Überlegenheit von KVT zur Antidepressiva-Behandlung bei Depressionen, wohingegen andere Autoren zu keinen signifikanten Unterschieden kommen (Cascalenda et al., 2002; Robinson et al., 1990).

Frühere Arbeiten betonen oft eine Einschränkung der Wirksamkeit von Psychotherapie bei leicht- bis mittelgradigen Depressionen (Thase et al., 1997), wobei nach aktueller Datenlage bei diesem Schweregrad vergleichbare Wirknachweise vorliegen (DeRubeis et al., 2008).

Relativ unstrittig ist jedoch, dass KVT in den Wirkungen im Vergleich zur Pharmakotherapie nachhaltiger ist (Rückfallraten in Katamnesestudien 29,5 vs. 60 Prozent; Gloaguen et al., 1998). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die neuere Übersichtsarbeit von Vittengl et al. (1997).

Nach der aktuellen Datenlage kann man davon ausgehen, dass die Kombinationstherapie einer Monopsychopharmakotherapie signifikant überlegen ist (Cuipers et al., 2009a; Pampallona et al., 2004). Beim Vergleich von Monopsychotherapie und Kombinationstherapie fällt die Datenlage nicht so eindeutig aus. So berichten Cuipers et al. (2009b), dass die Kombinationstherapie der Monopsychotherapie überlegen ist, wobei die ES bezüglich KVT „nur gering“ ausfallen. Darüber hinaus konnten in katamnestischen Erhebungen keine signifikanten Unterschiede zwischen Kombinationsbehandlungen und Psychotherapien gezeigt werden (Cuipers et al., 2009b).

Die Datenlage zur psychotherapeutischen Behandlung von chronischen unipolaren Depressionen ist noch vergleichsweise unbefriedigend. Aktuell liegt vor allem eine methodisch saubere RCT-Studie von Keller et al. (2000) vor, die die Wirksamkeit von

CBASP bei chronischen Depressionen nachweist. Nach dieser Studie ist bei diesem Störungsbild die Kombinationsbehandlung einer Monotherapie signifikant überlegen.

Bei der Betrachtung der differenziellen Effekte zeigt sich eine i. d. R. schneller einsetzende Wirkung der Psychopharmaka (Schramm & Berger, 2008).

Die Akzeptanz von Psychotherapie bei Depressionen ist deutlich höher im Vergleich zur Psychopharmakotherapie (Bedi et al., 2000; Priest et al., 1996). Darüber hinaus ist die Drop-Out-Quote in Psychopharmakotherapiebehandlungen höher als in Psychotherapien (37,1 vs. 22,2 Prozent; Cascalenda et al., 2002).

Auch an dieser Stelle sollte nochmals auf die generelle Bedeutung der Patientenpräferenzen für den Erfolg einer anschließenden Therapie hingewiesen werden. Leider gibt es nach unserem Kenntnisstand keine sauber durchgeführten empirischen Studien (bezüglich der pharmakotherapeutischen vs. kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von unipolaren Depressionen), in denen dieses Thema adäquat berücksichtigt wird. Auch hier sei darauf hingewiesen, dass es bei beiden Therapieformen einen substantziellen Anteil an Patienten gibt, die auf eine der beiden Therapien nicht respondieren bzw. nur wenig Bereitschaft zeigen, sich darauf einzulassen, woraus geschlussfolgert werden sollte, dass es unsinnig wäre, eine „geringer wirksame“ Therapie in der Versorgung prinzipiell nicht anzubieten.

5. Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?

5. 1. Anwendungen gemäß § 22 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie

5. 1. 1. Affektive Störungen

Die meisten der unter 2. aufgeführten Studien (siehe 2. 1. 1) weisen Katamnesezeiträume zwischen 12 und 24 Monaten auf. Die Befunde zeigen die Stabilität bzw. Verbesserung der durch KVT erreichten Wirksamkeit bei unipolaren Depressionen.

Auch bei bipolaren Störungen konnte eine Stabilität der Befunde bis zu 24 Monaten nachgewiesen werden, wobei in einzelnen Studien beschrieben wird, dass die erreichten Therapieerfolge mit längerer Zeitdauer bei diesem Störungsbild etwas geringer werden (Lam et al., 2005; Ball et al., 2006). Die Autoren betonen die Notwendigkeit von „Booster-Sessions“, die an dieser Stelle als höchst effektiv eingeschätzt werden.

5. 1. 2. Angststörungen und Zwangsstörungen

Die durch KVT erreichten Therapieerfolge bei Angst- und Zwangsstörungen (siehe 2. 1. 2) zeigen sich in den katamnestischen Erhebungen, die in den Einzelstudien zwischen sechs und 24 Monate nach Ende der Therapien durchgeführt wurden, als durchgehend stabil bzw. im Vergleich zum Ende der Therapie nochmals gebessert.

5. 1. 3. Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

Bei hypochondrischen Störungen zeigt sich eine Stabilität der durch KVT erreichten Erfolge in katamnestischen Erhebungen zwischen drei und 12 Monaten (siehe 2. 1. 3). Bei der körperdysmorphen Störung liegen zwei Arbeiten mit katamnestischen Erhebungen vor (Rosen et al., 1995; Butters & Cash, 1997). In beiden Studien zeigt sich eine Stabilität der Therapieerfolge nach sieben Wochen bzw. 4,5 Monaten. Darüber hinaus zeigen MCCay et al. (1999) die Stabilität einer sechsmonatigen niederfrequenten Erhaltungstherapie im Anschluss an eine KVT-Behandlung über 24 Monate nach Beendigung der Erhaltungstherapie bei diesem Störungsbild.

Bei der Somatisierungsstörung wurden die durch KVT erreichten Therapieerfolge in Katamnesen von 12 bis 15 Monaten bestätigt (Allen et al., 2006; Kashner et al., 1995).

5. 1. 4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Die durch verhaltenstherapeutische Behandlungen erreichten Erfolge bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung zeigten sich in Katamnesen von zwei bis neun Monaten stabil (Literatur siehe 2. 1. 4). Eine katamnestiche Untersuchung von Blanchard et al. (2004) zeigte die Stabilität der Therapieerfolge über zwei Jahre nach Therapieende, wobei in den Katamnesen auch nach zwei Jahren noch signifikante Unterschiede zu einer supportiven Therapie nachzuweisen waren (die sich zum Behandlungsende einer Wartegruppe signifikant überlegen gezeigt hatte).

Auch die Erfolge von KVT bei der akuten Belastungsreaktion bleiben in Katamnesen (i. d. R. sechs Monate) stabil. Bryant et al. (2003b) sowie Bryant et al. (2006) beschreiben zwei und vier Jahre nach einer KVT-Behandlung eine signifikant geringere Auftretenshäufigkeit von posttraumatischen Störungen und geringere Symptombelastung im Vergleich zu supportiven Gesprächen, was für die sehr nachhaltige Wirkung bei diesem Störungsbild spricht.

5. 1. 5. Essstörungen

Die Therapieerfolge von KVT bei Bulimie (Thompson-Brenner et al., 2003) zeigen sich in Katamnesen von 12 bis 16 Monaten relativ stabil. Dabei sollte angemerkt werden, dass die Quote von symptomfreien Patienten vergleichbar bleibt (ca. 45 vs. 43 Prozent), wobei nur drei Viertel der Patienten, die am Ende der Behandlung symptomfrei waren, zum Follow-up auch stabil symptomfrei blieben.

Die Arbeit von Agras et al. (2000) zeigt eine Überlegenheit der KVT gegenüber interpersoneller Psychotherapie (IPT) am Ende der Behandlung. Die Ergebnisse einer Einjahreskatamnese sprechen für eine weitgehende Stabilität der KVT-Erfolge, wobei die Unterschiede durch eine Besserung der Ergebnisse der IPT im Follow-up nicht mehr statistisch signifikant ausfallen.

5. 1. 6. Nichtorganische Schlafstörungen

Die unter (2. 1. 6) aufgeführten Therapieerfolge von KVT bei primärer Insomnie sind über Zeiträume zwischen sechs und 24 Monaten stabil, wobei die meisten Studien Einjahreskatamnesen berichten. Die gefundenen Effekte in den entsprechenden Katamnesen sind vergleichbar mit den Effektstärken nach Therapieende (Morin et al., 1994, 2006).

5. 1. 7. Sexuelle Funktionsstörungen

Die Ergebnisse der Metaanalyse von Melnik et al. (2009) weisen auf die Stabilität der Erfolge durch KVT-orientierte Gruppentherapien bei Erektionsstörungen in Sechsmonatskatamnesen hin. Die RCT-Studie von van Lankfeld et al. (2006) zeigt die Stabilität der Erfolge von KVT bei nichtorganischem Vaginismus in einer 12-Monatskatamnese.

5. 1. 8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen

Die Effekte der berichteten Studien zur DBT bei Borderline-Störungen blieben in Katamnesen über sechs bis 12 Monate im Wesentlichen stabil. Die Wirksamkeit der STEPPS-Therapie (Blum et al., 2008b) blieb in einer Katamnese über ein Jahr bestehen. Bezüglich der langzeitlichen Wirkung der schemafokussierten Therapie sind nach unserem Kenntnisstand noch keine katamnestischen Befunde publiziert.

5. 1. 9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Die durch KVT erreichten Therapieerfolge zu ADHS im Erwachsenenalter zeigten sich in den Studien von Stevenson et al. (2002, 2003) in 12-Monatskatamnesen stabil. Wie unter 2. 1. 9 beschrieben, werden neuere Ansätze aktuell evaluiert. Hierzu liegen noch keine katamnestischen Daten vor.

5. 2. Anwendungsbereiche gemäß § 22 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie

5. 2. 1. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung und Abstinenz

Aufgrund des häufig fluktuierenden Verlaufs dieser Störungsformen sind katamnestiche Angaben in diesem Bereich unverzichtbar. Wie unter 2. 2. 1 beschrieben, sind die Effekte eher gering ausgeprägt, unterscheiden sich jedoch signifikant von Kontrollgruppen. Die berichteten Effektstärken nehmen mit zunehmender Katamnese-dauer ab, sind jedoch auch nach 12 Monaten gegenüber Kontrollbehandlungsgruppen noch signifikant (Magill & Ray, 2009). Die in der Metaanalyse von Ebbert et al. (2007) beschriebenen Effekte beziehen sich auf Abstinenzzeiten von mindestens sechs Monaten.

5. 2. 2. Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen

Im Bereich der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (ICD-10 F84) sind uns keine Wirksamkeitsstudien bezüglich KVT bekannt.

5. 2. 3. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe

Der Wirknachweis von KVT bei Neurodermitis blieb über den Katamnesezeitraum von 12 Monaten stabil (Ehlers et al., 1995). Die Wirknachweise von KVT bei Asthma blieben in den untersuchten Katamnesezeiträumen (drei Monate/ein Jahr) ebenfalls stabil (Lahdensuo et al., 1996; Put et al., 2003).

5. 2. 4. Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen

Da in den Studien zu verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogrammen bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis häufig deren Wirksamkeit bezogen auf Rückfallprophylaxe untersucht wurde, ist auch in diesem Bereich von einer langzeitlichen Wirkung auszugehen, i. S. Katamnesezeiträume von ein bis drei Jahren (siehe

2. 2. 4). Bezüglich der langzeitlichen Wirkung von KVT auf den psychopathologischen Zustand der Patienten berichten Pilling et al. (2002a; Katamnesen von neun bis 18 Monaten) und Pfammatter (2006; Katamnesen von sechs bis 24 Monaten) ähnliche ES wie zum Behandlungsende, was für die Stabilität der Ergebnisse spricht.

Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

6. Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit des Verfahrens im Versorgungskontext unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, des Verlaufes und der Behandelbarkeit der Erkrankungen nach den Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie (§ 22)?

a) Relevanz der medizinischen Problematik

Psychische Erkrankungen sind häufige Störungsbilder. Nach dem Bundesgesundheitssurvey beträgt die 12-Monatsprävalenz für psychische Störungen in Deutschland 32,1 Prozent. Psychische Erkrankungen sind für die Betroffenen mit einem hohen Leidensdruck, geringer Lebenszufriedenheit und Beeinträchtigungen der sozialen Funktionsfähigkeit verbunden (Jacobi et al., 2004; Wittchen & Jacobi, 2001).

Darüber hinaus führen psychische Störungen zu erhöhten Kosten, beispielsweise durch eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ungefähr doppelt so hohen Anzahl an AU-Tagen oder einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Jacobi et al., 2004; Wittchen et al., 2005). Zudem besteht bei psychischen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko von Frühberentungen (Mykletun et al., 2006).

Des Weiteren besteht bei vielen psychischen Störungen eine deutlich erhöhte Sterblichkeit (durch Suizid oder nachfolgende körperliche Komplikationen). Beispielsweise für Depressionen, Schizophrenie, Anorexia nervosa oder die Borderline-Persönlichkeitsstörung werden Mortalitätsraten von bis zu 15 Prozent berichtet.

b) Spontanverlauf der Erkrankung

Der Spontanverlauf psychischer Störungen erfordert eine differenzierte Betrachtungsweise.

Viele der unter 2. aufgeführten psychischen Störungen, wie **die soziale Phobie, die generalisierte Angststörung, die Zwangsstörung und die somatoformen Stö-**

rungen oder Insomnien, sind im Verlauf chronisch mit geringen Quoten von Spontanremissionen (Wittchen, 1988, 1991; Wittchen & Fehm, 2003; Kessler et al., 2001).

Für die **Agoraphobie/Panikstörung** ist i. d. R. ein fluktuierender Verlauf charakteristisch, bei dem auch beschwerdefreie Phasen auftreten können. Allerdings sind Spontanremissionen bei der Agoraphobie/Panikstörung selten, sofern die Symptomatik ca. ein Jahr angehalten hat (Wittchen, 1988). Bei allen unbehandelten Angststörungen besteht das Risiko der Chronifizierung und der Entwicklung weiterer somatischer und/oder psychischer Erkrankungen (v. a. depressive Phasen oder Abhängigkeitsentwicklung), wenn keine adäquate Behandlung erfolgt.

Unipolare Depressionen sind i. d. R. durch einen episodenhaften Verlauf gekennzeichnet. Angaben zu Spontanremissionen (ohne späteres Rezidiv oder Chronifizierung) schwanken zwischen 18 und 42 Prozent (Hautzinger, 2009), wobei die Angaben stark von der Länge des Katamnesezeitraums abhängig sind. Darüber hinaus sollte beachtet werden, dass eine depressive Episode in bis zu 20 Prozent der unbehandelten Fälle in eine chronisch-depressive Störung übergehen kann. Auch **bipolar-affektive Störungen** sind durch episodenhafte Verläufe gekennzeichnet, wobei hier die Spontanremissionen deutlich geringer ausfallen als bei unipolaren Depressionen.

Bei **Posttraumatischen Belastungsstörungen** besteht in 40 bis 50 Prozent der Fälle das Risiko einer Chronifizierung, die unbehandelt „über Dekaden“ anhalten kann (Steil & Ehlers, 2009). Bei der **Alkoholabhängigkeit** wird in prospektiven Langzeitstudien mit Zeiträumen von bis zu 40 Jahren neben einer progredienten Verschlechterung mit assoziierter körperlicher Morbidität ein eher phasenhafter Verlauf mit gravierenden Trinkphasen und kontrolliertem Konsum bzw. kontrollierter Abstinenz beschrieben. Die Spontanremissionsquote (Jahresprävalenz) wird mit ca. 20 Prozent geschätzt (Lindenmeyer, 2003). Ähnliches gilt für **Abhängigkeiten von anderen Substanzen** (Bühringer, 2009).

Bei der **Anorexia nervosa** konnte in einer 20jährigen Katamnese studie eine Remissionsquote von 30 Prozent beobachtet werden. Bei der **Bulimie** werden langzeitliche Remissionen von bis zu 50 Prozent berichtet. Die Chronifizierungsrate beträgt hier

ca. 20 bis 32 Prozent. Bei beiden Formen von Essstörungen ist jedoch neben der Tendenz zur Chronifizierung die hohe Mortalitätsrate (ca. zehn bis 15 Prozent) zu beachten (Laessle, 2009).

Bei **schizophreniformen Erkrankungen** geht man von Remissionsraten von ca. 20 Prozent aus, bei ca. 30 bis 40 Prozent der Patienten ergibt sich im Verlauf eine zunehmende Chronifizierung der Symptomatik (Bailer, 2000).

Bezüglich der **sexuellen Funktionsstörungen** oder **Persönlichkeitsstörungen** gibt es nach unserem Kenntnisstand bezüglich des Verlaufs wenige aussagekräftige Studien.

Vor dem Hintergrund der vielfach chronischen Verläufe psychischer Erkrankungen ist für einen Teil dieser Patienten davon auszugehen, dass sich die Therapieziele der psychotherapeutischen Behandlung vor allem auf die Linderung oder Stabilisierung der chronischen Erkrankung und der Bewältigung der mit ihr assoziierten Belastungen beziehen sollten, ähnlich wie bei vielen chronischen körperlichen Erkrankungen. In solchen Fällen kann u. U. die vollständige Heilung keine realistische Behandlungsperspektive darstellen. Eine unrealistische Therapiezielsetzung könnte sich ggf. sogar negativ auf den Behandlungsverlauf auswirken.

c) Diagnostische und therapeutischen Alternativen

Bezüglich therapeutischer Alternativen ist zunächst die Routinebehandlung zu nennen. Die zahlreichen, unter 2. aufgeführten Studien belegen jedoch die Überlegenheit von KVT gegenüber der Routinebehandlung.

Darüber hinaus besteht vor allem die Möglichkeit der Behandlung durch andere Psychotherapieverfahren und Psychopharmakotherapie (siehe 4.).

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

7. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit des Verfahrens im Vergleich zu den anderen in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren?

a) Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten

Die Kosten von ambulanter Psychotherapie ergeben sich beim einzelnen Patienten aus den Stundensätzen der Richtlinienbehandlung und betragen im Falle der Verhaltenstherapie (bei einem Stundensatz von EUR 80,00) ca. EUR 2.000 bei Kurzzeitbehandlungen (25 Sitzungen) und ca. EUR 6.400 bei Langzeitbehandlungen (80 Sitzungen).

b) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten

Die Kosten-Nutzen-Abwägung ist bekanntlich eine höchst komplexe Materie, bei der sehr viele unterschiedliche Parameter adäquat berücksichtigt werden müssen. Im Einzelfall sind durch Psychotherapie Kostenersparnisse durch weniger AU-Tage, Vermeidung vorzeitiger Berentungen und/oder eine geringere Beanspruchung von Gesundheitsleistungen denkbar. So deuten beispielsweise die Daten des Bundesgesundheits surveys darauf hin, dass Menschen mit remittierten psychischen Störungen sowohl eine vergleichbare Anzahl an AU-Tagen als auch eine vergleichbare Inanspruchnahme des Gesundheitssystems aufweisen wie die „Normalbevölkerung“ (Jacobi et al., 2004). Demgegenüber entstehen zusätzliche Kosten durch eine Chronifizierung psychischer Erkrankungen, die bei unzureichender oder fehlender Behandlung wahrscheinlicher wird (Wang et al., 2007).

Auf der Nutzendimension bei einem einzelnen Patienten sind bei der Beurteilung von Psychotherapie als Heilverfahren neben der vollständigen Remission, dem Rückgang von Symptombelastungen oder der Stabilisierung und Verhinderung einer wei-

teren Verschlechterung der krankheitsbezogenen Belastungen u. a. auch die Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Reduzierung sozialer Beeinträchtigungen oder der Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe zu berücksichtigen.

c) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten

Zielke (1993, 1999) kam bei Kosten-Nutzen-Analysen zur stationären Behandlung bei psychosomatischen Erkrankungen über einen Zeitraum von fünf Jahren zu dem Ergebnis, dass den Kosten für stationäre Behandlungen ein deutliche finanzielle Einsparungen (im Verhältnis von 2,49:1) gegenüberstand. Darüber hinaus zeigen Hiller et al. (2003) oder Neumer & Margraf (2009), dass den unmittelbaren Kosten für psychotherapeutische Behandlungen (bei Angststörungen oder somatoformen Störungen) auch ein finanzielle Einsparungen gegenüberstehen. Insgesamt liegen nach unserer Kenntnis bislang keine belastbaren Studien vor, die unter Berücksichtigung der verschiedenen Kosten- und Nutzenaspekte Schätzungen zum Kosten-Nutzenverhältnis psychotherapeutischer Behandlungen in der GKV erlauben würden (z. B. als Kosten pro qualitätsadjustiertem Lebensjahr (QALY)). Für eine Übersicht zu den existierenden Studien zu Kosten-Nutzen-Analysen in der Psychotherapie verweisen wir an dieser Stelle auf Margraf (2009b).

d) Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden

Für eine umfassende Darstellung dieses Aspektes möchten wir an dieser Stelle auf Vogel & Wasem (2004) verweisen.

Ergänzung

8. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Nein.

9. Fragen zu möglichen Interessenkonflikten

Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z. B. als Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer vertritt die Interessen aller Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in Deutschland.

10. Gegenstand des Bewertungsverfahrens

Gegenstand eines Bewertungsverfahrens ist stets die Behandlungsmethode, wie sie sich nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse darstellt. Dies ergibt sich aus dem Verweis in § 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V auf Satz 1 Nr. 1 SGB V. Danach sind Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlungsmethode nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu überprüfen. Für Psychotherapieverfahren als Behandlungsmethode im Sinne von § 135 SGB V bedeutet dies, dass Psychotherapieverfahren so zu prüfen sind, wie sie sich nach dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse darstellen. Bei der Bewertung eines Psychotherapieverfahrens sind wiederum alle Psychotherapiemethoden und Psychotherapietechniken zu berücksichtigen, die nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse diesem Psychotherapieverfahren zuzuordnen sind.

Mit dem Beschluss des G-BA zur Überprüfung von „psychoanalytisch begründeten Verfahren: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie“ und „Verhaltenstherapie“ ist der jeweilige Prüfungsgegenstand hinreichend

klar eingegrenzt. Bei der Durchführung des Bewertungsverfahrens, insbesondere bei der Operationalisierung des Psychotherapieverfahrens, auf welches das Schwellenkriterium anzuwenden ist und bei der Frage, welchem Verfahren einzelne Psychotherapiemethoden und Psychotherapietechniken zuzuordnen sind, ist allein der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse maßgeblich.

Einen wichtigen Ausgangspunkt für die Feststellung des aktuellen Stands der wissenschaftlichen Erkenntnis liefert die Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Verhaltenstherapie vom 29.12.2003. Darüber hinaus sind Weiterentwicklungen der Verhaltenstherapie zu berücksichtigen, die in der Stellungnahme des WBP noch nicht reflektiert wurden. Die Feststellungen des WBP sind auch bei der Anerkennung von Psychotherapieverfahren durch den G-BA maßgeblich. Zu den zu erfüllenden Voraussetzungen für die Anerkennung von Psychotherapieverfahren heißt es in § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 der Psychotherapie-Richtlinie:

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

Diese Vorschrift spricht zwar nur von der Anerkennung „neuer“ Psychotherapieverfahren, da jedoch weder das Gesetz hinsichtlich der Kriterien noch die Verfahrensordnung hinsichtlich des Verfahrens zwischen der Bewertung neuer und bereits erbrachter Behandlungsmethoden unterscheiden, gilt diese Vorgabe auch für die Überprüfung bereits erbrachter bzw. anerkannter Verfahren. Gemäß § 17 Abs. 3 Psychotherapie-Richtlinie kann von der vorherigen Anerkennung des WBP nur in „begründeten Ausnahmefällen“ abgewichen werden. Hier ist nicht ersichtlich, was einen solchen Ausnahmefall begründen könnte.

Bewertungsgegenstände sind somit die Psychodynamische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie, wie sie sich nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft darstellen. Bei der Bewertung sind jeweils alle Psychotherapiemethoden und Psychothera-

pietechniken zu berücksichtigen, die nach dem Erkenntnis Bestandteil des jeweiligen Verfahrens sind bzw. im Rahmen des Verfahrens Anwendung finden.

Dem kann nicht entgegengehalten werden, dass vor einer Bewertung der Verhaltenstherapie zunächst die Definition der Verhaltenstherapie in der Psychotherapie-Richtlinie geändert werden müsse und die Verhaltenstherapie erst dann als Verfahren bewertet werden könne. Die Aufnahme eines Psychotherapieverfahrens in die Psychotherapie-Richtlinie ist nämlich das Ergebnis einer Prüfung als Behandlungsmethode im Sinne von § 135 SGB V. Sie setzt zwingend ein Bewertungsverfahren voraus. Konsequenterweise käme daher allenfalls in Betracht, das Verfahren zur Überprüfung bereits erbrachter Behandlungsmethoden im Sinne von § 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V ohne Ergebnis abubrechen und unmittelbar ein Verfahren zur Überprüfung einer neuen Behandlungsmethode im Sinne von § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V einzuleiten. Dieses würde jedoch identisch ablaufen. Hinsichtlich des Verfahrens und des Schwellenkriteriums gibt es nämlich keinen Unterschied zwischen der Überprüfung neuer Behandlungsmethoden im Sinne von § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V und der bereits erbrachter Behandlungsmethoden im Sinne von § 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Schon deshalb würde sich der Sinn nicht erschließen, warum ein Bewertungsverfahren abgebrochen werden soll, um anschließend das gleiche Verfahren dann doch durchzuführen.

Der Abbruch eines Bewertungsverfahrens, weil sich die Behandlungsmethode gegenüber der Definition verändert hat, die der Verankerung in der Psychotherapie-Richtlinie zugrunde lag, würde jedoch der gesetzlichen Regelung widersprechen. Denn danach ist die Bewertung anhand des jeweiligen Stands der wissenschaftlichen Erkenntnisse durchzuführen. Der Gesetzgeber hat bei den Behandlungsmethoden auf den jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse verwiesen und trägt mit seiner Regelung dem Umstand Rechnung, dass sich wissenschaftliche Erkenntnisse fortentwickeln. Die Behandlung soll stets nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse erfolgen. Daher ist vorgesehen, die Behandlungsmethoden so zu bewerten, wie sie dem aktuellen Stand entsprechen. Würde bei der Überprüfung von Behandlungsmethoden statisch die Definition zugrundegelegt werden, die zum Zeitpunkt der Verankerung in der Richtlinie zugrunde lag, so könnten neue wissenschaftliche Erkenntnisse generell nicht berücksichtigt werden. Eine Prü-

fung nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse könnte daher bei bereits erbrachten Behandlungsmethoden, die sich weiterentwickeln, nie erfolgen. Das Bewertungsverfahren würde schon bei der Definition der Verfahren scheitern, da die der Richtlinie zugrundeliegende Definition der Verfahren nicht mehr dem aktuellen Stand entspräche.

§ 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V, wonach bereits erbrachte Leistungen nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu überprüfen sind, käme keine Bedeutung zu. Da sich wissenschaftliche Erkenntnisse ändern und mit ihnen die Anwendung von Behandlungsmethoden, gäbe es die ursprünglich anerkannten Behandlungsmethoden nicht mehr so wie zum Zeitpunkt ihrer Anerkennung und sie wären bei dieser Auslegung alle „neu“ im Sinne von § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Literatur

- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, C. T. & Kraemer, H. C. (2000). A multi-center comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 459–65.
- Allen, L. A., Woolfolk, R. L., Escobar, J. I., Gara, M. A. & Hamer, R. M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*, 166, 1512-1518.
- Ansari, J. M. A. (1976). Impotence: Prognosis (a controlled study). *Br J Psychiatry*, 128, 194–98.
- Babor, T. F. (Marijuana Treatment Project Research Group, 2004). Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *J. Cons. Clin. Psychol*, 72, 455-466.
- Bailer, J. (2000). Prognose und Verlauf der schizophrenen Psychosen: Ergebnisse einer fünfjährigen prospektiven Verlaufsstudie.
- Baker, A., Bogs, T. G., Tracy, G., Lewin, T. J. & Terry, J. (2001). Randomized controlled trial of Brief Cognitive Behavioral Interventions among regular users of Amphetamines. *Addiction*, 96, 1279-1287.
- Baker, A., Lee, N. K., Claire, M., Lewin, T. J., Grant, T., Pohlman, S., Saunders, J. B., Kay-Lambkin, F., Constable, P., Jenner, L. & Carr, V. J. (2005). Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 100(3), 367-78.
- Ball, J. R., Mitchell, P. B., Corry, J. C., Skillecorn, A., Smith, M. & Malhi, G. S. (2006). A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change. *J Clin Psychiatry*, 67(2), 277-86.
- Bandelow, B. & Linden, M. (2008). Angsterkrankungen – Panikstörung, soziale und generalisierte Angststörung. In: U. Vorderholzer & F. Hohagen (Hrsg.). *Therapie psychischer Erkrankungen*, 4. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*, 283, 2529-2536.
- Barsky, A. J. & Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis. A randomized controlled trial. *JAMA*, 291, 1464-1470.
- Baumann, U. & Perrez, M. (Hrsg. 2004): *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

- Bedi, N., Chilvers, C., Churchill, R., Dewey, M., Duggan, C., Fielding, K., Gretton, V., Miller, P., Harrison, G., Lee, A. & Williams, I. (2000). Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care: partially randomised preference trial. *Br J Psychiatry*, 177, 312–318.
- Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C E. & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality Disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 25(1).
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007b). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*, (3).
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007a). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 190, 97-104.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devineni, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., Mundy, E., Malta, L. S. & Buckley, T. C. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behav Res Ther*, 41, 79–96.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Malta, L. S., Freidenberg, B. M., Canna, M. A., Kuhn, E., Sykes, M. A. & Galovski, T. E. (2004). One- and two-year prospective follow-up of cognitive behavior therapy or supportive psychotherapy. *Behav Res Ther*, 42(7), 745-759.
- Blum, N. & Black, D. W. (2008a). The STEPPS group treatment for borderline personality disorder. In: P.D. Hoffman & P. Steiner-Grossman (Hrsg.): *Borderline Personality Disorder: Meeting the Challenges to Successful Treatment*. NY: The Haworth Press, Inc, 171-186.
- Blum, N., Pfohl, B., St. John, D., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S. & Black, D. W. (2008b). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for Outpatients with Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial and 1-Year Follow-up. *Am J Psychiatry*, 165, 468-478.
- Bottlender, M., Köhler, J. & Soyka, M. (2006). *Fortschr Neurol Psychiatr*; 74(1),19-31.
- Brockmann, J., Schlüter, T., Brodbeck, D. & Eckert, J. (2002). Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien - Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, Springer-Verlag, 47, 347-355.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L. & Nixon, R. V. D. (2003b). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A four year follow-up. *Behav Res Ther*, 41, 489–494.

- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M. & Nixon, R. D. V. (2005). The additive benefit of hypnosis and cognitivebehavioral therapy in treating acute stress disorder. *J Consult Clin Psychol*, 73, 334–340.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T. & Nixon, R. D. (2003a). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*, 71, 706-712.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Nixon, R. D., Mastrodomenico, J., Felmingham, K. & Hopwood, S. (2006). Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a 3-year follow-up. *Behav Res Ther*, 44(9), 1331-5.
- Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M. & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *Am J Psychiatry*, 156, 1780–1786.
- Buchkremer, G., Klingberg, S., Holle, R., Schulze Mönking, H., & Hornung, W.P. (1997). Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers: results of a 2-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, 96(6), 483-91.
- Bühringer, G. (2009). Störungen durch den Gebrauch von illegalen Drogen und psychotropen Arzneimitteln. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Burtscheidt, W., Wolwer, W., Schwartz, R., Strauss, W. & Gaebel, W. (2002). Outpatient behaviour therapy in alcoholism: Treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatr Scand*, 106, 227-232.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P. & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol*, 59, 167-175.
- Butters, J. W. & Cash, T. F. (1987). Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. *J Consult Clin Psychol*, 55, 889–897.
- Carroll, K. M., Fenton, L. R., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L., Shi, J. & Rounsaville, B. J. (2004). Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: A random placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatr*, 61, 264-272.
- Casacalenda, N., Perry, J. C. & Looper, K. (2002). Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *Am J Psychiatry*, 159(8), 1354-60.
- Clark, D. B. & Agras, W. S. (1991). The assessment and treatment of performance anxiety in musicians. *Am J Psychiatry*, 148, 598-605.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C. & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized

- social phobia: A randomized placebocontrolled trial. *J Consult Clin Psychol*, 71, 1058–1067.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hakman, A., Wells, A., Fennell, M. et al. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis. *Br J Psychiatry*, 173, 218-225.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry* 164, 6.
- Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S. D. & Andersson, G. (2009a). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 70(9), 1219-29.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008b). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol*, 76(6), 909-922.
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Oppen, P. & Andersson, G. (2008a). Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *J Clin Psychiatry*, 69(11), 1675-85.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., Andersson, G. (2009b). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anxiety*, 26(3), 279-88.
- D`Zurilla, T. & Nezu, A. M. (1999). *Problemsolving therapy. A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- Davidson, J. R. T, Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. W., Compton, J. S., Zhao, N., Connor, K. M., Lynch, T. R. & Gadde, K. M. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 1005–1013.
- De Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Rudolf, G. A., Straus, W. & Frick, U. (1996). The effectiveness of antidepressants and cognitive behavior therapy in patients with endogenous depression: Results of analyses of variance on main and secondary outcome criteria. *Zeitschrift für Klinische Psychologie. Forschung und Praxis*; 25, 93-109.
- De Zwaan, M., Zipfel, S., Herzog, W., Herpertz-Dahlmann, B., Konrad, K., Hebebrand, J. et al. (2009). [EDNET - eating disorders diagnostic and treatment network]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 59(3-4), 110-116.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L. & Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*, 62(4), 409-16.

- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J. & Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nat Rev Neurosci*, 9(10), 788-96.
- Ebbert, J., Montori, V. M., Vickers-Douglas, K. S., Erwin, P. C., Dale, L. C. & Stead, L. F. (2007). Interventions for smokeless tobacco use cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.
- Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R. & Quillian, R. E. (2001). Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: A randomized, controlled trial. *JAMA*, 285, 1856-64.
- Ehlers, A., Stangier, U. & Giel, U. (1995). Treatment of atopic dermatitis: a comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *J Consult Clin Psychol*, 63, 624-635.
- Ekers, D., Richards, D. & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychol Med*, 38, 611-623.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F. et al. (1989). National Institute of Mental Health, Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 971-982.
- Ellis, A. (1993). *Grundlagen der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer.
- Espie, C. A., Inglis, S.J., Tessier, S. & Harvey, L. (2001). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther*, 39, 45-60.
- Evans, M. D., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J. M., Grove, W. M., Garvey, M. J. et al. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 802-808.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A. & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 40(2), 317-28.
- Fedoroff, I. C. & Taylor, S. T. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol*, 21, 311-324.
- Fischer-Klepsch, M., Münchau, N. & Hand, I. (2009). Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In: J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, 3. Aufl. Berlin: Springer.
- Foa, E. B. (2006). Social anxiety disorder treatments: psychosocial therapies. *J Clin Psychiatry*, 67 Suppl 12, 27-30.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J. & Davies, S. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 162, 151-161.

- Freeman, C. P. L., Barry, F., Dunkeld-Turnbull, J. & Henderson, A. (1988). Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. *BMJ*, 296, 521–525.
- Gava, I., Barbui, C., Aguglia, E., Carlino, D., Churchill, R., De Vanna, M. & McGuire, H. F. (2007). Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Library*.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 649-658.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord*, 49, 59–72.
- Goenner, S., Bischoff, C., Ehrhardt, M. & Limbacher, K. (2006). Effekte therapiezielorientierter kognitiv-verhaltenstherapeutischer Nachsorgemaßnahmen auf den Therapietransfer im Anschluss an eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung. *Rehabilitation*, 45(6), 369-376.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. & Yap, L. (1997b). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291–306.
- Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H. et al. (1997a). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: a preliminary meta-analysis. *Behav Ther*, 28, 285–305.
- Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., Kobak, K. A. (2002). Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. *J Clin Psychiatry*, 63, 138–145.
- Gumley, A., O'Grady, M., McNay, L., Reilly, J., Power, K. & Norrie, J. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychol Med*, 33(3), 419-31.
- Haug, T. T. et al. (2003). Exposure vs. Sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*, 182, 312-8.
- Hautzinger, M. & De Jong-Meyer, R. (2009). Depressionen. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. & Welz, S. (2004) Cognitive behavioral therapy for depressed older outpatients - A controlled, randomized trial. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, 427–435.
- Hautzinger, M., De Jong-Meyer, R., Treiber, R., Rudolf, G. A. & Thien, U. (1996). The efficacy of cognitive behavior therapy and pharmacotherapy, alone or in combination, in nonendogenous unipolar depression. *Zeitschrift für Klinische Psychologie. Forschung und Praxis*, 25, 130–145.

- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Gillmore, M. R. & Wells, E. A. (1989). Skills training for drug abusers: Generalization, maintenance, and effects of drug use. *J. Cons. Clin. Psychol*, 57, 559-563.
- Hay, P. J., Bacaltchuk, J. & Stefano, S. (2004). Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, (3).
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Heiman, J. R. & LoPiccolo, J. (1983). Clinical outcome of sex therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 443-449.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F.R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B., Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- Herz, M. I., Lamberti, J.S., Mintz, J., Scott, R., O'Dell, S.P., McCartan, L. & Nix, G. (2000). A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 57(3), 277-83.
- Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M. et al. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc*, 252, 177-184.
- Hiller, W., Fichter, M. M. & Rief, W. (2003). A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *J Psychosom Res*, 54, 369-380.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele*. 5. völlig neu bearbeitete Auflage. Weinheim: PVU.
- Hoffmann, S. G. & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebocontrolled trials. *J Clin Psychiatry*, 69(4), 621-632.
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut* 53, 4-16.
- Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., Greenwald, D., DiBarry, A. L., Cooley, S., Ulrich, R. F., Carter, M. & Flesher, S. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *Am J Psychiatry*, 154(11), 1504-13.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R.J., Evans, M. D. et al. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: singly and in combination. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 774-781.

- Hornung, W. P., Holle, R., Schulze Monking, H. & Klingberg, S. & Buchkremer, G. (1995). Psychoedukativ–psychotherapeutische Behandlung von schizophrenen Patienten und ihren Bezugspersonen. Ergebnisse einer 1–Jahres–Katamnese. *Nervenarzt*, 66, 828–34.
- Hoyer, J., Beesdo, K., Gloster, A., Höfler, M., Runge, J. & Becker, E.S. (2009). Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychothera Psychosom*, 78, 106-115.
- Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V. & Silva de Lima, M. (2009). Therapies for generalised anxiety disorder. *The Cochrane Library*, 2007.
- Ipser, J. C., Sander, C. & Stein, D. J. (2009). Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 21(1).
- Jacobi, F. (2001). Misserfolgsvorschung in der Verhaltenstherapie. In: R. Dohrenbusch & F. Kaspers (Hrsg.). *Fortschritte der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin*. Lengerich: Pabst.
- Jacobi, F., Kloese, M. & Wittchen, H. U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 47, 736–744.
- Jacobs, G. D., Pace-Schott, E. F., Stickgold, R. & Otto, M. W. (2004). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia. *Arch Intern Med*, 164, 1888-1896.
- Jarrett, R. B., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B. M., Eaves, G. G. & Silver, P. C. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: A randomized clinical trial. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 381–388.
- Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J. I. & Campbell, C. (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, (4).
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kashner, T. M., Rost, K., Cohen, B., Anderson, M. & Smith, G. R. Jr. (1995). Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy. *Psychosomatics*, 36(5), 462-70.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., Markowitz, J. C., Nemeroff, C. B., Russell, J. M., Thase, M. E., Trivedi, M. H. & Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med*, 342(20), 1462-70.
- Kessler, R. C., Keller, M.B. & Wittchen, H. U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 24(1), 19-39.

- Kilman, P. R., Mills, K. H., Caid, C. et al. (1986). Treatment of secondary orgasmic dysfunction: an outcome study. *Arch Sex Behav*, 15, 211-229.
- Knouse, L. E., Cooper-Vince, C., Sprich, S., Safren, S. A. (2008). Recent developments in the psychosocial treatment of adult ADHD. *Expert Rev Neurother*, 8(10), 1537–1548.
- Kockott, G., Dittmar, F. & Nusselt, L. (1975). Systematic Desensitization of erectile impotence: a controlled study. *Arch Sex Beha*, 4(5), 493–500.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez A .M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I. & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther*, 32(2), 371–90.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med*, 69(9), 881-8.
- Kröner-Herwig, B. (2004). Die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen. Tübingen: DGVT.
- Kuipers, E., Fowler, D., Garety, P., Chisholm, D., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P. & Hadley, C. (1998). London East- Anglia randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for psychosis III: follow-up and economic evaluation at 18 months. *Br J Psychiatry* , 173, 61-68.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, F. & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 68, 957-964.
- Laessle, R. G. (2009). Essstörungen. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Lahdensuo, A., Haahtela, T., Herrala, J., Kava, T., Kiviranta, K., Kuusisto, P., Perämäki, E., Poussa, T., Saarelainen, S. & Svahn, T. (1996). Randomized comparison of guided self management and traditional treatment of asthma over one year. *BMJ*, 312(7033), 748-52.
- Lakatos, A. (2003). Zwangsstörungen. In: E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Sulz: *Lehrbuch der Psychotherapie*, Bd. 3. München: CIP-Medien.
- Lam, D. H., Hayward, P., Watkins, E.R., Wright, K. & Sham, P. (2005) Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry*, 162, 324–329.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M. Lambert (Hrsg.) *Bergin & Garfields handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th edition, New York: Wiley, pp. 139-193.
- Leichsenring, F., Hoyer, J., Beutel, M., Herpertz, S., Hiller, W., Irle, E. et al. (2009b). The social phobia psychotherapy research network. The first multicenter randomized

- controlled trial of psychotherapy for social phobia: rationale, methods and patient characteristics. *Psychother Psychosom*, 78(1), 35-41.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H. Kreische, R., Leweke, F. et al. (2009a). Short-term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioural Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 166(8), 875-881.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S. et al. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long-term outcome. *Depression and Anxiety*, 10, 89–98.
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K. & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res*, 96(1-3), 232-45.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (2008). *Verhaltenstherapiemanual*, 6.Aufl. Berlin: Springer.
- Linden, M., Zubraegel, D., Baer, T., Franke, U. & Schlattmann, P. (2005). Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders. Results of a controlled clinical trial (Berlin CBT-GAD Study). *Psychother Psychosom*, 74(1), 36-42.
- Lindenmeyer, J. (2003). Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol. In: E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Sulz. *Lehrbuch der Psychotherapie*, Bd. 3. München: CIP-Medien.
- Lindsay, M., Crino, R. & Andrews, G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessivecompulsive disorder. *Br J Psychiatry*, 171, 135–139.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 1060-4.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63(7), 757-66.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12 -step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alc Depend*, 67, 13–26.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict*, 8, 279–92.

- Looper, K. J. & Kirmayer, L. J. (2002). Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *J Consult Clin Psychol*, 70(3), 810-27.
- Magill, M. & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs*, 70(4), 516-27.
- Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg. 2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, 3. Aufl. Berlin: Springer.
- Margraf, J. (2009a). Risiken und Nebenwirkungen. In: J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, 3. Aufl. Berlin: Springer.
- Margraf, J. (2009b). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturliteraturauswertung*. Berlin: Springer.
- Marks, I. M., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of post-traumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 317–325.
- Maude-Griffin, P. M., Hohenstein, J. M., Humfleet, G. L., Reilly, P. M., Tusel, D. J. & Hall, S. M. (1998). Superior efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for urban Crack Cocaine users. *J Consult Clin Psychol*, 66 (5), 832-837.
- McCullough, J. P. (2003). *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press.
- McKay, D. (1999). Two-year follow-up of behavioral treatment and maintenance for body dysmorphic disorder. *Behavior Modification*, 23(4), 620–9.
- Melin, L., Frederiksen, T., Norén, P. & Swebilius, B. G. (1986). Behavioural treatment of scratching in patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol*; 115, 467–474.
- Melnik, T., Soares, B. & Nasello, A. G. (2009). Psychosocial interventions for erectile dysfunction The Cochrane Library, Issue 3.
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: State of the Evidence. *Am J Psychiatry*, 165(11), 1408–1419.
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord*, 88, 27–45.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Rubonis, A. V., Niaura, R. S., Sirota, A. D., Colby, S. M., Goddard, P. & Abrams, D. B. (1993). Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: A preliminary investigation. *J Cons Clin Psychol*, 61, 1011-1019.
- Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R. & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized clinical trial. *JAMA*, 281, 991-9.
- Morin, C. M., Culbert, J. P. & Schwartz, S. M. (1994). Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry*, 151(8), 1172-80.

- Morin, C. M.; Bootzin, R. R.; Buysse, D. J. et al. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *SLEEP*, (11), 1398-1414.
- Munjack, D. J., Schlaks, A., Sanchez, V. C., Usigli, R., Zulueta, A. & Leonard, M. (1984). Rationale - emotive therapy in the treatment of erectile failure: an initial study. *J Sex Marit Ther*, 10, 170–75.
- Mykletun, A., Overland, S., Dahl, A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Glozier, N., Aarø, L. E. & Prince, M. (2006). A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. *Am J Psychiatry* 163:8.
- Neumer, S. & Margraf, J. (2009). Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzen-Analyse. In: J Margraf & S. Schneider: *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Norén, P. & Melin, L. (1989). The effect of combined topical steroids and habit-reversal treatment in patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol*, 121, 359–366.
- Öst, L. G. & Breitholz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 38, 777-790.
- Öst, L. G. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav Res Ther* 25, 397-409.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, J. J. 3rd, McArdle, E. T. & Rosenbaum, J. F. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *J Anxiety Disord*, 14(4), 345-58.
- Paykel, E. S., Scott, J., Teasdale, J. D., Johnson, A. L., Garland, A., Moore, R. et al. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: a controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 56, 829-835.
- Pekkala, E. & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*.(2).
- Pfammatter, M., Junghan, U. M. & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull*, 32 Suppl 1, 64-80.
- Philipsen, A., Richter, H., Peters, J. et al. (2007). Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: results of an open multicenter study. *J. Nerv Ment Dis*, 195(12), 1013– 1019.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E. et al. (2002a). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med*, 32, 763–782.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E. et al. (2002b). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med*, 32, 783–791.

- Pitschel-Walz, G., Boerner, R., Mayer, C., Wagner, M., Engell, R. R. et al. (1995). Effects of psychoeducational groups for schizophrenic patients and their relatives on knowledge, compliance and relapse. *Pharmacopsychiatry*, 28, 204.
- Praško, J., Dockery, C., Horáček, J., Houbová, P., Kosová, J., Klaschka, J. et al. (2006). Moclobemide and cognitive behavioral therapy in the treatment of social phobia: A six-month controlled study and 24 months follow up. *Neuroendocrinology Letters*, 27, 473-481.
- Priest, R. G., Vize, C., Roberts, A., Roberts, M. & Tylee, A. (1996). Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *Br Med J*, 313, 858–859.
- Put, C., van den Bergh, O., Lemaigre, V., Demedts, M. & Verleden, G. (2003). Evaluation of an individualised asthma programme directed at behavioural change. *Eur Respir J*, 21, 109–115.
- Robinson, L. A., Berman, J. S. & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull*, 108, 30–49.
- Rodebaugh T. L., Holaway, R. M., Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clin Psychol Rev*, 24(7), 883-908.
- Roemer, L., Orsillo, S. M. & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 76(6), 1083-9.
- Rosen, J. C., Reiter, J. & Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol*, 63(2), 263–269.
- Rosenblum, A., Magura, S., Kayman, D.J. & And Fong, C. (2005). Motivationally enhanced group counseling for substance users in a soup kitchen: A randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend*, 80, 91-103.
- Safren, S. A. (2006). Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *J Clin Psychiatry*, 67 Suppl 8, 46-50.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E. & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther*, 43(7), 831-42.
- Schramm, E. & Berger, M. (2008). Unipolare Depression – Pharmakotherapie und Psychotherapie. In: U. Vorderholzer & F. Hohagen (Hrsg.). *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the art*. München: Urban & Fischer.
- Scott, J., Garland, A. & Moorhead, S. (2001). A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med*, 31(3), 459-67.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: A New Approach to Preventing Relapse*, NY: Guilford.
- Severson, H. H., Andrews, J. A., Lichtenstein, E., Gordon, J. S. & Barckley, M. F. (1998). Using the hygiene visit to deliver a tobacco cessation program: results of a randomized clinical trial. *J Am Dent Assoc*, 129(7), 993–9.
- Sharp, D. M., Power, K. G., Simpson, R. J. & Swanson, C. (1996). Fluvoxamine, placebo, and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *J Anxiety Disord*, 10, 219–242.
- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F. et al. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 782–787.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W. & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behav Res Ther*, 41(9), 991-1007.
- Steil, R. & Ehlers, A. (2009). Posttraumatische Belastungsstörung. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Stevenson, C. S., Stevenson, R. J. & Whitmont, S. (2003). A self-directed psychosocial intervention with minimal therapist contact for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Psychol Psychother*, 10, 93–101.
- Stevenson, C. S., Whitmon, S., Bornholt, L., Livesey, D., & Stevenson, R. J. (2002). A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Aust New Zealand J Psychiatry*, 36, 610–616.
- Sulz, S. K. D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie. Wege zur effizienten Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2008). *Strategisch-Behaviorale Therapie*. München: CIP-Medien.
- Thase, M., E., Greenhouse, J. B., Frank, E. et al. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapypharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 1009-1015.
- Thompson-Brenner, H., Glass, S. & Westen, D. (2003). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for Bulimia Nervosa. *Clin Psychol: Science And Practice*, V10 N3, 269-287.
- Thomson, A. B. & Page, L. A. (2007). Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database Syst Rev*. 17(4).

- Timmer, B., Bleichhard, G. & Rief, W. (2004). Effektivität einer stationären Gruppentherapie für somatoforme Störungen. Ergebnisse einer kontrolliert-randomisierten Therapie-evaluationsstudie. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* 33, 24-32.
- Toplak, M. E., Connors, L., Shuster, J., Knezevic, B. & Parks, S. (2008). Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clin PsycholRev*, 28, 801–823.
- Tumer, S. M., Beidel, D.C. & Jacob, R. (1994). Social phobia: a comparison of behavior therapy and atenolol. *J Consult Clin Psychol*, 62,350-358.
- Van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R. & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of DBT for BPD. *Behav Res Ther*, 43(9), 1231-41.
- Van den Bosch, L. M. C., Verheul, R., Schippers, G. M. & van den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27, 911–23.
- Van Lankveld, J. J. D. M., ter Kuile, M. M., de Groot, H. E., Mellis, R., Nefs, J. & Zandbergen, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy, administered as group therapy or bibliotherapy, is an effective treatment for women with lifelong vaginismus. *J Consult Clin Psychol*, 74, 168–178.
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Willson, R. & Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav Res Ther*, 34, 717–729.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W. & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol*, 75(3), 475-488.
- Vogel, H. & Wasem, J. (Hrsg., 2004). *Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie*. Stuttgart: Schattauer.
- Walsh, M. M., Hilton, J. F., Ellison, J. A., Gee, L., Chesney, M. A., Tomar, S. L. et al. (2003). Spit (smokeless) tobacco intervention for high school athletes: results after 1 year. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1095–1113.
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G. et al. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6 (3), 177–185.
- Wells (2008). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 37, 206–212.
- Wild, B. et al. (2009). The ANTOP study: focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa – a randomized controlled trial. *Trials*, 23, 10:23.

- Wittchen, H. U. & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand* 108 (Suppl. 417): 4–18.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 44, 993–1000. Berlin: Springer.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15, 357 – 376.
- Wittchen, H. U. (1988). The natural course and outcome of anxiety disorders. What cases remit without treatment ? In: I. Hand & H. U. Wittchen. *Panic and phobias 2*. Berlin: Springer.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Publications.
- Zielke, M. (1993). *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Weinheim: PVU.
- Zielke, M. (1999) Kosten-Nutzenaspekte in der Psychosomatischen Rehabilitation. *PPmP*, 49, 361-367.