

**Prüfung der Richtlinienverfahren gem. §§ 13
bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie
„Psychoanalytisch begründete Verfahren“**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
vom 10.11.2009**

Inhaltsverzeichnis

1. Welche Techniken und Methoden sehen Sie als Bestandteil des in der Richtlinie definierten Verfahrens?.....	4
2. Wie grenzen Sie die analytische Psychotherapie von der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ab?	14
3. Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis des Verfahrens in den Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 22	15
3.1 Anwendungsbereiche gemäß § 22 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie.....	15
3.1.1 Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie	15
3.1.2 Angststörungen und Zwangsstörungen.....	19
3.1.3 Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen	21
3.1.4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	23
3.1.5 Essstörungen	23
3.1.6 Nichtorganische Schlafstörungen.....	26
3.1.7 Sexuelle Funktionsstörungen	26
3.1.8 Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen	26
3.1.9 Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	29
3.2 Anwendungsbereiche gemäß § 22 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie.....	29
3.2.1 Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung und Abstinenz	29
3.2.2 Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen .	30
3.2.3 Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe	30
3.2.4 Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.....	31
3.3 Indikationsübergreifende Studien zum Nutzen der Psychodynamischen Psychotherapie ...	31
4. Gibt es Hinweise auf Risiken durch Anwendung des Verfahrens in den Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 22?	33
5. Ist eine spezifische Überlegenheit des Verfahrens bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder im Vergleich zu anderen Alternativen nachweisbar?	37
6. Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?	40
6.1 Anwendungsbereiche gemäß § 22 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie.....	40
6.1.1 Affektive Störungen.....	40
6.1.2 Angststörungen und Zwangsstörungen.....	41
6.1.3 Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen).....	41
6.1.4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	41
6.1.5 Essstörungen	41
6.1.6 Nichtorganische Schlafstörungen.....	41
6.1.7 Sexuelle Funktionsstörungen	41
6.1.8 Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen	41
6.1.9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	42
6.2 Anwendungsbereiche gemäß § 22 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie.....	42

6.2.1	Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung und Abstinenz	42
6.2.2	Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen .	42
6.2.3	Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe	42
6.2.4	Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.....	43
7.	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 PT-RL (§ 22)?	44
a)	Relevanz der medizinischen Problematik	44
b)	Spontanverlauf der Erkrankung.....	45
c)	Diagnostische und therapeutischen Alternativen	46
8.	Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit des Verfahrens im Vergleich zu den anderen in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren?	48
a)	Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten.....	48
b)	Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten	48
c)	Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten	49
d)	Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden	50
9.	Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?	51
10.	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.	52
11.	Gegenstand des Bewertungsverfahrens.....	53
	Literatur	57

Fragen zu den 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 psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren als Behandlungsmethode im Sinne von § 135 SGB V bedeutet dies, dass das bzw. die Psychotherapieverfahren so zu prüfen sind, wie sie sich nach dem derzeitigen Stand darstellen. Hierbei sind alle Psychotherapiemethoden und Psychotherapietechniken zu berücksichtigen, die nach dem aktuellen Stand 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 psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren bezeichneten Verfahren, welche auch gemäß § 17 Abs. 1 Satz 1 der Psychotherapie-Richtlinie für das aktuelle Bewertungsverfahren als maßgeblich zu betrachten ist, besteht in der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) zur Psychodynamischen Psychotherapie (PP) bei Erwachsenen vom 11. November 2004 in Verbindung mit der Ergänzung dieser Stellungnahme vom 30. Juni 2008. In seiner Stellungnahme vom 11. November 2004 hat der WBP festgestellt, dass aus seiner Perspektive „keine wissenschaftliche Grundlage für eine Unterscheidung zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie als zwei getrennte Verfahren“ besteht. Die psychoanalytisch begründeten Verfahren sollten nach Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie aus wissenschaftlichen Gründen nicht länger als zwei verschiedene Psychotherapieverfahren „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ und „analytische Psychotherapie“ definiert werden. Stattdessen sollte ein übergreifendes Psychotherapieverfahren „Psychodynamische

Psychotherapie“ einschließlich der dazugehörigen Methoden und Techniken definiert werden. Dieser Auffassung des WBP schließt sich die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) an.

Nach dieser Definition handelt es sich bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie um berufs- und sozialrechtlich definierte Konzepte psychotherapeutischer Krankenbehandlung, die sich hinsichtlich ihrer Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie, der Krankheitstheorie und der Behandlungstheorie sowie der Ausbildungs- und Behandlungspraxis ganz wesentlich überlappen. Das Spektrum der im Rahmen dieser Konzepte angewandten und diesen auch theoretisch zuzuordnenden Methoden und Techniken ist weitgehend identisch, sodass eine Trennung in zwei unterschiedliche Verfahren in Bezug auf die wissenschaftliche Anerkennung, die Nutzenbewertung sowie die Gestaltung der Ausbildung fachlich unangemessen ist.

Im Folgenden sollen zunächst im Schwerpunkt die Persönlichkeitstheorie und die Krankheitstheorie des Verfahrens Psychodynamische Psychotherapie sowie die postulierten Wirkmechanismen beschrieben werden, ehe dargestellt wird, welche Techniken und Methoden Bestandteil des Psychotherapieverfahrens sind.

Eine zentrale theoretische Grundannahme der PP bzw. der in der Psychotherapie-Richtlinie als psychoanalytisch bezeichneten Verfahren ist, dass das menschliche Denken, Handeln und Fühlen durch unbewusste Prozesse entscheidend beeinflusst wird. In diesem Zusammenhang wird das Konzept des psychodynamischen Unbewussten verwendet. Entsprechend der psychoanalytischen Theorie wird das dynamische Unbewusste durch insbesondere frühkindliche und kindliche Beziehungserfahrungen geprägt.

Diese wesentlichen Beziehungserfahrungen führen zu verinnerlichten und persönlichkeitsstypischen Verhaltens- und Erlebensmustern mit

- konflikthaften motivationalen Themen,
- individuellem Aufbau bzw. Verfügbarkeit struktureller psychischer Funktionen,
- lebensgeschichtlich verankerten innerpsychischen Regulierungsprozessen.

Nach der Vorstellung des psychoanalytischen Krankheitsmodells entscheidet der individuelle Umgang mit bestimmten ubiquitären Lebensthemen (z. B. persönliche Autonomie, Kontrollierbarkeit sozialer Beziehungen, Angewiesenheit auf soziale Eingebundenheit, Regulierung des Selbstwertes bzw. Anerkennung und Geltung in der geschlechtlichen Rolle) und traumatischen Erfahrungen über die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen.

Daneben beschreibt die psychoanalytische Persönlichkeitstheorie als Ursache für psychische Erkrankungen die mangelnde Verfügbarkeit über basale psychische Funktionen (wie etwa die Fähigkeit zur Selbst- und Objektwahrnehmung oder Steuerungsfähigkeit von Impulsen, Toleranz von Ambiguität, etc.). Die fehlende bzw. eingeschränkte Verfügbarkeit über diese so genannten strukturellen Funktionen kann Folge verschiedener Faktoren sein, wie frühe bzw. anhaltende deprivierende und/oder traumatisierende Lebensumstände, Entwicklungsdefizite, aber auch biologischer Faktoren.

Historisch lassen sich hinsichtlich der Theoriebildung eine Reihe verschiedener theoretischer Stränge identifizieren, die sich in der modernen psychoanalytischen Theoriebildung ergänzen und jeweils spezifische Schwerpunkte bei der Theoriekonzeption des psychischen Funktionierens der Menschen setzen. Hierbei spielen heute die Objektbeziehungstheorien, die Selbstpsychologie und die intersubjektiven Theorien im Vergleich zu den historischen Vorläufern der Triebtheorie und der Ich-Psychologie die zentrale Rolle.

Diese beiden wesentlichen Kategorien ätiologischer Faktoren für die Entstehung psychischer Erkrankungen (konfliktbezogene und strukturbezogene Faktoren) treten bei jedem Patienten in jeweils unterschiedlicher Gewichtung auf. Als dritte Kategorie können bei bestimmten Erkrankungen traumatische Lebensereignisse hinzukommen.

Gemäß der psychodynamischen Theorie der Behandlung lassen sich über die so genannten allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie hinaus spezielle den Psychodynamischen Psychotherapien zuzuordnende Wirkfaktoren beschreiben.

Hierzu zählt zum einen die systematische Nutzung und Gestaltung der therapeutischen Beziehung, um psychodynamische Konflikte, Strukturdefizite und Abwehrmechanismen des Patienten der Bearbeitung und Veränderung zugänglich zu machen. Dies geschieht über die unbewusste Wiederholung (Inszenierung) in der Beziehungsgestaltung in der realen Lebenswelt des Patienten sowie innerhalb der therapeutischen Beziehung. Darüber hinaus werden dem Patienten in der PP die Möglichkeiten geboten, korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen zu machen.

Die konkrete Gestaltung des therapeutischen Beziehungsangebots wie auch der gezielte Einsatz spezifischer Interventionen erfolgen dabei in Abhängigkeit von den individuellen Manifestationen der psychischen Störungen des Patienten, seiner Änderungsbereitschaft und -fähigkeit sowie den Möglichkeiten der Aktivierung von Ressourcen des Patienten, den konsentierten Therapiezielen sowie der Erfolgserwartung des Patienten.

Ein weiterer zentraler psychodynamischer Wirkfaktor ist die Vermittlung von Einsicht in psychodynamische Zusammenhänge und – damit einhergehend – eine Verbesserung der Kontrolle und des Kontrollerlebens für den Patienten, um seine inneren Konflikte, belastende Affekte und interpersonelle Muster erlebbar und damit für ihn einer Veränderung zugänglich zu machen.

Ferner sind die Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie die Besserung der Selbstreflexivität als bedeutsame Wirkfaktoren in der PP zu nennen. Diese beziehen sich zum einen auf die Integration und/oder den adaptiven Umgang mit vormals abgewehrten motivationalen und emotionalen Aspekten des eigenen Selbst vor dem Hintergrund von Rückmeldungen und Realitätsprüfungen des eigenen Erlebens in einer vertrauensvollen Beziehung. Zum anderen kommen hier die Zunahme an sozialen Erfolgs- und Bewältigungserlebnissen, die Desensibilisierung in Bezug auf Ängste sowie die Identifikation mit hilfreichen Merkmalen der therapeutischen Beziehung und der Person des Therapeuten zum Tragen. Weiterhin sind hier die Stärkung der Bindungsfähigkeit, die Verbesserung der Emotionsregulation, der Ambiguitätstoleranz, der Steuerungsfähigkeit und der Kommunikationsfähigkeiten zu nennen.

Innerhalb des Verfahrens wird in Abhängigkeit von der jeweiligen Indikation und den intrapsychischen und sozialen Voraussetzungen des Patienten und den Therapiezielen das Setting der Behandlung gestaltet.

Vor dem Hintergrund des Ätiologieverständnisses in der Psychodynamischen Psychotherapie ergeben sich zwei zentrale unterscheidbare Therapieziele: Zum einen ist hier die Wiederherstellung des psychischen Gleichgewichtes zu nennen, welches durch äußere Belastungserfahrungen oder aktualisierte innere Konflikte auf dem Boden einer innerpsychischen Disposition und struktureller psychischer Fähigkeiten und Defizite infrage gestellt wurde, zum anderen die Bearbeitung lebensgeschichtlich verankerter, überdauernder unbewusster Konflikt- und Beziehungskonstellationen sowie die Bearbeitung struktureller psychischer Defizite und die Entwicklung einer stabilen Verfügbarkeit über die zentralen strukturellen Funktionen, wie z. B. Affekt- und Impulsregulation oder Selbst- und Objektwahrnehmung.

Methoden der Psychodynamischen Psychotherapie

Die beiden psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren sind als einander stark überlappende Definitionsvarianten des Psychotherapieverfahrens Psychodynamische Psychotherapie zu verstehen. Diese beiden Varianten wurden – historisch bedingt – im Zuge der Integration der Psychotherapie in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland voneinander unterschieden und für die Varianten der Psychotherapieaus- bzw. -weiterbildung definiert, die trotz der großen Gemeinsamkeiten zu jeweils einer eigenen Fachkunde führten. Sie beinhalten jeweils ein breites Spektrum an gemeinsamen Methoden (bei denen ein breites Spektrum an Techniken zur Anwendung kommt), welche, von wenigen Ausnahmen abgesehen, beiden bisherigen Psychotherapieverfahren „analytische Psychotherapie“ und „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ zuzuordnen sind. In diesem Sinne sind die beiden Varianten der psychoanalytisch begründeten Verfahren vollständig dem Psychotherapieverfahren Psychodynamische Psychotherapie zuzuordnen.¹

¹ Einige naturalistische Studien, die im deutschen Versorgungskontext durchgeführt worden sind, beziehen sich in der Beschreibung der untersuchten Behandlungen im Wesentlichen auf die sozialrechtlichen Definitionen der beiden psychoanalytisch begründeten Richtlinienverfahren. Lediglich bei der Bewertung solcher Studien sollten diese Behandlungsbedingungen daher wie Methoden der psychodynamischen Psychotherapie bei einem bestimmten Krankheitsbild berücksichtigt werden.

Zur Behandlung einer oder mehrerer Störungen mit Krankheitswert geeignete Psychotherapiemethoden sind nach § 5 der Psychotherapie-Richtlinie gekennzeichnet durch:

1. eine Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung,
2. Indikationskriterien einschließlich derer diagnostischen Erfassung,
3. die Beschreibung der Vorgehensweise und
4. die Beschreibung der angestrebten Behandlungseffekte.

Sofern Psychotherapiemethoden als eigenständig einzustufen, d. h. keinem Psychotherapieverfahren zuzuordnen sind, erfolgt nach § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Richtlinie eine gesonderte indikationsbezogene Bewertung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Psychotherapiemethoden, die einem Psychotherapieverfahren zuzuordnen sind, werden dagegen in das Bewertungsverfahren zu dem entsprechenden Psychotherapieverfahren einbezogen (siehe hierzu auch § 5 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie zur Definition eines Psychotherapieverfahrens).

In den vergangenen Jahrzehnten wurde eine Reihe von Psychotherapiemethoden innerhalb der Psychodynamischen Psychotherapie entwickelt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit in klinischen Studien geprüft. Diese Entwicklung wird derzeit in der Psychotherapie-Richtlinie noch nicht reflektiert, sollte aber bei der Überprüfung des Psychotherapieverfahrens und einer anschließenden Überarbeitung der Definition des Verfahrens in der Richtlinie berücksichtigt werden.

Zu den Psychotherapiemethoden des Verfahrens PP zählen insbesondere:

- Psychoanalyse,
- psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie,
- psychodynamische Fokaltherapie,
- psychodynamische Kurztherapie,
- supportive Psychotherapie,
- supportive-expressive Psychotherapie (SET),
- übertragungsfokussierte Psychotherapie,

- panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie,
- Mentalisation Based Treatment,
- Dynamic Deconstructive Psychotherapy,
- strukturbezogene Psychotherapie der Persönlichkeitsstörung,
- Conversational Model nach Hobson und Meares,
- Cognitive analytic therapy (CAT) nach Tony Ryle,
- psychodynamisch imaginative Traumatherapie,
- intensive psychodynamische Kurzzeittherapie,
- mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie,
- körperintegrierende tiefenpsychologische Psychotherapie,
- katathym-imaginative Methoden (z. B. katathym-imaginative Psychotherapie, vormals katathymes Bilderleben),
- dynamische Psychotherapie,
- niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung,
- kognitiv-psychodynamische Psychotherapie nach M. Horowitz,
- niederfrequente Langzeitpsychoanalyse nach S. O. Hoffmann.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe spezialisierter psychodynamischer Psychotherapiemethoden, die für die unter 3. beschriebenen psychischen Störungen weiterentwickelt und optimiert wurden (für die soziale Phobie siehe beispielsweise Leichsenring, Hoyer et al., 2009).

Auf der Ebene der konkreten psychotherapeutischen Vorgehensweise lassen sich eine Reihe von Interventionen, Gestaltungen der Therapiebeziehung und Techniken benennen, die im Kontext der PP entwickelt wurden und als typisch für dieses Verfahren betrachtet werden können. 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 PP eine Vielzahl von psychotherapeutischen Techniken, die auch

ideengeschichtlich der Psychodynamischen Psychotherapie zuzuordnen sind. Darüber hinaus können jedoch auch andere psychotherapeutische Techniken im Rahmen der Anwendung von psychodynamischen Psychotherapiemethoden eingesetzt werden, die anderen Psychotherapieverfahren oder anderen klinisch-wissenschaftlichen Entwicklungen entlehnt sind. Beispielsweise sind Entspannungsverfahren, Rollenspiele oder Achtsamkeitsübungen nicht primär auf dem ideengeschichtlichen Hintergrund der PP entstanden, wurden aber in diverse Psychotherapiemethoden der Psychodynamischen Psychotherapie integriert und in diesem Rahmen angewendet. Bedeutsam für die Zuordnung zu dem Psychotherapieverfahren Psychodynamische Psychotherapie ist hier die jeweilige Einbettung der Anwendung einer psychotherapeutischen Technik in den psychodynamischen Therapieprozess.

Zu den im Rahmen der Psychodynamischen Psychotherapie angewandten psychotherapeutischen Techniken zählen u. a.:

- ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen mit Fokussierung der zentralen inneren Konflikte,
- gezielte Bearbeitung struktureller Defizite,
- Nutzung erlebnisaktivierender Techniken zur Förderung der Bearbeitung der fokussierten Konfliktthematik und/oder der strukturellen Defizite,
- Das therapeutische Beziehungsangebot kann je nach Indikation und Therapieziel variiert werden von aktiv-anleitend und unterstützend bis zu passiv-übertragungsfördernd,
- systematische Gestaltung und Nutzung der therapeutischen Beziehung auch über multimodaler Techniken (Körpererleben, Imagination, Gestaltungen); Anregung und Nutzung von Inszenierungen, eingebettet in ein psychodynamisches Gesamtkonzept,
- Rollenspiele,
- Variation des Beziehungsangebots. Durch Steuerung des Beziehungsangebotes wird eine hinreichend veränderungswirksame Bearbeitungstiefe erreicht und aufrechterhalten,
- Nutzung regressiver Prozesse von fokussierter Regressionssteuerung bis hin zur Förderung und Intensivierung regressiver Prozesse. Zur Förderung regressiver Prozesse kann auch eine höhere Sitzungsfrequenz bzw. als Settingvariante das Liegen verwendet werden,
- Technik der freien Assoziation,
- Analyse der Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen in der Patient-Therapeut-Beziehung sowie der aktuellen realen Beziehung des Patienten,

- sorgfältige Beobachtung und systematische Handhabung der Therapeut-Patient-Interaktion durch Nutzung des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens und von Abwehr und Widerstand, bei reflektierender Berücksichtigung des eigenen Anteils des Therapeuten,
- fokussierte Übertragungs- und Widerstandsanalyse mit einer Arbeit „in und mit“ der Übertragung vorwiegend im „Hier und Jetzt“,
- flexibler, reflektierter Umgang mit der therapeutischen Neutralität unter strikter Wahrung der Abstinenz,
- Analyse von Abwehr und Widerstand,
- Der Zugang zu psychodynamischen Prozessen erfolgt auf sehr unterschiedlichen Wegen. Neben den verbalen Kommunikationsformen, der Technik der „Freien Assoziation“ und den Inszenierungen werden z. B. auch kreative und körperintegrierende Interventionen eingesetzt,
- entwicklungsfördernde, Ressourcen mobilisierende und handlungsaktivierende Interventionen (besonders bei Patienten mit strukturellen Störungen und Entwicklungsdefiziten),
- Selbstbeobachtung,
- Nutzung von Selbstverbalisierungen zur Emotions- und Handlungssteuerung,
- Fokussierung der Emotionsregulation und -steuerung,
- Entspannungstechniken einschließlich progressiver Muskelrelaxation, autogenem Training, Atemtraining,
- Psychoedukation,
- Achtsamkeitsübungen.

Behandlungssetting, Behandlungsfrequenz und Behandlungsdauer

Die Psychodynamische Psychotherapie nutzt die unterschiedlichen psychotherapeutischen Settings (Einzeltherapie, Einbeziehung von Bezugspersonen im Paar- und Familiensetting und Gruppentherapie) in flexibler und reflektierter Form und kombiniert diese bei entsprechender Indikation. Auch in dieser Hinsicht entspricht die aktuelle Psychotherapie-Richtlinie nicht mehr dem „State of the Art“. Dies lässt sich u. a. am Beispiel der Arbeiten von Bateman & Fonagy (1999, 2001, 2008, 2009) zur Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Störung aufzeigen. Bateman & Fonagy kombinieren bei ihrem „Mentalisation based Treatment“ die Einzel- und Gruppenbehandlung miteinander, während die Psychotherapie-Richtlinie dieses für die psychoanalytisch begründeten Verfahren nur in Ausnahmefällen zulässt.

Die Behandlungsfrequenz variiert in der PP zwischen ein bis drei Sitzungen pro Woche, in besonderen Phasen kann auch eine höhere Behandlungsfrequenz von vier bis fünf Sitzungen pro Woche geboten sein. Die Behandlungen werden überwiegend im Sitzen durchgeführt, bei gegebener Indikation kann es erforderlich sein, Behandlungen bei einer höheren Sitzungsfrequenz im Liegen durchzuführen. Die Behandlungsdauer variiert u. a. in Abhängigkeit von der Schwere und Chronizität der Störung, den Therapiezielen, den Ressourcen des Patienten zwischen 25 Stunden bei Kurzzeittherapien bei einem eng umrissenen Therapiefokus und bis zu 300 Stunden bei Langzeittherapien bei ausgeprägten strukturellen Störungen, die erst in einem längerfristigen Behandlungsprozess geheilt oder ausreichend stabilisiert werden können, sowie bei stark in der lebensgeschichtlichen Entwicklung verankerten und die Persönlichkeit konstituierenden inneren Konflikt-Abwehr-Dynamiken.

2. Wie grenzen Sie die analytische Psychotherapie von der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ab?

Wie unter der Antwort zu Frage 1 ausführlich dargelegt, ist eine Abgrenzung der analytischen Psychotherapie von der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie unter wissenschaftlich-fachlichen Gesichtspunkten nicht sinnvoll möglich.

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

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

Zur Frage des Nutzens der PP finden sich in der Literatur eine Reihe systematischer Reviews und Metaanalysen, die spezifisch die Psychodynamische Psychotherapie fokussieren. Mit Ausnahme einiger weniger Arbeiten zu depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen (Leichsenring, 2001; Leichsenring & Leibing, 2003) sind diese Metaanalysen und Reviews indikationsübergreifend angelegt (Abbass, Hancock, Henderson & Kisely, 2006; de Maat et al., 2008; Leichsenring & Rabung, 2008; Leichsenring, Rabung & Leibing, 2004), sodass für die Nutzenbewertung in den einzelnen Anwendungsbereichen die entsprechenden Originalarbeiten gesondert zu prüfen sind.

3.1 Anwendungsbereiche gemäß § 22 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie

3.1.1 Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie

Die Wirksamkeit der Psychodynamischen Psychotherapie bei depressiven Störungen lässt sich durch die folgenden Studien belegen:

Cooper et al. (2003): Die randomisiert-kontrollierte Studie zum Vergleich der Psychodynamischen Psychotherapie, der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), einer non-direktiven Therapie sowie einer hausärztlichen Routinebehandlung bei Patientinnen mit einer postpartalen Depression (N = 193) belegt eine signifikant höhere Remissionsrate nach viereinhalb Monaten für die PP gegenüber der Routinekontrollbedingung. Auch hinsichtlich der Symptomschwere lassen sich signifikante Effekte für die PP gegenüber der Kontrollgruppe nach viereinhalb Monaten zeigen.

Knekt et al. (2008): Randomisierte komparative Studie zum Vergleich der PP in zwei Varianten (als Kurzzeitbehandlung und als Langzeitbehandlung mit zwei bis drei Sitzungen über bis zu drei Jahre) mit einer lösungsorientierten Psychotherapie, die der

Systemischen Therapie zu geordnet werden kann, bei insgesamt 328 Patienten überwiegend mit einer Major Depression (85 Prozent). Während die psychodynamische Kurzzeittherapie und die lösungsorientierte Psychotherapie nach dem ersten Jahr signifikant stärkere Reduktionen der depressiven Symptomatik und höhere Remissionsraten bezüglich der affektiven Störungen im Vergleich zur psychodynamischen Langzeittherapie aufwiesen (33 und 35 Prozent vs. 17 Prozent), drehte sich dieses Verhältnis zum Messzeitpunkt nach drei Jahren um. Hier erbrachte die psychodynamische Langzeittherapie sowohl hinsichtlich der Reduktion der depressiven Symptomatik im Fremd- und Selbstrating als auch bezüglich der Remissionsrate (46 Prozent) ein signifikant besseres Behandlungsergebnis als die beiden Kurzzeittherapiebedingungen (38 bzw. 36 Prozent).

Thompson et al. (1987) und Gallagher-Thompson, Hanley-Peterson & Thompson (1990): Die komparative Studie zum Vergleich der PP im Vergleich zur KVT und Verhaltenstherapie (VT) bei über insgesamt 91 über 60jährigen Patienten mit einer Major Depression zeigt für alle drei Untersuchungsbedingungen vergleichbar gute Remissionsraten zum Behandlungsende sowie zur Ein- und Zweijahreskatamnese. Zur Zweijahreskatamnese betrug die Remissionsrate für die Patienten der PP 79 Prozent im Vergleich zu 69 bzw. 63 Prozent in der KVT- bzw. VT-Bedingung.

Gallagher-Thompson & Steffen (1994): Die komparative randomisiert-kontrollierte Studie vergleicht die Wirksamkeit einer 20 Sitzungen umfassenden psychodynamischen Kurzzeittherapie mit einer ebenso langen KVT bei insgesamt 66 Patienten mit einer depressiven Störung, die einen älteren Familienangehörigen pflegen. Hinsichtlich der Remissionsrate ließen sich zwischen den beiden Behandlungsgruppen keine signifikanten Unterschiede feststellen.

Shapiro, David, Barkham, Rees & Hardy (1994); Shapiro et al. (1995): Die komparative Studie zum Vergleich der PP mit der KVT mit jeweils zwei unterschiedlich langen Behandlungen (acht bzw. 16 Sitzungen) bei insgesamt 117 Patienten mit der Diagnose einer Major Depression erbrachte hinsichtlich des primären Zielparameters keine bedeutsamen Unterschiede zwischen der KVT und der PP. Die Studie gibt Hinweise auf eine bessere Wirksamkeit der längeren Behandlungen bei Patienten mit einer schweren depressiven Störung, während zwischen den beiden Therapieverfah-

ren keine konsistenten Unterschiede im Verlauf oder im Ergebnis der Behandlung zu belegen waren. Zur Einjahreskatamnese zeigte sich dagegen ein schlechteres Therapieergebnis für die PP in der Kurzzeitbehandlung über acht Sitzungen gegenüber der Behandlung über 16 Sitzungen und den beiden verhaltenstherapeutischen Behandlungsbedingungen.

Barkham et al. (1996): In einer Replikationsstudie zu dem oben genannten „Second Sheffield Psychotherapy Project“ (SPP2) wurde die Wirksamkeit der psychodynamischen Kurzzeittherapie im Vergleich zur KVT wiederum in zwei verschiedenen Behandlungsdauern (acht vs. 16 Sitzungen) bei insgesamt 36 Patienten mit drei verschiedenen Schweregraden einer depressiven Störung untersucht. Auch hier zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich der allgemeinen Wirksamkeit der beiden Psychotherapieverfahren. Zum Behandlungsende zeigten sich auch zwischen den Therapiedauern keine signifikanten Unterschiede. Allerdings waren die längeren Behandlungen mit einem Umfang von 16 Sitzungen, unabhängig vom angewandten Psychotherapieverfahren, den kürzeren Behandlungen im Umfang von acht Sitzungen zur Dreimonats- und zur Einjahreskatamnese signifikant überlegen.

Burnand, Andreoli, Kolatte, Venturini & Rosset (2002): Die randomisiert-kontrollierte Studie belegt die Überlegenheit einer Kombinationsbehandlung von Clomipramin plus PP (N = 35) über zehn Wochen gegenüber einer Monotherapie mit Clomipramin (N = 39) unter Kontrolle des Zuwendungsfaktors hinsichtlich der Remission, des Funktionsniveaus und der Hospitalisierungsrate bei Patienten mit einer Major Depression.

de Jonghe, Kool, van Aalst, Dekker & Peen (2001): Die randomisiert-kontrollierte Studie belegt die Überlegenheit und höhere Akzeptanz einer Kombinationsbehandlung von antidepressiver Pharmakotherapie und psychodynamischer supportiver Psychotherapie bei insgesamt 187 Patienten mit einer Major Depression. Die Remissionsrate fiel in der Kombinationsbehandlung zu den verschiedenen Messzeitpunkten signifikant höher aus und betrug nach 24 Wochen 59 Prozent gegenüber 41 Prozent bei der pharmakologischen Monotherapie. Die Drop-out-Rate für die Psychotherapiebedingung fiel mit zehn Prozent deutlich geringer aus als für die Pharmakotherapiebedingung (40 Prozent).

de Jonghe et al. (2004): Die randomisiert-kontrollierte Studie zum Vergleich der Kombinationsbehandlung von PP und Antidepressiva gegenüber einer PP als Monotherapie bei 191 Patienten mit einer depressiven Störung zeigt lediglich für die Selbst-Ratings der Patienten eine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung. Hinsichtlich der Fremd-Ratings lassen sich keine Unterschiede nachweisen.

Maina, Forner & Bogetto (2005): Die randomisiert-kontrollierte Studie untersucht die Wirksamkeit der psychodynamischen Kurzzeittherapie im Vergleich zur supportiven Therapie und einer Wartelistenkontrollgruppe bei insgesamt 30 Patienten mit leichten Ausprägungen einer depressiven Störung. Zum Behandlungsende nach sechs Monaten zeigen beide psychotherapeutischen Behandlungen eine signifikant stärkere Reduktion der depressiven Symptomatik im Vergleich zur Kontrollgruppe. Zum Sechsmonats-Follow-up ist die psychodynamische Kurzzeittherapie der supportiven Therapie überlegen.

Maina, Rosso, Crespi & Bogetto (2007): Die randomisiert-kontrollierte Studie belegt die bessere Wirksamkeit der Kombination einer sechsmonatigen psychodynamischen Kurzzeittherapie mit einer 12monatigen psychopharmakologischen Behandlung mit einem Antidepressivum im Vergleich zu einer entsprechenden Kombination einer supportiven Therapie mit einer Antidepressiva-Therapie bei insgesamt 35 Patienten mit der Diagnose einer Major Depression hinsichtlich der Remissionsrate und der Reduktion der depressiven Symptomatik nach 12 Monaten.

Maina, Rosso & Bogetto (2009): Die Studie untersucht den langfristigen Effekt einer sechsmonatigen Kombinationstherapie aus psychodynamischer Kurzzeittherapie im Vergleich zu einer antidepressiven Monotherapie bei insgesamt 92 Patienten mit der Diagnose einer Major Depression, die nach sechs Monaten Behandlung eine Remission erreicht hatten. Nach der sechsmonatigen Akutbehandlung schloss sich für beide Gruppen eine sechsmonatige Erhaltungstherapie mit einem Antidepressivum an, gefolgt von einem naturalistischen Zweijahres-Follow-up ohne weitere Behandlung. Für die Gruppe der Patienten mit einer Kombinationsbehandlung zeigte sich eine signifikant geringe Rezidivrate im 30monatigen Katamnesezeitraum.

Salminen et al. (2008): Die randomisiert-kontrollierte Studie untersucht die Wirksamkeit einer psychodynamischen Kurzzeittherapie über 16 Sitzungen im Vergleich zu einer 16wöchigen pharmakologischen Behandlung mit einem SSRI bei insgesamt 51 Patienten mit einer leichten oder mittelgradigen depressiven Störung. Zum Follow-up nach vier Monaten zeigen sich zwischen den beiden Behandlungen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Remissionsrate.

Huber, Denscherz, Gastner, Henrich & Klug (in preparation): Die bislang lediglich auf verschiedenen wissenschaftlichen Kongressen (SPR-Meeting in Barcelona im Juni 2008, Psychoanalytic Process Research Strategies III-Conference in Ulm im Juni 2009) präsentierte randomisiert-kontrollierte Studie zum Vergleich der psychodynamischen Langzeittherapie mit der psychodynamischen Kurzzeittherapie und der Verhaltenstherapie bei insgesamt 119 Patienten mit einer Major Depression zeigt hinsichtlich der beiden primären Zielkriterien (BDI, Scales of Psychological Capacities) zur Einjahreskatamnese die Überlegenheit der psychodynamischen Langzeittherapie gegenüber der Verhaltenstherapie (BDI) bzw. gegenüber der psychodynamischen Kurzzeittherapie und der Verhaltenstherapie.

Des Weiteren sei für diesen Anwendungsbereich auf die existierenden Metaanalysen und Übersichtsarbeiten zur (Psychodynamischen) Psychotherapie bei depressiven Störungen hingewiesen (Bond, 2006; Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008; Driessen et al., 2009; Leichsenring, 2001).

3.1.2 Angststörungen und Zwangsstörungen

Panikstörung mit und ohne Agoraphobie

Milrod et al. (2007): Die randomisiert-kontrollierte Studie belegt die Wirksamkeit der panikfokussierten psychodynamischen Psychotherapie über 24 Sitzungen bei insgesamt 49 Patienten mit einer Panikstörung mit und ohne Agoraphobie im Vergleich zu einem Entspannungstraining. Signifikante Unterschiede ergaben sich zum Behandlungsende zum einen hinsichtlich des primären Zielkriteriums, dem Schweregrad der Panikstörung, gemessen über die „Panic Disorder Severity Scale“ (PDSS); zum anderen hinsichtlich der psychosozialen Beeinträchtigung als sekundärem Zielparame-ter.

Wiborg & Dahl (1996): Die randomisiert-kontrollierte Studie untersuchte den Effekt einer zusätzlichen psychodynamischen Kurzzeittherapie (STPP) über 15 Sitzungen in Ergänzung zu einer pharmakologischen Behandlung mit Clomipramine über neun Monate auf die Relapse-Rate bei Patienten mit einer Panikstörung. Die Kombinationsbehandlung, Clomipramine plus STPP, bewirkte eine signifikant geringere Relapse-Rate im Follow-up-Zeitraum von neun Monaten nach Beendigung der pharmakologischen Behandlung im Vergleich zur Monotherapie mit Clomipramine (20 vs. 75 Prozent). Auch hinsichtlich der dimensional sekundären Zielkriterien zeigte sich konsistent eine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung.

Generalisierte Angststörung

Leichsenring, Salzer et al. (2009): Die komparative randomisiert-kontrollierte Studie vergleicht die Wirksamkeit der STPP über bis zu 30 Sitzungen mit der kognitiven Therapie bei 57 Patienten mit einer generalisierten Angststörung (GAD). Für beide Behandlungsverfahren ließen sich zum Sechsmonats- und zum Einjahres-Follow-up auf den primären und sekundären Zielparametern signifikante Besserungen nachweisen. Für das primäre Zielkriterium lassen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsverfahren nachweisen.

Crits-Christoph, Gibbons, Narducci, Schamberger & Gallop (2005): Die in der Publikation beschriebene Pilotstudie untersucht in einem randomisiert-kontrollierten Studiendesign die Wirksamkeit der STPP im Vergleich zu einer supportiven Therapie bei insgesamt 31 Patienten mit der Diagnose einer generalisierten Angststörung. Hinsichtlich der Remissionsraten zum Behandlungsende lässt sich eine signifikante Überlegenheit der STPP gegenüber der supportiven Therapie zeigen. Hinsichtlich der anderen Outcome-Parameter (u. a. Hamilton Anxiety Rating Scale, Hamilton Depression Rating Scale, BDI, BAI) lassen sich nicht zuletzt vor dem Hintergrund der begrenzten statistischen Power statistisch keine Unterschiede absichern.

Soziale Phobie

Knijnik et al. (2004): Die randomisiert-kontrollierte Studie belegt die Wirksamkeit einer psychodynamischen Gruppentherapie über 12 Sitzungen im Vergleich zu einer Placebo-Gruppentherapie bei insgesamt 30 Patienten mit einer sozialen Phobie hinsichtlich der Reduktion der sozialphobischen Symptomatik zum Behandlungsende.

Hinsichtlich der allgemeinen Angstsymptomatik und der Beeinträchtigungsschwere („Clinical Global Impression“ – CGI) ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen nachweisen.

Knijnenik et al. (2008): Die randomisiert-kontrollierte Studie belegt die Überlegenheit der Kombinationsbehandlung von psychodynamischer Gruppentherapie und Clonazepam bei insgesamt 57 Patienten mit einer generalisierten sozialen Angststörung im Vergleich zur Monotherapie mit Clonazepam hinsichtlich des primären Zielkriteriums des globalen Funktionsniveaus (CGI). Hinsichtlich der sekundären Zielkriterien der spezifischen sozialphobischen Symptomatik ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen zeigen.

Darüber hinaus wird in der Metaanalyse von Leichsenring et al. (2004) zur Wirksamkeit der psychodynamischen Kurzzeittherapie eine komparative Studie von Bögels et al. erwähnt, bei der die Wirksamkeit der PP mit derjenigen der KVT bei Patienten mit sozialer Phobie verglichen wird. Eine Originalpublikation zu dieser Studie konnte jedoch im Rahmen unserer Literaturrecherchen bislang nicht identifiziert werden.

Darüber hinaus sei an dieser Stelle auf eine derzeit laufende multizentrische randomisiert-kontrollierte Studie zum Vergleich einer psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie mit der KVT bei Patienten mit einer sozialen Phobie verwiesen, welche im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunkts Psychotherapie durchgeführt wird (Leichsenring, Hoyer et al., 2009).

3.1.3 Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen

Creed et al. (2003): Die randomisiert-kontrollierte Studie untersucht die Wirksamkeit der psychodynamischen interpersonellen Therapie nach Hobson über acht Sitzungen im Vergleich zur pharmakologischen Behandlung mit Paroxetin bzw. einer Routinebehandlung durch den Gastroenterologen bei insgesamt 257 Patienten mit einem Irritable Bowel Syndrome. Die psychodynamisch interpersonelle Therapie und die psychopharmakologische Behandlung waren der Routinebehandlung hinsichtlich der körperlichen Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität signifikant überlegen. Im Zeitraum der Einjahreskatamnese war die psychodynamisch interpersonelle

le Therapie darüber hinaus im Vergleich zur Routinebehandlung mit signifikant geringeren Gesundheitskosten verbunden.

Guthrie, Creed, Dawson & Tomenson (1993): Die randomisiert-kontrollierte Studie bei 102 Patienten mit einem persistierenden Irritable Bowel Syndrom zeigt die Wirksamkeit einer 12wöchigen PP nach einem Modell von Hobson (1985) hinsichtlich der psychischen und körperlichen Symptomatik im Vergleich zu einer Kontrollbedingung des „supportiven Zuhörens“. Die Behandlungsergebnisse blieben auch zur Einjahreskatamnese stabil, wobei hierzu keine adäquate Vergleichsgruppe mehr bestand, da den Teilnehmern der Kontrollgruppe nach Behandlungsende die Teilnahme an einer PP angeboten wurde.

Hamilton et al. (2000): Die randomisiert-kontrollierte Studie bei 73 Patienten mit einer chronischen funktionalen Dyspepsie, welche auf eine konventionelle pharmakologische Therapie nicht angesprochen hatten, zeigt die Wirksamkeit der psychodynamisch interpersonellen Psychotherapie im Vergleich zu einer supportiven Therapie hinsichtlich der Dyspepsiesymptomatik im Fremd- und Selbst-Rating zum Behandlungsende nach sieben Sitzungen. Auch für die Einjahreskatamnese ergeben sich Hinweise auf die Überlegenheit der psychodynamisch interpersonellen Psychotherapie gegenüber einer supportiven Therapie.

Monsen & Monsen (2000): Die randomisiert-kontrollierte Studie bei 40 Patienten mit einer chronischen Schmerzstörung zeigt die Wirksamkeit der psychodynamischen Körpertherapie im Vergleich zur Kontrollgruppe hinsichtlich der Schmerzsymptomatik, der psychopathologischen Symptombelastung sowie der Intensität der interpersonellen Probleme zum Ende der Behandlung und zur Einjahreskatamnese.

Svedlund, Sjodin, Ottosson & Dotevall (1983): Die randomisiert-kontrollierten Studien bei 101 Patienten mit der Diagnose eines Reizdarmsyndroms zeigt die Wirksamkeit der psychodynamischen Einzeltherapie über zehn Sitzungen im Vergleich zur „Treatment as usual“-Bedingung hinsichtlich der Intensität der somatischen Symptome sowohl zum Behandlungsende nach drei Monaten als auch zur Einjahreskatamnese.

Ferner zeigt eine bislang lediglich im Rahmen von Kongressen (z. B. SPR-Meeting in Barcelona am 21. Juni 2008) vorgestellte randomisiert-kontrollierte Studie zum Vergleich der psychodynamisch-interaktionellen Psychotherapie im Gruppensetting mit einer verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie bei insgesamt 149 Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung eine Tendenz zur Überlegenheit hinsichtlich einiger zentraler Outcome-Parameter, wie z. B. der Schmerzintensität und der Beeinträchtigung durch Schmerzen (Egle, Petrak, Hardt & Nickel, 2008).

3.1.4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Brom, Kleber & Defares (1989): Die randomisiert-kontrollierte Studie bei 112 Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung untersucht die Wirksamkeit von Psychodynamischer Psychotherapie, Trauma-Desensibilisierung und Hypnotherapie gegenüber einer Wartekontrollgruppe. Zum Behandlungsende lassen sich für die PP signifikante Besserungen hinsichtlich der Trauma- sowie der Angstsymptomatik im Vergleich zur Kontrollgruppe nachweisen.

Piper, McCallum, Joyce, Rosie & Ogradniczuk (2001): Die randomisiert-kontrollierte Studie untersucht die Effektivität der psychodynamischen Gruppentherapie im Vergleich zu einer supportiven Therapie bei insgesamt 139 Patienten mit einer komplizierten Trauerreaktion in Abhängigkeit von den Patientencharakteristika der Qualität der Objektbeziehungen und der „Psychological Mindedness“. Hinsichtlich der klinischen Signifikanz der allgemeinen psychopathologischen Symptomatik zeigt sich eine Überlegenheit der psychodynamischen Gruppentherapie.

Darüber hinaus belegen weitere Studien aus der Arbeitsgruppe von Piper die Wirksamkeit der psychodynamischen Kurzzeittherapie im ambulanten Setting als Gruppen- und als Einzeltherapie bei Patienten mit einer komplizierten Trauerreaktion (McCallum & Piper, 1990; Piper, Azim, McCallum & Joyce, 1990).

3.1.5 Essstörungen

Eine Reihe von randomisiert-kontrollierten Studien zeigt die Wirksamkeit der Psychodynamischen Psychotherapie bei Essstörungen.

Bachar, Latzer, Kreidler & Berry (1999): Die randomisiert-kontrollierte Studie bei 33 Patientinnen mit der Diagnose einer Bulimie bzw. einer Anorexie untersucht die Wirksamkeit der PP, hier in Form eines selbstpsychologischen Behandlungsansatzes operationalisiert, im Vergleich zu einer kognitiv orientierten Therapie und einer Beratungsbedingung. Gegenüber der Beratungsbedingung und z. T. auch gegenüber der kognitiv-orientierten Therapie zeigt die Psychodynamische Psychotherapie signifikant bessere Ergebnisse zum Ende der Behandlung. Die Ergebnisse zur Einjahreskatamnese sind aufgrund einer hohen Drop-out-Quote nur begrenzt aussagekräftig, deuten aber auf eine Stabilität der Behandlungsergebnisse hin.

Anorexia nervosa

Dare, Eisler, Russell, Treasure & Dodge (2001): Die randomisiert-kontrollierte Studie untersucht die Wirksamkeit der fokalen psychodynamischen Psychotherapie, der Familientherapie und der „cognitive-analytic Therapy“ im Vergleich zur Routinebehandlung bei insgesamt 84 Patientinnen mit einer Anorexie. Zum Behandlungsende nach einem Jahr zeigt die PP eine signifikant höhere Besserungsrate im Vergleich zur Routinebehandlung. Zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungen lassen sich dagegen keine signifikanten Unterschiede nachweisen.

Weitere Hinweise auf die Wirksamkeit der PP bei Anorexie liefern die Studien der Arbeitsgruppe von Gowers, welche sich z. T. auch auf die Behandlung von Jugendlichen beziehen (Gowers, S., Norton, Halek & Crisp, 1994; Gowers, S. G. et al., 2007).

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).

Bulimia nervosa

Fairburn, Kirk, O'Connor & Cooper (1986): Die randomisiert-kontrollierte Studie untersucht die Wirksamkeit der fokalen psychodynamischen Psychotherapie im Vergleich zur kognitiven Verhaltenstherapie. Für beiden Psychotherapieverfahren lassen sich vergleichbar hohe Reduktionen der spezifischen psychopathologischen Symptome der Bulimie zum Behandlungsende und zum Einjahres-Follow-up zeigen. Die Behandlungsergebnisse sind dabei für beide Behandlungsbedingungen stabil.

Fairburn et al. (1995): Die Studie untersucht den Langzeitverlauf nach einer PP im Vergleich zu einer behavioralen Therapie und einer KVT bei Patientinnen mit der Diagnose einer Bulimia nervosa. Hierbei wurden die Daten aus zwei früheren Untersuchungen kombiniert. Zum Ein- und Sechsjahres-Follow-up zeigt sich hierbei eine Überlegenheit der PP und der KVT gegenüber der rein behavioralen Therapie.

Garner et al. (1993): Die randomisiert-kontrollierte Studie bei insgesamt 60 Patientinnen mit der Diagnose einer Bulimia nervosa untersucht die Wirksamkeit der „supportive-expressive Therapy“ im Vergleich zur KVT über jeweils vier Monate. Für beide Behandlungen lassen sich signifikante Besserungen auf den verschiedenen essstörungsspezifischen Skalen zeigen. Dabei gibt es hinsichtlich der Essattacken keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungen. Bei einzelnen Symptom- und Funktionsbereichen, wie z. B. dem selbstinduzierten Erbrechen, zeigt sich zum Behandlungsende eine leichte Tendenz zugunsten der KVT.

Beutel, Dippel, Szczepanski, Thiede & Wiltink (2006): Randomisiert-kontrollierte Studie zum Vergleich von stationärer Psychodynamischer Psychotherapie und stationärer Verhaltenstherapie bei Patienten mit Adipositas per magna. Zum Behandlungsende und zur Einjahreskatamnese zeigen sich signifikante Besserungen hinsichtlich Gewicht und psychopathologischer Symptomatik. Zwischen den beiden Behandlungsbedingungen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

Binge Eating Disorder

Tasca et al. (2006): Die randomisiert-kontrollierte Studie vergleicht die Wirksamkeit der psychodynamisch-interpersonalen Gruppenpsychotherapie über 16 Sitzungen mit einer entsprechenden verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie und einer Wartelistenkontrollgruppe bei insgesamt 135 Patienten mit einer Binge Eating Disorder. Zum Behandlungsende zeigen sich signifikante Verbesserungen für die Patienten der psychodynamisch-interpersonalen Gruppenpsychotherapie im Vergleich zur Kontrollgruppe hinsichtlich der Anzahl der Tage mit Essattacken, der Depressivität und dem Diätverhalten. Im Vergleich zur Verhaltenstherapie zeigten sich weder zum Behandlungsende noch zur Sechs- bzw. 12-Monatskatamnese bedeutsame Unterschiede in einem der Outcome-Bereiche. Die erzielten Behandlungseffekte der

psychodynamisch-interpersonalen Gruppenpsychotherapie blieben dabei auch zur Katamnese stabil.

3.1.6 Nichtorganische Schlafstörungen

Bislang konnten keine Studien zum Nutzen der PP identifiziert werden.

3.1.7 Sexuelle Funktionsstörungen

Bislang konnten keine Studien zum Nutzen der PP identifiziert werden.

3.1.8 Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen

Eine Reihe von Studien zur PP sowie eine Metaanalyse belegen die Wirksamkeit bei Persönlichkeitsstörungen (Leichsenring & Leibing, 2003). Während einige der Studien lediglich spezifische Persönlichkeitsstörungen oder Gruppen von Persönlichkeitsstörungen einbezogen haben, beziehen andere das gesamte Spektrum der Persönlichkeitsstörungen mit ein.

Persönlichkeitsstörungen insgesamt

Winston et al. (1994): Die randomisiert-kontrollierte Studie bei 81 Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung zeigt die Wirksamkeit der psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie über 40 Wochen im Vergleich zur Wartekontrollgruppe. Die Behandlungsergebnisse sind auch zum 18-Monats-Follow-up stabil.

Abbass, Sheldon, Gyra & Kalpin (2008): Die randomisiert-kontrollierte Studie bei insgesamt 27 Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung belegt die Wirksamkeit einer intensiven psychodynamischen Kurzzeittherapie im Vergleich zu einer „Minimal Contact“-Wartekontrollbedingung sowohl hinsichtlich der psychopathologischen Symptomatik und der interpersonellen Probleme als auch der Remissionsrate in Bezug auf die Achse-II-Diagnosen. Die Behandlungsergebnisse blieben dabei auch zur Katamnese stabil.

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Bateman & Fonagy (1999, 2001, 2008) zeigen die Überlegenheit der teilstationären 18monatigen PP („mentalization-based Treatment“ – MBT) mit anschließender 18-

monatiger Erhaltungstherapie mit einer bis zu einem Achtjahres-Follow-up nachweisbaren statistisch und klinisch relevanten Besserung hinsichtlich Suizidalität, Remissionsrate, globalem Funktionsniveau und Inanspruchnahme von weiteren Gesundheitsleistungen im Vergleich zur „Treatment as usual“-Bedingung.

Bateman & Fonagy (2009): Die randomisiert-kontrollierte Studie bei 134 Patienten zeigt die Wirksamkeit der mentalisierungsbasierten Behandlung bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In der Studie wurden die Patienten auf eine 18monatige MBT mit einer Sitzung Einzeltherapie und einer Gruppentherapiesitzung pro Woche oder einem strukturierten klinischen Management randomisiert zugewiesen. Sowohl hinsichtlich der primären Zielkriterien, wie z. B. Suizidversuche und Hospitalisierungen, als auch der sekundären Zielkriterien, wie soziales und interpersonelles Funktionsniveau, war die MBT dem strukturierten klinischen Management signifikant überlegen.

Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg (2007); Levy et al. (2006): Die randomisiert-kontrollierte Studie bei insgesamt 90 Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung untersucht die Wirksamkeit der übertragungsfokussierten Psychotherapie im Vergleich zur dialektisch-behavioralen Therapie und einer supportiven Therapie. Für die übertragungsfokussierte Psychotherapie zeigen sich nach einem Jahr Behandlung signifikante Verbesserungen auf den primären Zielkriterien Suizidalität, Impulsivität und Aggressivität. Hinsichtlich der Suizidalität ergeben sich Hinweise auf eine Überlegenheit der übertragungsfokussierten Psychotherapie und der dialektisch-behavioralen Therapie im Vergleich zur supportiven Therapie. Zwischen der übertragungsfokussierten Psychotherapie und der dialektisch-behavioralen Therapie zeigen sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Behandlungseffekte.

Ferner wurde in einer nicht-randomisierten Studie die 12monatige Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem „Conversational Model“ von Hobson mit einer naturalistisch gewonnenen Wartelistekontrollgruppe verglichen (Korner, Gerull, Meares & Stevenson, 2006; Meares, Stevenson & Comerford, 1999). Die Ergebnisse der Studie weisen auf die Wirksamkeit der PP sowohl hinsichtlich der störungsspezi-

fischen Symptomatik wie auch des sozialen Funktionsniveaus zum Ende der 12monatigen Behandlung hin.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Belege für die Wirksamkeit der Psychodynamischen Psychotherapie bei Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Gregory et al., 2008; Korner et al., 2006; Munroe-Blum & Marziali, 1995; Stevenson & Meares, 1992).

Giesen-Bloo et al. (2006): Die randomisiert-kontrollierte Studie bei insgesamt 88 Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung liefert Hinweise auf die Überlegenheit der schemafokussierten Psychotherapie im Vergleich zur übertragungsfokussierten Psychotherapie nach Kernberg drei Jahre nach Behandlungsbeginn.

Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen

Svartberg, Stiles & Seltzer (2004): Die randomisiert-kontrollierte Studie zum Vergleich einer 40wöchigen PP im Vergleich zur VT bei Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen zeigt für beide Gruppen vergleichbar hohe Symptomreduktionen. Auch zum Zweijahres-Follow-up blieben die Ergebnisse stabil und es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsbedingungen.

Emmelkamp et al. (2006): Die randomisiert-kontrollierte Studie bei insgesamt 23 Patienten mit einer vermeidenden Persönlichkeitsstörung liefert Hinweise auf die Überlegenheit der KVT im Vergleich zur psychodynamischen Kurzzeittherapie. Allerdings wurden hierzu eine Reihe von methodischen Kritikpunkten angemerkt (siehe Leichsenring, 2007).

Vinnars, Barber, Noren, Gallop & Weinryb (2005): Die Studie vergleicht die Behandlungseffekte zwischen einer manualisierten Psychodynamischen Psychotherapie und einer „community-based“ Psychodynamischen Psychotherapie, wie sie in der Routineanwendung zum Tragen kommt – über jeweils 40 Sitzungen bei insgesamt 156 Patienten. Zwischen den beiden Therapieformen lassen sich im Behandlungsergebnis keine bedeutsamen Unterschiede feststellen.

Ferner gibt es eine Reihe weiterer Studien, welche die Wirksamkeit der PP bei Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen unterstreichen (Hellerstein et al., 1998; Muran, Safaran, Samstag & Winston, 2005).

3.1.9 Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Bislang konnten für diesen Anwendungsbereich keine Studien zum Nutzen der Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen identifiziert werden.

3.2 Anwendungsbereiche gemäß § 22 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie

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

Alkoholabhängigkeit

Sandahl, Herlitz, Ahlin & Rönnerberg (1998): Die randomisiert-kontrollierte Studie berichtet vergleichbare Abstinenzraten bei der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie zum 15-Monats-Follow-up bei insgesamt 31 alkoholabhängigen Patienten.

Kokainabhängigkeit

Eine große amerikanische randomisiert-kontrollierte Studie zur Behandlung der Kokainabhängigkeit deutet darauf hin, dass hinsichtlich der Abhängigkeitsschwere als primärem Zielkriterium die Drogenberatung den beiden untersuchten Psychotherapieformen „supportive-expressive Therapy“ und kognitiver Therapie überlegen ist (Crits-Christoph et al., 1999, 2001). Allerdings zeigen die weitergehenden Analysen darüber hinaus, dass sich hinsichtlich psychopathologischer Symptomatik, Erwerbsstatus, medizinischer, familiärer oder sonstiger sozialer Probleme keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den verschiedenen Behandlungsbedingungen zeigen.

Opiatabhängigkeit

Zur PP bei Opiatabhängigkeit bzw. im Kontext der Methadonersatztherapie liegen einige Arbeiten aus der Arbeitsgruppe von Woody vor, welche Hinweise auf die Wirksamkeit der PP bei diesen Patientengruppen liefern (Woody, Luborsky, McLellan &

O'Brien, 1990; Woody et al., 1983; Woody, McLellan, Luborsky & O'Brien, 1990, 1995)

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

Bislang konnten für diesen Anwendungsbereich bzw. die hierunter zu fassenden tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84 nach ICD-10) keine Studien zum Nutzen der Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen identifiziert werden.

3.2.3 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. Entsprechend heterogen können die psychischen Begleiterscheinungen der chronischen körperlichen Erkrankungen und deren Behandlungen ausfallen. An dieser Stelle sollen lediglich für einzelne Erkrankungen, bei denen häufig psychische Faktoren für das Krankheitsgeschehen eine Rolle spielen und bei denen psychotherapeutische Behandlungen eine Linderung oder Heilung der Erkrankung und derer Folgen ermöglichen können, exemplarisch Studien zur Wirksamkeit der Psychodynamischen Psychotherapie aufgeführt werden.

Beutel et al. (2006): Die randomisiert-kontrollierte Studie untersucht die Wirksamkeit einer stationären psychodynamischen Behandlung im Vergleich zur stationären Verhaltenstherapie bei insgesamt 267 Patienten mit der Diagnose einer Adipositas per magna. Zum Ende der Behandlung wie auch zur Einjahreskatamnese zeigen sich u. a. hinsichtlich Gewichtsabnahme, Körperbild, Essverhalten und allgemeiner psychopathologischer Symptombelastung signifikante Verbesserungen. Bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsverfahren ließen sich nicht nachweisen.

Sjodin, Svedlund, Ottosson & Dotevall (1986): Die randomisiert-kontrollierte Studie untersucht die Wirksamkeit einer Kombinationsbehandlung von zehn Sitzungen PP mit medizinischer Standardbehandlung im Vergleich zur medizinischen Standardbe-

handlung allein bei insgesamt 103 Patienten mit einem chronischen peptischen Geschwür. Während sich zum Ende der Behandlung keine signifikanten Unterschied hinsichtlich der Beschwerden zwischen den beiden Behandlungsgruppen nachweisen lassen, ist die Kombinationsbehandlung der ausschließlich medizinischen Behandlung zur Einjahreskatamnese signifikant überlegen.

3.2.4 Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen

Die Wirksamkeit der PP bei Patienten mit einer Schizophrenie wird durch eine Reihe z. T. älterer Studien gestützt (Fairweather et al., 1960; Gorham et al., 1964; Gunderson et al., 1984; Hartwich & Schumacher, 1985; Karon & Vandenbos, 1970; Sjostrom, 1985; Stanton et al., 1984).

3.3 Indikationsübergreifende Studien zum Nutzen der Psychodynamischen Psychotherapie

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 PP belegen (Brockmann, Schlüter, Brodbeck & Eckert, 2002; Grande et al., 2006; Guthrie et al., 2001 und 1999; Hoglend et al., 2006 und 2008; Jakobsen et al., 2007; Piper, Debbane, Bienvenu &

Garant, 1984; Piper, Rosie, Azim & Joyce, 1993; Puschner, Kraft, Kächele & Kordy, 2007; Rudolf, Manz & Öri, 1994; Sandell et al., 2000). Hierzu wäre noch im Einzelnen zu prüfen, inwieweit die Studien auch indikationsbezogen Aussagen zum Nutzen der Psychodynamischen Psychotherapie erlauben und inwieweit darüber hinaus eine Berücksichtigung dieser Studien gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 2 Sätze 2 bis 5 der Psychotherapie-Richtlinie als Studien zu gemischten psychischen Störungen erfolgen kann.

4. 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 Therapeut-Patient-Be-

ziehung. 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 Psychotherapie (z. B. bei unterschiedlichen Störungsbildern) sind die oben zitierten RCT-Studien (RCT – „Randomized Controlled Trial“) 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** einer angemessenen Therapie, ist das Postulat der **Symptomverschiebungen**. Dies wurde beispielsweise durch Berichte über das Neuaufreten von der Symptomatik anderer Störungsgebiete 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 Vergleichsstichproben 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) und zudem nicht klar ist, ob es sich bei den Trennungen um unerwünschte Ereignisse handelt.

Darüber hinaus sind an dieser Stelle **Therapieabbrüche** zu nennen. PP 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 höhere Abbruchraten bei Borderline-Störungen) 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 Psychotherapien unter den naturalistischen Bedingungen wie der Richtlinienpsychotherapie aufweisen sowie zusätzliche Therapieabbrüche durch das „künstliche“ Therapiesetting entstehen können.

Auf die **Erfolglosigkeit einer Therapie bzw. Patienten-Schädigung 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 ist, 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 Entwick-

lung von Abhängigkeitsbeziehungen bzw. die Schädigung der Patienten durch Übergriffe thematisiert wird.

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

Im Folgenden soll die Wirksamkeit der PP gegenüber den anderen Richtlinienverfahren diskutiert werden. Auf den Vergleich zu anderen unspezifischen Therapien – einschließlich der „Treatment as usual“-Bedingungen (TAU) bzw. des „Clinical Management“ – soll hier verzichtet werden, zumal die Überlegenheit der PP gegenüber unspezifischen Therapien unter Frage 3. bei einer Reihe von Störungen thematisiert wurde. Auch auf einen direkten Vergleich der Psychodynamischen Psychotherapie mit psychopharmakologischen Behandlungen soll an dieser Stelle verzichtet werden, da hierzu nach unserer Kenntnis zu wenige methodisch adäquate Studien existieren, die belastbare Aussagen erlauben würden.

Allgemein ist zunächst festzuhalten, dass nicht zuletzt bei komparativen Fragestellungen, die sich auf den Vergleich zu anderen etablierten Behandlungsmethoden beziehen, die Studien in diesem Bereich zentralen Qualitätsanforderungen genügen müssen, damit valide Aussagen zur Überlegenheit bzw. Nicht-Unterlegenheit ermöglicht werden.

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 und fachlich angemessenen Operationalisierung** der Therapieverfahren als 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 – stärker noch als bei den Studien zum Nachweis der Wirksamkeit eines Verfahrens im Vergleich zu einer Kontrollbedingung – Studien mit **hinreichender statistischer Power** erforderlich.

4. Letztlich sind für jedes Störungsbild mehrere Studien aus unterschiedlichen Arbeitsgruppen – möglichst unter Einschluss von Forschern unterschiedlicher psychotherapeutischer Orientierung – erforderlich, um **Allegiance-Effekte** kontrollieren zu können.

a) Psychodynamische Psychotherapie und Verhaltenstherapie

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

Nur für die Bereiche der affektiven und Persönlichkeitsstörungen existieren zumindest 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, der Verbesserung der Symptomatik und 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, Salzer et al., 2009), 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, Hoyer et al., 2009). 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).

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

6.1 Anwendungsbereiche gemäß § 22 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie

Zur Nachhaltigkeit der Behandlungseffekte der Psychodynamischen Psychotherapie existieren eine Reihe empirischer Studien, welche die Stabilität der Behandlungseffekte über längere Zeiträume nachweisen. Bedeutsam ist an dieser Stelle der wiederholte Befund, dass die Nachhaltigkeit der Behandlungseffekte bei bestimmten Patientengruppen nur bei längeren Behandlungsdauern zu sichern ist, die in vielen RCTs zum Nachweis der Wirksamkeit einer Behandlungsmethode aus forschungspragmatischen und ökonomischen Gesichtspunkten nicht realisiert werden. Zahlreiche kontrollierte Studien, die auch über längere Katamnesezeiträume hinweg die Nachhaltigkeit der Psychodynamischen Psychotherapie untersucht haben, sind dabei indikationsübergreifend angelegt. Als Beispiel für eine derartige indikationsübergreifende Studie sei an dieser Stelle auf diejenige von Hoglend et al. (2006; 2008) verwiesen, welche die Stabilität der psychodynamischen Langzeittherapie zur Ein- und Dreijahreskatamnese nachweisen konnten. Andere kontrollierte Studien zeigen darüber hinaus nicht nur eine Stabilität der Behandlungseffekte, sondern weisen darauf hin, dass die behandelten Patienten auch nach Beendigung der PP im Zuge einer adäquateren Bewältigung ihrer psychischen und interpersonellen Konflikte noch weiter profitieren. Neben der bereits zitierten Arbeit von Knekt et al. (2008) sei hierzu exemplarisch auf die Ergebnisse der schwedischen STOPP-Studie verwiesen (Blomberg, Lazar & Sandell, 2001; Sandell et al., 2000).

6.1.1 Affektive Störungen

Die meisten der unter 3. aufgeführten Studien (siehe 3.1.1) weisen Katamnesezeiträume zwischen 12 und 24 Monaten auf. Die Befunde zeigen die Stabilität der durch die Psychodynamische Psychotherapie erreichten Wirksamkeit bei unipolaren Depressionen. In einer Reihe von Studien zeigt sich sogar eine weitere Reduktion der depressiven Symptomatik bzw. eine weitere Erhöhung der Remissionsrate oder eine Verhinderung weiterer depressiver Episoden im Katamnesezeitraum.

6.1.2 Angststörungen und Zwangsstörungen

Die durch die PP erreichten Therapieerfolge bei Angststörungen (siehe 3.1.2) zeigen sich in den katamnestischen Erhebungen zwischen neun bis 12 Monaten nach Beendigung der Therapien als durchgehend stabil.

6.1.3 Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

Die durch die PP erreichten Therapieerfolge bei somatoformen Störungen (siehe 3.1.3) zeigen sich in den katamnestischen Erhebungen – i. d. R. 12 Monate nach Beendigung der Therapien – als durchgehend stabil.

6.1.4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Die durch die Psychodynamische Psychotherapie erreichten Therapieerfolge bei Anpassungsstörungen (komplizierte Trauer) zeigen sich auch nach der Behandlung als stabil (siehe diverse Arbeiten der Arbeitsgruppe von Piper).

6.1.5 Essstörungen

Im Bereich der Essstörungen liegt eine Reihe von Wirksamkeitsstudien vor, welche die Stabilität der PP in einer Einjahreskatamnese demonstrieren (siehe 3.1.5).

6.1.6 Nichtorganische Schlafstörungen

Bislang konnten für diesen Anwendungsbereich keine Studien zum Nutzen der PP bei Erwachsenen identifiziert werden.

6.1.7 Sexuelle Funktionsstörungen

Bislang konnten für diesen Anwendungsbereich keine Studien zum Nutzen der PP bei Erwachsenen identifiziert werden.

6.1.8 Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen

Die Effekte der berichteten Studie zur übertragungsfokussierten Therapie bei Borderline-Störungen blieben in Katamnesen bis zu einem Follow-up-Zeitraum von einem Jahr stabil. Im Rahmen einer Beobachtungsstudie wurden die Ergebnisse einer Fünfjahreskatamnese zur ambulanten Behandlung von Patienten mit einer Borderline-

Persönlichkeitsstörung berichtet, welche die Stabilität der Behandlungsergebnisse zeigen (Stevenson, Meares & D'Angelo, 2005). Schließlich liegen zur mentalisierungsbasierten Behandlung der Borderline-Störung sogar katamnestische Erhebungen acht Jahre nach Behandlungsende vor, welche die Stabilität der Therapieergebnisse bestätigen (Bateman & Fonagy, 2008).

6.1.9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Bislang konnten für diesen Anwendungsbereich keine Studien zum Nutzen der PP bei Erwachsenen identifiziert werden.

6.2 Anwendungsbereiche gemäß § 22 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie

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

Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen liegen einzelne Wirksamkeitsstudien vor, welche die Stabilität der PP in einer Einjahreskatamnese belegen (siehe 3.2.1).

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

Bislang konnten für diesen Anwendungsbereich keine Studien zum Nutzen der PP bei Erwachsenen identifiziert werden.

6.2.3 Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe

Die Studie zur PP bei Patienten mit einem chronischen peptischen Geschwür belegt die Stabilität der Behandlungsergebnisse zur Einjahreskatamnese (siehe 3.2.3).

6.2.4 Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen

Zu diesem Anwendungsbereich liegen einzelne Studien vor, die Hinweise auf die Stabilität der Behandlungseffekte der PP liefern (siehe 3.2.4).

Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

7. 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 PT-RL (§ 22)?

Bitte machen Sie insbesondere Angaben

- a) zur Relevanz der medizinischen Problematik,
 - b) zum Spontanverlauf der Erkrankung und
 - c) zu diagnostischen und therapeutischen Alternativen.
- (VerfO 2. Kapitel, §10 Abs. 2, Nr. 2, a) bis c))

a) Relevanz der medizinischen Problematik

Psychische Erkrankungen sind häufige Störungsbilder. Nach dem Bundesgesundheitsurvey 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 hohe Anzahl an AU-Tagen oder eine erhöhte 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 II. aufgeführten psychischen Störungen, wie **die soziale Phobie, die generalisierte Angststörung, die Zwangsstörung und die somatoformen Störungen oder Insomnien**, sind im Verlauf chronisch mit geringen Quoten von Spontanremissionen (Wittchen, 1988, 1991; Wittchen & Fehm, 2003; Kessler, 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 be-

schrieben. 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 3. aufgeführten Studien belegen jedoch die Überlegenheit von PP gegenüber der Routinebehandlung.

Darüber hinaus besteht vor allem die Möglichkeit der Behandlung durch andere Psychotherapieverfahren und Psychopharmakotherapie (siehe 5.).

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

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

Bitte machen Sie insbesondere Angaben zur

- a) Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten,
- b) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten,
- c) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekostenabschätzung, und
- d) Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden.
(VerfO 2. Kapitel, § 10 Abs. 2 Nr. 3 a) bis d))

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 PP (bei einem Stundensatz von EUR 80,00) ca. EUR 2.000 bei Kurzzeitbehandlungen (25 Sitzungen), ca. EUR 6.400 bei längeren Behandlungsdauern (80 Sitzungen) und zwischen EUR 12.800 und EUR 24.000 bei hochfrequenten Langzeittherapien (160 bzw. 300 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 weiteren 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 deutliche finanzielle Einsparungen (im Verhältnis von 2,49:1) gegenüberstanden. 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

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

Nein.

Fragen zu möglichen Interessenkonflikten

10. 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.

11. 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.

Nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse kann zwischen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie nicht unterschieden werden; vielmehr ist von einem einheitlichen Verfahren der Psychodynamischen Psychotherapie auszugehen. Dies ergibt sich bereits aus der Stellungnahme des WBP vom 11. November 2004. Dort heißt es:

„Der WBP hat beschlossen, in seiner Stellungnahme Psychodynamische Psychotherapie als Oberbegriff für die tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und die psychoanalytischen Therapien zu

verwenden. Die folgende Stellungnahme bezieht sich also auf die Psychodynamische Psychotherapie als ein Verfahren.“

....

„Die Psychodynamische Psychotherapie (PP) gründet auf der Psychoanalyse und ihren Weiterentwicklungen.“

....

„Bei der PP handelt es sich um ein Verfahren, bei dem verschiedene Methoden und Techniken mit einem gemeinsamen störungs- und behandlungstheoretischen Hintergrund in verschiedenen Settings zur Anwendung gelangen.“

Nach Kenntnis der BPTK gibt es keine Untersuchung eines anderen wissenschaftlichen Gremiums zu dieser Frage, die zu einem anderen Ergebnis kommt. Ferner sind die Feststellungen des WBP 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. Bei der Bewertung sind jeweils alle Psychotherapiemethoden und Psychotherapietechniken zu berücksichtigen, die nach dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse Bestandteil des jeweiligen Verfahrens sind bzw. im Rahmen des Verfahrens Anwendung finden.

Dem kann nicht entgegengehalten werden, dass vor einer Bewertung der Psychodynamischen Psychotherapie zunächst die Psychotherapie-Richtlinie geändert werden müsse und die Psychodynamische Psychotherapie 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 Prüfung 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

- Abbass, A., Sheldon, A., Gyra, J. & Kalpin, A. (2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis*, 196(3), 211-216.
- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J. & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD004687.
- Bachar, E., Latzer, Y., Kreitler, S. & Berry, E. M. (1999). Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res*, 8(2), 115-128.
- Bailer, J. (2000). Prognose und Verlauf der schizophrenen Psychosen: Ergebnisse einer fünfjährigen prospektiven Verlaufsstudie.
- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Agnew, R. M., Halstead, J. et al. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *J Consult Clin Psychol*, 64(5), 1079-1085.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*, 158(1), 36-42.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*, 165(5), 631-638.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*.
- Beutel, M. E., Dippel, A., Szczepanski, M., Thiede, R. & Wiltink, J. (2006). Mid-term effectiveness of behavioral and psychodynamic inpatient treatments of severe obesity based on a randomized study. *Psychother Psychosom*, 75(6), 337-345.
- Blomberg, J., Lazar, A. & Sandell, R. (2001). Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies: First findings of the Stockholm outcome psychotherapy and psychoanalysis study. *Psychotherapy Research*, 11, 362-382.
- Bond, M. (2006). Psychodynamic psychotherapy in the treatment of mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 19(1), 40-43.

- 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* 2002, Springer-Verlag, 47, 347 - 355.
- Brom, D., Kleber, R. J. & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol*, 57(5), 607-612.
- 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.
- Burnand, Y., Andreoli, A., Kolatte, E., Venturini, A. & Rosset, N. (2002). Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv*, 53(5), 585-590.
- 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), 922-928.
- Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *Br J Psychiatry*, 182, 412-419.
- Creed, F., Fernandes, L., Guthrie, E., Palmer, S., Ratcliffe, J., Read, N. et al. (2003). The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 124(2), 303-317.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Narducci, J., Schamberger, M. & Gallop, R. (2005). Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(2), 211-224.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S. et al. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatry*, 56(6), 493-502.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., McCalmont, E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Frank, A. et al. (2001). Impact of psychosocial treatments on associated problems of cocaine-dependent patients. *J Consult Clin Psychol*, 69(5), 825-830.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol*, 76(6), 909-922.

- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J. & Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry*, 178, 216-221.
- de Jonghe, F., Hendricksen, M., van Aalst, G., Kool, S., Peen, V., Van, R. et al. (2004). Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *Br J Psychiatry*, 185, 37-45.
- de Jonghe, F., Kool, S., van Aalst, G., Dekker, J. & Peen, J. (2001). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord*, 64(2-3), 217-229.
- de Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., van Aalst, G., Gijsbers-van Wijk, C., Hendriksen, M. et al. (2008). Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega-analysis based on three randomized clinical trials. *Depress Anxiety*, 25(7), 565-574.
- 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.
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C., Abbass, A. A., de Jonghe, F. & Dekker, J. J. (2009). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*.
- Egle, U. T., Petrak, F., Hardt, J. & Nickel, R. (2008). Psychodynamic interactional group therapy for somatoform pain disorder, *Society for Psychotherapy Research 39th annual meeting* (Bd. 39, Book of Abstracts, S. 73). Barcelona.
- Emmelkamp, P. M., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C. & van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry*, 189, 60-64.
- Fairburn, C. G., Kirk, J., O'Connor, M. & Cooper, P. J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behav Res Ther*, 24(6), 629-643.
- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A. & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry*, 52(4), 304-312.
- Fairweather, D. V., Simon, R., Gebhard, M. E., Weingarten, E., Holland, J. L., Sanders, R. et al. (1960). Relative Effectiveness of Psychotherapeutic Programs: A Multicriteria Comparison of four Programs for three different patient groups. *Psychological Monographs*, 74(5), 1-25.
- 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.

- Gallagher-Thompson, D., Hanley-Peterson, P. & Thompson, L. W. (1990). Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol*, 58(3), 371-374.
- Gallagher-Thompson, D. & Steffen, A. M. (1994). Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *J Consult Clin Psychol*, 62(3), 543-549.
- Garner, D. M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M. V., Olmsted, M. P. & Eagle, M. (1993). Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 150(1), 37-46.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T. et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Gorham, D. R., Pokorny, A. D., Moseley, E. C., McReynolds, P., Kogan, W. S., Blumenthal, I. J. et al. (1964). Effects of a Phenothiazine and/or Group Psychotherapy with Schizophrenics. *Dis Nerv Syst*, 25, 77-86.
- Gowers, S., Norton, K., Halek, C. & Crisp, A. H. (1994). Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 15(2), 165-177.
- Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C. et al. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 191, 427-435.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M. et al. (2006). Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research*, 16(4), 470-485.
- Gregory, R., Chlebowski, S., Kang, D., Remen, A., Soderberg, M., Stepkovitch, J. et al. (2008). A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring Borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1), 28-41.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Katz, H. M., Vannicelli, M. L., Frosch, J. P. & Knapp, P. H. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull*, 10(4), 564-598.
- Guthrie, E., Creed, F., Dawson, D. & Tomenson, B. (1993). A randomised controlled trial of psychotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. *Br J Psychiatry*, 163, 315-321.

- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E. et al. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *Bmj*, 323(7305), 135-138.
- Guthrie, E., Moorey, J., Margison, F., Barker, H., Palmer, S., McGrath, G. et al. (1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry*, 56(6), 519-526.
- Hamilton, J., Guthrie, E., Creed, F., Thompson, D., Tomenson, B., Bennett, R. et al. (2000). A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia. *Gastroenterology*, 119(3), 661-669.
- Hartwich, P. & Schumacher, E. (1985). Zum Stellenwert der Gruppenpsychotherapie in der Nachsorge Schizophrener. Eine 5-Jahresverlaufsstudie. *Nervenarzt*, 56(7), 365-372.
- Hautzinger, M. & De Jong-Meyer, R. (2009). Depressionen. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Hellerstein, D., Rosenthal, J., Pinsker, H., Samstag, L. W., Muran, J. C. & Winston, A. (1998). A randomized prospective study comparing supportive and dynamic therapies: outcome and alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 7, 261-271.
- 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.
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut* 53, 4-16.
- Hoglend, P., Amlø, S., Marble, A., Bogwald, K. P., Sorbye, O., Sjaastad, M. C. et al. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations. *Am J Psychiatry*, 163(10), 1739-1746.
- Hoglend, P., Bogwald, K. P., Amlø, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M. C. et al. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? *Am J Psychiatry*, 165(6), 763-771.
- Huber, D., Denscherz, C., Gastner, J., Henrich, G. & Klug, G. (in preparation). Munich Psychotherapy Study: Psychodynamic long-term psychotherapies and cognitive-behavior therapy in comparison.
- Jacobi, F. (2001). Misserfolgsvorschung in der Verhaltenstherapie. In: R. Dohrenbusch & F. Kaspers (Hrsg.). *Fortschritte der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin*. Lengerich: Pabst.

- Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen, H. U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 47, 736–744.
- Jakobsen, T., Rudolf, G., Brockmann, J., Eckert, J., Huber, D., Klug, G. et al. (2007). Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen: Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. *Z Psychosom Med Psychother*, 53(2), 87-110.
- Karon, B. P. & Vandebos, G. R. (1970). Experience, medication, and the effectiveness of psychotherapy with schizophrenics. *Br J Psychiatry*, 116(533), 427-428.
- Kessler, R. C., Keller, M.B. & Wittchen, H. U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 24(1), 19-39.
- Knekt, P., Lindfors, O., Harkanen, T., Valikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M. A. et al. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med*, 38(5), 689-703.
- Knijnik, D. Z., Blanco, C., Salum, G. A., Moraes, C. U., Mombach, C., Almeida, E. et al. (2008). A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder. *Eur Psychiatry*, 23(8), 567-574.
- Korner, A., Gerull, F., Meares, R. & Stevenson, J. (2006). Borderline personality disorder treated with the conversational model: a replication study. *Compr Psychiatry*, 47(5), 406-411.
- Laessle, R. G. (2009). Essstörungen. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- 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. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev*, 21(3), 401-419.
- Leichsenring, F., Hoyer, J., Beutel, M., Herpertz, S., Hiller, W., Irl, E. et al. (2009). 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. & Leibling, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223-1232.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, 300(13), 1551-1565.
- Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibling, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1208-1216.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F. et al. (2009). Short-term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioural Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 166(8), 875-881.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F. et al. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*, 74(6), 1027-1040.
- Lindenmeyer, J. (2003). Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol. In: E. Leibling, W. Hiller & S. K. D. Sulz. Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 3. München: CIP-Medien.
- Maina, G., Forner, F. & Bogetto, F. (2005). Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders. *Psychother Psychosom*, 74(1), 43-50.
- Maina, G., Rosso, G. & Bogetto, F. (2009). Brief dynamic therapy combined with pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: long-term results. *J Affect Disord*, 114(1-3), 200-207.
- Maina, G., Rosso, G., Crespi, C. & Bogetto, F. (2007). Combined brief dynamic therapy and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: a pilot study. *Psychother Psychosom*, 76(5), 298-305.
- 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.
- McCallum, M. & Piper, W. E. (1990). A controlled study of effectiveness and patient suitability for short-term group psychotherapy. *Int J Group Psychother*, 40(4), 431-452.
- Meares, R., Stevenson, J. & Comerford, A. (1999). Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts. *Aust N Z J Psychiatry*, 33(4), 467-472; discussion 478-481.

- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J. et al. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry*, 164(2), 265-272.
- Monsen, K. & Monsen, J. (2000). Chronic Pain and Psychodynamic Body Therapy: A controlled outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 37(3), 257-269.
- Munroe-Blum, H. & Marziali, E. (1995). A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 190-198.
- Muran, J. C., Safran, J., Samstag, L. W. & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 532-545.
- 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.
- Piper, W. E., Azim, H. F., McCallum, M. & Joyce, A. S. (1990). Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 58(4), 475-481.
- Piper, W. E., Debbane, E. G., Bienvenu, J. P. & Garant, J. (1984). A comparative study of four forms of psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 52(2), 268-279.
- Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., Rosie, J. S. & Ogrodniczuk, J. S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *Int J Group Psychother*, 51(4), 525-552.
- Piper, W. E., Rosie, J. S., Azim, H. F. & Joyce, A. S. (1993). A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hosp Community Psychiatry*, 44, 757-763.
- Puschner, B., Kraft, S., Kächele, H. & Kordy, H. (2007). Course of improvement over 2 years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 51-68.
- Rudolf, G., Manz, R. & Öri, C. (1994). Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40, 25-40.
- Salminen, J. K., Karlsson, H., Hietala, J., Kajander, J., Aalto, S., Markkula, J. et al. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy and fluoxetine in major depressive disorder: a randomized comparative study. *Psychother Psychosom*, 77(6), 351-357.
- Sandahl, C., Herlitz, K., Ahlin, G. & Rönnerberg, S. (1998). Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: a randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 8(4), 361-378.

- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. & Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 921-942.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A. & Hardy, G. E. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 522-534.
- Shapiro, D. A., Rees, A., Barkham, M., Hardy, G., Reynolds, S. & Startup, M. (1995). Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 63(3), 378-387.
- Sjodin, I., Svedlund, J., Ottosson, J. O. & Dotevall, G. (1986). Controlled study of psychotherapy in chronic peptic ulcer disease. *Psychosomatics*, 27(3), 187-191, 195-186, 200.
- Sjostrom, R. (1985). Effects of psychotherapy in schizophrenia. A retrospective study. *Acta Psychiatr Scand*, 71(5), 513-522.
- Stanton, A. H., Gunderson, J. G., Knapp, P. H., Frank, A. F., Vannicelli, M. L., Schnitzer, R. et al. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophr Bull*, 10(4), 520-563.
- Steil, R. & Ehlers, A. (2009). Posttraumatische Belastungsstörung. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Stevenson, J. & Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 149(3), 358-362.
- Stevenson, J., Meares, R. & D'Angelo, R. (2005). Five-year outcome of outpatient psychotherapy with borderline patients. *Psychol Med*, 35(1), 79-87.
- Svartberg, M., Stiles, T. C. & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry*, 161(5), 810-817.
- Svedlund, J., Sjodin, I., Ottosson, J. O. & Dotevall, G. (1983). Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. *Lancet*, 2(8350), 589-592.
- Tasca, G., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Lybanon, V. et al. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*, 16(1), 106-121.
- Thompson, L. W., Gallagher, D. & Breckenridge, J. S. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consult Clin Psychol*, 55(3), 385-390.

- Vinnars, B., Barber, J. P., Noren, K., Gallop, R. & Weinryb, R. M. (2005). Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. *Am J Psychiatry*, 162(10), 1933-1940.
- Vogel, H. & Wasem, J. (Hrsg., 2004). Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Stuttgart: Schattauer.
- 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.
- Wiborg, I. M. & Dahl, A. A. (1996). Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Arch Gen Psychiatry*, 53(8), 689-694.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L. W., McCullough, L. & Muran, J. C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry*, 151(2), 190-194.
- Wittchen, H. U. (1988). The neutral course and outcome of anxiety disorders. What cases remit without treatment ? In: I. Hand & H. U. Wittchen. *Panic and phobias 2*. Berlin: Springer.
- Wittchen, H. U. & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand 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. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe-- a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- Woody, G., Luborsky, L., McLellan, A. T. & O'Brien, C. P. (1990). Corrections and revised analyses for psychotherapy in methadone maintenance patients. *Arch Gen Psychiatry*, 47(8), 788-789.
- Woody, G. E., Luborsky, L., McLellan, A. T., O'Brien, C. P., Beck, A. T., Blaine, J. et al. (1983). Psychotherapy for opiate addicts. Does it help? *Arch Gen Psychiatry*, 40(6), 639-645.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L. & O'Brien, C. P. (1990). Psychotherapy and counseling for methadone-maintained opiate addicts: results of research studies. *NI-DA Res Monogr*, 104, 9-23.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L. & O'Brien, C. P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *Am J Psychiatry*, 152(9), 1302-1308.

Zielke, M. (1999) Kosten-Nutzenaspekte in der Psychosomatischen Rehabilitation.
PPmP, 49, 361-367.

Zielke, M. (1993). Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Weinheim: PVU.