



Beratungsverfahren gemäß § 135 SGB V
(Vertragsärztliche Versorgung)

**Eye Movement Desensitization and
Reprocessing (EMDR) als Methode im Rahmen
von Einzelpsychotherapie bei Erwachsenen im
Anwendungsbereich Posttraumatische
Belastungsstörungen (PTBS)**

Stand: 3. Januar 2015

Unterausschuss Psychotherapie
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

A	Tragende Gründe und Beschluss	1
A-1	Rechtsgrundlagen.....	1
A-2	Eckpunkte der Entscheidung	1
A-2.1	Beschreibung der Methode.....	1
A-2.2	Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit.....	2
A-2.3	Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit im Versorgungskontext	3
A-2.3.1	Aktuelle Versorgungssituation.....	3
A-2.3.2	Einschätzung der medizinischen Notwendigkeit im ambulanten Versorgungskontext	3
A-2.4	Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit	3
A-2.5	Einbindung der EMDR in die Psychotherapie-Richtlinie.....	4
A-3	Würdigung der Stellungnahmen.....	5
A-4	Bürokratiekostenermittlung	5
A-5	Verfahrensablauf.....	6
A-6	Fazit	7
A-7	Beschluss.....	8
A-8	Anhang	10
A-8.1	Antrag zur Beratung der EMDR als Methode im Rahmen von Einzelpsychotherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) nach § 135 SGB V	10
A-8.2	Offenlegung von Interessenkonflikten der Sachverständigen.....	12
A-8.3	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V.....	14
B	Sektorenübergreifende Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit.....	15
B-1	Einleitung	15
B-2	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	16
B-2.1	Epidemiologie	16
B-2.2	Klassifikation.....	17
B-2.3	Symptomatik der PTBS	18
B-2.4	Verlauf	19
B-2.5	Behandlung der PTBS	19
B-2.6	Abgrenzung zu weiteren Traumafolgestörungen.....	20
B-2.7	Komorbidität	20
B-3	Grundlagen der EMDR	21
B-3.1	Geschichtlicher Hintergrund.....	21
B-3.2	Wirkmechanismus	22
B-3.3	Wirksame Elemente im therapeutischen Prozess	22

B-3.4	Forderungen an den Therapeuten	22
B-3.5	Hinweise zur Indikationsprüfung	23
B-3.6	Die 8 Phasen der EMDR-Behandlung.....	23
B-4	Informationsgewinnung und -auswahl.....	27
B-5	Systematische Bewertung der Evidenz.....	32
B-5.1	Stellungnahmen.....	32
B-5.2	Relevante Informationssynthesen.....	34
B-5.2.1	Leitlinien.....	34
B-5.2.2	Systematische Übersichtsarbeiten und HTA-Berichte	41
B-5.3	Wesentliche Charakteristika der eingeschlossenen Primärstudien	45
B-5.4	Zusammenfassung der verfügbaren Evidenz.....	50
B-5.4.1	Ergebnisse der Metaanalysen	61
B-5.4.2	Diskussion der Ergebnisse	65
B-6	Medizinische Notwendigkeit der EMDR	68
B-6.1	Aktuelle Versorgungssituation	68
B-6.2	Ambulante Behandlungsangebote	68
B-6.3	Stationäre Behandlungsangebote.....	69
B-6.4	Therapieangebote.....	69
B-6.5	Die Therapie der PTBS.....	70
B-6.6	Einordnung der Methode EMDR in die Therapie der PTBS	71
B-6.7	Medizinische Notwendigkeit der Methode EMDR	71
B-7	Zusammenfassung	73
B-8	Anhang	74
B-8.1	Skript zu Behandlungsmanual nach Shapiro.....	74
B-8.2	Diagnoseverfahren	85
B-8.2.1	Vorbemerkungen.....	85
B-8.2.2	DSM-IV-Kriterien der PTBS.....	86
B-8.2.3	ICD-10-Forschungskriterien der PTBS.....	87
B-8.2.4	Vergleich beider Diagnosesysteme	87
B-8.2.5	Weiterentwicklung	88
B-8.2.6	Verwendete Diagnoseverfahren der eingeschlossenen Primärstudien	89
B-8.3	Ankündigung des Bewertungsverfahrens.....	93
B-8.3.1	Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger	93
B-8.3.2	Fragenkatalog zur strukturierten Einholung von Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens.....	94
B-8.3.3	Übersicht der eingegangenen Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens	96
B-8.3.4	Wesentliche Inhalte der Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens.....	97

B-8.4	Suchstrategie EMDR	146
B-8.4.1	Initiale Recherchestrategien	146
B-8.4.2	Update - Recherchestrategien.....	151
B-8.5	Literaturlisten	160
B-8.5.1	Literatur, die für den Entscheidungsprozess berücksichtigt wurde	160
B-8.5.2	Literatur, die für den Entscheidungsprozess nicht berücksichtigt wurde	166
B-8.6	Studienbewertungen.....	218
B-8.6.1	Informationssynthesen	218
B-8.6.2	Primärstudien.....	228
B-8.7	Literaturverzeichnis.....	292
C	Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung.....	294
C-1	Einleitung	294
C-2	Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung	294
C-2.1	Definition der Methode.....	294
C-2.2	Diagnostik.....	294
C-2.3	Anwendungsbereich	294
C-2.4	Ergebnisse der Nutzenbewertung.....	295
C-2.5	Relevanz und aktuelle Versorgungssituation im ambulanten Bereich	295
C-2.6	Fazit der sektorenspezifischen Bewertung der Notwendigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung	296
C-3	Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung	297
D	Stellungnahmeverfahren nach 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO.....	298
D-1	Schriftliches Stellungnahmeverfahren nach §§ 91 Abs. 5 sowie 92 Abs. 7d SGB V	298
D-2	Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen.....	299
D-3	Mündliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 9 SGB V	304
D-4	Abschließende Würdigung der Stellungnahmen	305
D-5	Dokumente des Stellungnahmeverfahrens	306
D-5.1	Beschlussentwurf KBV	306
D-5.2	Beschlussentwurf GKV-SV	308
D-5.3	Tragende Gründe	310
D-5.4	Eingegangene schriftliche Stellungnahmen	318
D-5.5	Wortprotokoll der mündlichen Anhörung	341
E	Gesamtbewertung in der vertragsärztlichen Versorgung	345

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPTK	Bundespsychotherapeutenkammer
CAPS	Clinician Administered PTSD Scale
CM	The Counting Method
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
DSM-IV TR	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – IV Textrevision
E+CR	Exposure Plus Cognitive Restructuring
EMD	Eye-Movement-Desensitization
EMDR	Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HTA	Health Technology Assessment
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 2014
IES	Impact of Event Scale
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
M-PTSD	Mississippi Scale for Combat-Related Post Traumatic Stress Disorder
MPSS-SR	Modified PTSD Symptom Scale Self Report
OEG	Opferentschädigungsgesetz
PatV	Patientenvertreter
PDS	Post traumatic stress Diagnostic Scale
PE	Prologierte Exposition
PIA	Psychiatrische Institutsambulanzen
PSS-I	PTSD Symptom Scale-Interview
Psychth-APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic stress disorder
PSS-SR	PTSD Symptom Scale - Self Report
RCT	Randomized controlled trial

SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SBG V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SI-PTSD	Structured Interview for PTSD
SM	Stressmanagement
TFCBT	Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy
UA MB	Unterausschuss Methodenbewertung
UA PT	Unterausschuss Psychotherapie
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA
WBP	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie
WHO	World Health Organization

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leitlinien in chronologischer Reihenfolge	34
Tabelle 2: Eingeschlossene Systematische Reviews in chronologischer Reihenfolge	42
Tabelle 3: Studiencharakteristika der eingeschlossenen Primärstudien in chronologischer Reihenfolge	52

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm Literatursuchprozess	31
Abbildung 2: Analyse 1 Vergleich EMDR vs. indikationsunspezifische Behandlung, PTBS Symptomatik	61
Abbildung 3: Analyse 2 Vergleich EMDR vs. indikationsspezifische Behandlung, PTBS-Symptomatik	62
Abbildung 4: Analyse 3 Vergleich EMDR vs. indikationsunspezifische Behandlung, PTBS-Symptomatik	63
Abbildung 5: Analyse 4 Vergleich EMDR vs. indikationsunspezifische Behandlung, PTBS-Symptomatik, Selbstbeurteilung	64
Abbildung 6: Analyse 5 Vergleich EMDR vs. indikationsspezifische Behandlung, PTBS-Symptomatik, Selbstbeurteilung	64
Abbildung 7: Analyse 6 Vergleich EMDR vs. indikationsunspezifische Behandlung, PTBS-Symptomatik, Fremdbeurteilung	65
Abbildung 8: Analyse 7: Vergleich EMDR vs. indikationsspezifische Behandlung, PTBS-Symptomatik, Fremdbeurteilung	65

A Tragende Gründe und Beschluss

A-1 Rechtsgrundlagen

Auf der Grundlage des § 135 Abs. 1 SGB V überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Abs. 2 Satz 1 SGB V, einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue ärztliche Methoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Methode ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden darf.

Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit der Patientenvertretung am 27.01.2011 einen Antrag gemäß § 135 Abs. 1 SGB V zur Prüfung der Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode der Einzeltherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen vorgelegt.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hatte zuvor die EMDR bei Erwachsenen als Methode zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörungen wissenschaftlich anerkannt.

A-2 Eckpunkte der Entscheidung

A-2.1 Beschreibung der Methode

Bei EMDR handelt es sich um eine standardisierte psychotherapeutische Behandlungsmethode, die auf die Verarbeitung von als traumatisch erlebten Ereignissen und Erfahrungen zielt (vgl. Kapitel B 3 der Zusammenfassenden Dokumentation). Das methodische Vorgehen gliedert sich nach der Begründerin der Methode, Francine Shapiro, in acht Phasen. Diese umfassen Anamnese und Behandlungsplanung, Vorbereitung und Stabilisierung des Patienten, Bewertung, Desensibilisierung, Verankerung, Körper-Test, Abschluss sowie Überprüfung. Das Kernstück der Behandlung bildet die „Desensibilisierung“. Dabei soll durch kurzzeitiges In-Kontakttreten mit der belastenden Erinnerung bei gleichzeitiger bilateraler Stimulation (i.d.R. rhythmische Augenbewegungen aber auch Töne oder kurze Berührungen z.B. des Handrückens) die Blockierung der Verarbeitung der belastenden Erinnerung aufgehoben und eine zügige Verarbeitung ermöglicht werden.

A-2.2 Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit

In die sektorenübergreifende Bewertung wurden 12 Primärstudien sowie zwei Übersichtsarbeiten eingeschlossen. Um den Effekt der EMDR aus den zumeist kleinen Studien besser einschätzen zu können, wurde in der Arbeitsgruppe (AG) zudem eine eigene Metaanalyse durchgeführt.

Die Metaanalyse zeigte eine statistisch signifikante Überlegenheit der EMDR gegenüber einer indikationsunspezifischen und -spezifischen Kontrollbehandlung nach Abschluss der Therapie. Allerdings wies ein Großteil der Primärstudien methodische und inhaltliche Limitationen auf. Insgesamt lässt sich auf Basis der Ergebnisse ein deutlicher Hinweis auf einen Nutzen der EMDR gegenüber einer unspezifischen und spezifischen Therapie ableiten.

Für EMDR als Behandlungsmethode bei einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, ICD: F43.1) hat der Gemeinsame Bundesausschuss bei der sektorenübergreifenden Bewertung einen deutlichen Hinweis auf einen Nutzen festgestellt. Die PTBS stellt eine psychische Erkrankung dar, die mit hoher Symptombelastung, hoher Chronifizierungsneigung und hoher Komorbidität zu anderen psychischen Erkrankungen einhergeht. Die Prävalenz der PTBS kann in Abhängigkeit von der Art des Traumas bis zu 50% erreichen.

Die PTBS ist eine spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen. In der amtlichen Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland, der „Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM)“ ist sie im Kapitel V unter F43.1 gelistet. Sie wird dort als „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß“ beschrieben. Es kann sich dabei um ein einmaliges oder auch um mehrerer traumatische Ereignisse handeln (wie z.B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, Vergewaltigung, gewalttätigen Angriffen auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlägen, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politischer Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfällen oder dem Erhalten der Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit), welche die eigene Person oder auch beobachtete Personen erleben. Als typische Merkmale der PTBS werden im ICD-10-GM „das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls des Betäubtseins und emotionaler Stumpfheit auftreten“ beschrieben. Weiterhin werden „Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten“ sowie „ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen“ als Charakteristika der PTBS genannt. Mit den v.g. Symptomen treten auch häufig Angst und Depression sowie Suizidgedanken auf. Die vorbeschriebene Symptomatik beginnt verzögert nach dem traumatisch Erlebten (wenige Wochen bis Monate, manchmal auch deutlich länger). (vgl.: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlqm2014/block-f40-f48.htm>)

Epidemiologische Untersuchungen berichten über eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen (am häufigsten Angststörungen, Depressionen, Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder –sucht, Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) zwischen 50 bis 100%.

Gemäß der „Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F43.1“ der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWMF Register-Nr.051/010; <http://www.awmf.org>) ist die Häufigkeit von PTBS abhängig von der Art des

Traumata: „ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung, ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen, ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern, ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern, ca. 10% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome).“ Als Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung mit länderspezifischen Besonderheiten werden zwischen 1% und 7% (Deutschland 1,5% – 2 %) angegeben. Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder wird als wesentlich höher eingeschätzt und eine hohe Chronifizierungsneigung konstatiert.

Nach sektorenübergreifender, und somit einheitlicher, Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der neuen Methode EMDR (s. Kapitel B der Zusammenfassenden Dokumentation) ist gemäß des 2. Kapitels Abschnitt 2 § 7 Abs. 1b der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses eine sektorspezifische Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Methode der EMDR im ambulanten Versorgungskontext durchzuführen.

A-2.3 Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit im Versorgungskontext

A-2.3.1 Aktuelle Versorgungssituation

Die Methode der EMDR gehört derzeit im Bereich der ambulanten Versorgung nicht zu den gemäß Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Behandlungsmethoden, während sie in der stationären Akut- und Rehabilitationsbehandlung bei gegebener Indikation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes zur Anwendung kommt.

Schon jetzt stellt die PTBS (gemäß Abschnitt D. „Anwendungsbereiche“, § 22 Abs. 1 Nr. 4 der Psychotherapie-Richtlinie) eine Indikation zur Anwendung auch von ambulanter Psychotherapie zu Lasten der GKV dar. Bei gegebenem Behandlungsbedarf können gesetzlich Krankenversicherte, die an einer PTBS leiden, ambulant mit traumaspezifischen Methoden im Rahmen der in der Psychotherapie-Richtlinie anerkannten Behandlungsverfahren behandelt werden.

A-2.3.2 Einschätzung der medizinischen Notwendigkeit im ambulanten Versorgungskontext

Unter Berücksichtigung des Ergebnisses der sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der Schwere der zu behandelnden Erkrankung der PTBS sowie der aktuellen Versorgungssituation wird neben den bereits bestehenden Behandlungsalternativen im ambulanten Bereich eine medizinische Notwendigkeit der EMDR gesehen.

Die Aufnahme dieser weiteren traumaspezifischen Behandlungsmethode in die Psychotherapie-Richtlinie stellt eine Verbesserung der ambulanten Versorgung dar. Erkrankten Versicherten, die bisher nicht oder nicht ausreichend auf die bereits vorhandenen Methoden ansprachen, steht damit eine weitere wirksame psychotherapeutische Methode zur Behandlung der PTBS zur Verfügung.

A-2.4 Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit

Gemäß 2. Kapitel § 10 Abs. 2 Nr. 3 VerfO erfolgt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit einer Methode insbesondere auf der Basis von Unterlagen zur Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten, zur Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten, zur Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekosten-Abwägung, und zur Kosten-Nutzenabwägung im Vergleich zu anderen Methoden.

Keine der identifizierten Studien enthielt explizite Untersuchungen zu den v.g. ökonomischen Aspekten. Aus einigen Studien ließen sich Hinweise entnehmen, dass es sich bei EMDR im Vergleich zu anderen Behandlungen um eine kostengünstigere Methode handelt. So fanden bspw. Marcus, Marquis und Sakai (1997), dass Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung, die mit EMDR behandelt wurden, weniger Therapiestunden und weniger Psychopharmaka benötigten, als die jeweils mit Einzelpsychotherapie ohne EMDR, Medikation und/ oder Gruppentherapie behandelten Kontrollgruppen.

Anzumerken ist, dass die bestehenden Stundenkontingente durch die Anwendung der EMDR im Rahmen einer Richtlinien-Therapie nicht erweitert werden. Es ist nicht zu erwarten, dass zusätzliche Kosten durch die Einführung der EMDR entstehen. Plausibel erscheint hingegen, dass es durch die Wirksamkeit dieser Methode eher zur Verkürzung der Behandlung kommen könnte.

Zusammengefasst stehen dem G-BA derzeit keine belastbaren Daten zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit zur Verfügung. Auf eine sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit muss daher verzichtet werden.

A-2.5 Einbindung der EMDR in die Psychotherapie-Richtlinie

EMDR ist eine störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungsmethode zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Gemäß dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 Psychotherapeutengesetz kann EMDR bei Erwachsenen als Methode zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung als wissenschaftlich anerkannt gelten. Eine wissenschaftliche Anerkennung der EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen für den Bereich der posttraumatischen Belastungsstörungen war seitens des WBP wegen nicht ausreichender Studienlage nicht erfolgt. Entsprechend den Ergebnissen des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie war vom GKV-Spitzenverband gemeinsam mit der Patientenvertretung ein Antrag gemäß § 135 SGB V zur Prüfung der Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode der Einzeltherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen gestellt worden.

Nach sektorübergreifender Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit sowie nach sektorspezifischer Bewertung der Wirtschaftlichkeit und der Notwendigkeit im ambulanten Versorgungskontext kann festgestellt werden, dass die neue Methode der EMDR die Bedingungen des § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Richtlinie erfüllt.

Auf der Basis der Ergebnisse der Nutzenbewertung und unter Einbeziehung der Stellungnahmen sowie der Empfehlungen der S3 Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ der AWMF und insbesondere wegen der hohen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen erscheint eine Integration der Methode EMDR in den jeweiligen Behandlungsplan eines Richtlinienverfahren geboten. So können komorbid bestehende psychische Erkrankungen ebenfalls ausreichend diagnostiziert und mitbehandelt werden, ohne dass ein Therapeutenwechsel und/ oder ein neues Antragsverfahren notwendig werden. Eine solche Einbindung erscheint auch vor dem Hintergrund der bisherigen Studienergebnisse, die eine Wirksamkeit der EMDR nach Behandlungsende belegen, jedoch kaum Erkenntnisse hinsichtlich der Nachhaltigkeit dieser Behandlungsergebnisse über einen längeren Zeitraum liefern, sinnvoll. Im Rahmen der Einbindung der neuen Methode in eines der Psychotherapie-Richtlinienverfahren besteht die Möglichkeit, die Behandlungsergebnisse der EMDR zu stabilisieren und weiter auszubauen sowie vorhandene komorbide psychische Erkrankungen mitzubehandeln.

Aufgrund der Herkunft der EMDR aus der Verhaltenstherapie - Shapiro selbst bezeichnet EMDR als „.....kognitive, verhaltenspsychologische ... Therapie“ (Shapiro 1998, S. 87) - erscheint die neue Methode gut in ein umfassendes verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept integrierbar. Einer Anwendung der EMDR im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, die auf die Bearbeitung von aktualisierten

Konflikten ausgerichtet und bei der das therapeutische Vorgehen regressionsbegrenzend und zielorientiert ist, steht gemäß den Stellungnahmen und nach fachlicher Abwägung in der AG ebenfalls nichts entgegen. Aufgrund des unterschiedlichen Störungs- und Therapieverständnisses von EMDR und analytischer Psychotherapie stellte sich die Frage der Kompatibilität der neuen Methode mit dem Richtlinien-Verfahren der analytischen Psychotherapie. Diesbezüglich bestanden sowohl in den Stellungnahmen als auch in der AG unterschiedliche Auffassungen. Zur Klärung derselben wurde in der AG am 11.06.2014 eine Expertenanhörung durchgeführt. Diese führte zu dem Ergebnis, dass die EMDR bei der Indikation posttraumatische Belastungsstörung auch im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes in der analytischen Psychotherapie Anwendung finden kann. Dies soll jedoch nur im Rahmen eines modifizierten, regressionsbegrenzenden Vorgehens im Sitzen mit niedriger Frequenz erfolgen und nicht im Setting der klassischen analytischen Psychotherapie im Liegen.

Gemäß den Ergebnissen des Bewertungsverfahrens nach § 135 Abs. 1 SGB V und der v.g. Ausführungen ist die neue Methode der EMDR in Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie verortet. Der besseren Übersicht halber wurde in der Anlage 1 noch eine redaktionelle Umstrukturierung vorgenommen und zwar unter einer neuen Nummer I. wird aufgeführt, welche weiteren Verfahren, Methoden und Techniken unter welchen Bedingungen Anwendung finden können. Unter der neuen Nummer II. sind diejenigen Verfahren, Methoden und Techniken gelistet, die die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinie nicht erfüllen.

Die Anwendung setzt eine hinreichende fachliche Befähigung voraus, d.h. eine Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung einschließlich der Methode Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR). Das Nähere ist entsprechend § 27 in der Psychotherapie-Vereinbarung zu bestimmen.

A-3 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumentation unter Abschnitt D dokumentiert.

Nach Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses ergibt sich aus den Stellungnahmen folgender Änderungsvorschlag in Bezug auf die geplante Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:

In der neuen Nummer I.3 der Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie wird folgendes ergänzt (Fettdruck):

[Die Anwendung setzt eine hinreichende fachliche Befähigung voraus], d.h. eine Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung einschließlich der Methode Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR). Das Nähere ist entsprechend § 27 in der Psychotherapie-Vereinbarung zu bestimmen.

A-4 Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

A-5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Verfahrensschritte
27.01.2011		Antrag des GKV-Spitzenverbands gemeinsam mit der Patientenvertretung
17.02.2011	Plenum	Antragsannahme und Beauftragung des UA MB mit sektorenübergreifender Bewertung
09.06.2011	UA MB	Beschluss zur Veröffentlichung der Ankündigung der Bewertung u. Beschluss des Fragenkataloges
06.07.2011		Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger
31.05.2011- 14.01.2014	AG EMDR (UA MB)	Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit
27.02.2014	UA MB	Kenntnisnahme der sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit
25.02.2014 23.04.2014	AG EMDR (UA PT)	Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bürokratiekostenermittlung
11.06.2014	AG EMDR (UA PT)	Expertenanhörung zum Thema „Kompatibilität EMDR mit analytischer Psychotherapie“ Erarbeitung des Beschlusssentwurfes und der Tragenden Gründe
22.07.2014	UA PT	Einleitung der Stellungnahmeverfahren nach §§ 91 Abs. 5 SGB V im schriftlichen Verfahren
22.07.2014	UA PT	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens nach § 92 Abs. 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V (einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften) im schriftlichen Verfahren
01.09.2014	AG EMDR (UA PT)	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
10.09.2014	UA PT	Mündliche Stellungnahmen (Anhörung) u. Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen, abschließende Beratung des Beschlusssentwurfs u. der Tragenden Gründe
16.10.2014	Plenum	Beschlussfassung
16.12.2014	BMG	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V
02.01.2015	BAnz	Veröffentlichung des Beschlusses
03.01.2015		Inkrafttreten des Beschlusses und der Richtlinienänderung

A-6 Fazit

Bei der Methode der Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) handelt es sich um eine standardisierte psychotherapeutische Behandlungsmethode, die auf die Verarbeitung von als traumatisch erlebten Ereignissen und Erfahrungen zielt. Für EMDR als Behandlungsmethode im Rahmen einer Einzeltherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gemäß der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD; German Modification) in der aktuellen Fassung wurde ein deutlicher Hinweis auf Nutzen konstatiert.

Vor dem Hintergrund der Schwere, der Prävalenz sowie des Verlaufs der PTBS (siehe Zusammenfassende Dokumentation B-2.4) sieht der G-BA im ambulanten Bereich eine medizinische Notwendigkeit der EMDR als weiterer Methode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der bereits zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Psychotherapieverfahren.

A-7 Beschluss

Veröffentlicht im BAnz AT 02.01.2015 B2

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie- Richtlinie: EMDR bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen und Umstrukturierung der Anlage 1

Vom 16. Oktober 2014

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Oktober 2014 beschlossen, die Anlage 1 der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 (BAnz. S. 1399), zuletzt geändert am 18. April 2013 (BAnz AT 18.06.2013 B6), wie folgt zu ändern:

- I. Nach der Angabe „Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt gemäß § 17 Absatz 3 der Richtlinie fest.“ wird folgende Angabe eingefügt:
„I. Die nachstehenden Verfahren, Methoden und Techniken können wie folgt Anwendung finden:“
- II. Die Angabe „3. Die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinie werden nicht erfüllt von:“ wird ersetzt durch die Angabe
„II. Die folgenden Psychotherapieverfahren, Psychotherapiemethoden und psychotherapeutischen Techniken können keine Anwendung finden, da die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinie nicht erfüllt werden:“
- III. Nach der Nummer I.2 wird folgende Nummer I.3 eingefügt:
„3. Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) kann bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie Anwendung finden. Die Anwendung setzt eine hinreichende fachliche Befähigung voraus, das heißt eine Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung einschließlich der Methode EMDR. Das Nähere ist entsprechend § 27 in der Psychotherapie-Vereinbarung zu bestimmen.“
- IV. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 16. Oktober 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

A-8 Anhang

A-8.1 Antrag zur Beratung der EMDR als Methode im Rahmen von Einzelpsychotherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) nach § 135 SGB V

EMDR bei Erwachsenen

Antrag des GKV-Spitzenverbandes und der Patientenvertretung nach § 140f SGB V

Es wird beantragt, EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) als Methode der Einzeltherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen gemäß § 17 Abs. 2 PT-RL i.V.m. der Verfahrensordnung des G-BA zu bewerten und als neue Psychotherapiemethode anzuerkennen.

Begründung des Antrages:

1. Anerkennung der Methode EMDR durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 des Psychotherapeutengesetzes

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat in seiner Sitzung am 06. Juli 2006 ein Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode bei Erwachsenen (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) verabschiedet.¹ Dem Gutachten liegt ein Antrag zugrunde, der im Januar 2005 durch die EMDRIA Deutschland e.V. (Fachgesellschaft für EMDR in Deutschland) in Zusammenarbeit mit der Sektion für Psychotraumatologie der Universität Heidelberg beim WBP eingereicht wurde. Dieser Antrag beschränkte sich auf die Anwendung der EMDR bei Patienten mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Gemäß dem Gutachtenantrag ist EMDR „eine psychotherapeutische Methode, bei der durch bilaterale Stimulation die Verarbeitung traumatisch erlebter Erfahrungen ermöglicht wird. EMDR folgt einem achtphasigen Behandlungskonzept, dessen Kernstück ein Prozess ist, bei dem der Patient sich auf bestimmte Anteile seiner traumatischen Erinnerung konzentriert und gleichzeitig den Fingerbewegungen des Therapeuten folgend die Augen bewegt. Der Verarbeitungsprozess kann auch durch andere Formen der „bilateralen Stimulation“ mit dem rhythmischen Berühren beider Hände oder durch wechselseitige Beschallung beider Ohren induziert werden. Es wird davon ausgegangen, dass dadurch ein „meist mit einer zügigen Entlastung verbundener assoziativer Verarbeitungsprozess ausgelöst“ wird, in dem durch spontane Verbindungen von Erinnerungsbruchstücken aus dem traumatisierenden Ereignis mit Elementen aus dem biographischen Gedächtnis („Kontextualisierung“) oder einfaches Verblässen der traumatischen Erinnerung für viele Patienten eine affektive Entlastung spürbar wird.“²

Hinsichtlich der Verbreitung der Posttraumatischen Belastungsstörungen finden sich in der Literatur wohl vor allem aufgrund des individuell sehr spezifischen Erlebens von posttraumatischen Ereignissen sehr unterschiedliche Angaben. Untersuchungen aus den USA zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung je nach Art des traumatischen Ereignisses zwischen 7 und 55 % (Lebenszeitinzidenz) liegt.

Die Prüfung durch den WBP ergab, dass die EMDR-Methode bei Erwachsenen als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung als wissenschaftlich anerkannt gelten kann. Sie konnte wegen der Studienlage jedoch nicht als Verfahren für die vertiefte

¹ Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsyThG: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) als Methode zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung, 6. Juli 2006.

² Ebenda.

Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten empfohlen werden. Für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen konnte für keinen Anwendungsbereich der Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung der EMDR-Methode festgestellt werden.

2. Indikationsbezogene Angaben zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit gemäß 2. Kap. § 4 Abs. 4 Verfo

Die AG Antragsprüfung hat vier der vom WBP bei seiner Prüfung als „positiv“ bewerteten Studien exemplarisch gesichtet. Unter diesen Studien sind drei, die als Referenzstudien für einen Antrag auf Prüfung der EMDR als Methode geeignet erscheinen (Carlson, Lee, Power):

- Carlson, Chemtob et al (1998): Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder
- Lee, Gavriel et al (2002): Treatment of PTSD: Stress Inoculation Training with Prolonged Exposure Compared to EMDR
- Power, McGoldrick et al (2002): A Controlled Comparison of Eye movement Desensitization and Reprocessing versus Exposure Plus Cognitive Restructuring versus Waiting List in the Treatment of Post-traumatic-Stress Disorder

Posttraumatische Belastungsstörungen werden vor allem durch traumatische Erlebnisse, wie z.B. Erfahrungen mit Krieg, Flucht und Vertreibung, sexueller Missbrauch und Gewalt oder das Erleben schwerer Unfälle ausgelöst. Diese Erlebnisse sind in ihrer Folge häufig mit psychischen Erkrankungen assoziiert. Posttraumatische Belastungsstörungen hinterlassen körperliche und seelische Störungen.

Die EMDR wird angewandt um eine gesundheitliche, persönliche sowie soziale Stabilisierung, die eine Voraussetzung für eine gesundheitlich beschwerde- und angstfreie, aber auch sozial integrierte Lebensbewältigung darstellt zu erreichen, um so die eine Grundlage der weiteren Traumaverarbeitung zu schaffen.

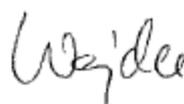
Dem Ergebnis der kursorischen Prüfung der AG folgend wird der Antrag zur Prüfung der EMDR als Methode der Einzeltherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich „Posttraumatische Belastungsstörung“ gestellt.

Zur Frage der Wirtschaftlichkeit der Methode machen die aufgeführten antragsbegründenden Studien keine weitergehenden Angaben. Die Frage der Wirtschaftlichkeit ist im Rahmen der beantragten Beratung weitergehend zu prüfen.

Sofern eine Antragannahme erfolgt, sprechen sich die Antragsteller für eine prioritäre Methodenprüfung der EMDR aus, da für den Indikationsbereich „Posttraumatische Belastungsstörungen“ ein zunehmender Versorgungsbedarf gesehen wird.



Dr. Diedrich Bühler GKV-Spitzenverband
GKV-Spitzenverband



Simone Wejda
Sprecherin Patientenvertreter nach § 140f SGB V
Unterausschuss Methodenbewertung

A-8.2 Offenlegung von Interessenkonflikten der Sachverständigen

Im Rahmen der Expertenanhörung zum Thema „Kompatibilität EMDR mit analytischer Psychotherapie“ haben die unten aufgeführten Sachverständigen ihre Interessenkonflikte wie folgt dargelegt:

Name des Sachverständigen	In der Offenlegungserklärung nach Anlage I zum 1. Kapitel der Verfahrensordnung wurden Interessenkonflikte erklärt
Prof. Dr. Klaus Lieberz	Nein
Prof. Dr. Ulrich Sachsse	Ja (Frage 2 und 5)
Dr. Wolfgang Wöller	Ja (Frage 1)

Im Rahmen der mündlichen Anhörung zum gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren haben die Anhörungsberechtigten ihre Interessenkonflikte wie folgt dargelegt:

Name der Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten	In der Offenlegungserklärung nach Anlage I zum 1. Kapitel der Verfahrensordnung wurden Interessenkonflikte erklärt
Dr. Michael Hase	Ja (Frage 1, 2 und 5)
Susanne Leutner	Ja (Frage 2)
Timo Harfst	Nein
Monika Konitzer	Nein
Dr. Julia Schellong	Ja (Frage 4 und 5)
PD Dr. Wolfgang Wöller	Nein
Dagmar Eckers	Nein

Im „Formblatt 1 zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte für Sachverständige und Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten“ wurden folgende 6 Fragen gestellt:

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

A-8.3 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

REFERAT 213
BEARBEITET VON Adina Wiebe
HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4242
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Berlin, 16. Dezember 2014

AZ 213 - 21432 - 07

vorab per Fax: 030/ 275838-105

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V vom 16. Oktober 2014
hier: **Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:**
EMDR bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen und
Umstrukturierung der Anlage 1

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o.a. Beschluss vom 16. Oktober 2014 über eine
Änderung der Psychotherapie-Richtlinie wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

U-Bahn U 6:
S-Bahn S1, S2, S3, S7:
Straßenbahn M 1

Oranienburger Tor
Friedrichstraße

B Sektorenübergreifende Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit

B-1 Einleitung

Auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) zusammen mit der Patientenvertretung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 17. Februar 2011 beschlossen, ein Bewertungsverfahren für die Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode im Rahmen von Einzelpsychotherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) einzuleiten.

Dem vorausgegangen war ein Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) vom 6. Juli 2006. Mit diesem Gutachten wurde die Wissenschaftlichkeit der EMDR bei Erwachsenen als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung festgestellt. Für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen hingegen konnte für keinen Anwendungsbereich der Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung der EMDR-Methode konstatiert werden.

Im 2. Kapitel § 7 Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) sind die Grundzüge der Bewertung medizinischer Behandlungsmethoden niedergelegt. Danach gliedert sich das Bewertungsverfahren in eine sektorenübergreifende und damit einheitliche Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit sowie in eine sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im jeweiligen Kontext des ambulanten oder des stationären Versorgungssektors.

In diesem Bericht ist die Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit einer vom Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB) gemäß 2. Kapitel § 7 VerfO eingerichteten themenbezogenen AG abgebildet.

Dieser Bewertung sind auch die mit dem Beratungsantrag gemäß 2. Kapitel § 4 VerfO vorgelegten Unterlagen und die Stellungnahmen nach 2. Kapitel § 6 VerfO, die anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens eingeholt wurden, zugrunde gelegt. Zudem wurden die von den Stellungnehmern benannten Quellen berücksichtigt.

B-2 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

B-2.1 Epidemiologie

Die Verbreitung der PTBS hängt von der Häufigkeit traumatischer Ereignisse ab. Ein Teil der Traumata variiert in seiner Häufigkeit in Abhängigkeit von geografischen oder politischen Regionen. Beispielsweise finden sich Regionen mit einer Häufung an Naturkatastrophen, in einigen Ländern sind politische Gewalt und Folterungen politischer Gegner an der Tagesordnung. Daher muss die regionale Herkunft der Prävalenzdaten beachtet werden (Maercker 2009, S. 28).

Für die Häufigkeit der Vergabe der Diagnose PTBS spielt die Wahl des Diagnoseklassifikationssystems eine entscheidende Rolle. So fielen z. B. in einer Studie von Andrews, Slade und Peters (1999) die Prävalenzzahlen für eine PTBS etwa halb so hoch aus, wenn sie nach DSM IV statt nach IDC-10 erhoben wurden.

Für Deutschland finden sich in einer Studie von Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer, und Brähler et al. (2008) Angaben zur 1-Jahresprävalenz der PTBS für die gesamte Erwachsenenaltersspanne (18- bis 95-Jährige) von 2,3 %. Die Diagnose einer PTBS wurde in dieser Studie in Übereinstimmung mit den DSM-IV-Kriterien bestimmt.

Bezüglich der Häufigkeit der berichteten traumatischen Ereignisse wurden keine signifikanten Geschlechtsunterschiede gefunden. Die Studie berichtet jedoch über Geschlechtsunterschiede bezüglich der Art der Traumatisierungen (Maercker et al. 2008). Bei Frauen wurden Vergewaltigung und Kindesmissbrauch signifikant häufiger berichtet, bei Männern schwere Unfälle, körperliche Gewalt und Gefangenschaft/Geiselnahme als kriegsbezogene Traumata.

Interessant waren die Altersgruppenunterschiede.

Altersgruppe	1Jahresprävalenz
14-29-Jährige	1,4 %
30-59-Jährige	1,9 %
> 60-Jährige	3,8 %

Bei den über 60-Jährigen fanden sich gegenüber den jüngeren Altersgruppen 2- bis 3-fach erhöhte Prävalenzraten für PTBS. Dies wurde vor dem Hintergrund der Nachwirkungen der Traumatisierungen der Kriegszeit diskutiert.

Die Autoren beschreiben eine Bedeutung der Art des erlebten Traumas für die Wahrscheinlichkeit einer späteren PTBS-Erkrankung. Diese Angaben wurden nicht nach Geschlecht getrennt beschrieben. So wurden für Vergewaltigungen, Kindesmissbrauch und lebensbedrohliche Krankheiten bei vergleichsweise geringer Traumahäufigkeit (0,75 %, 1,2 % bzw. 2,98 %) eine hohe Störungshäufigkeit nach erlebtem Trauma berichtet (PTBS-Vollbilder: 37,5 %, 35,3 % bzw. 23,4 %). Hingegen fand sich zum Untersuchungszeitpunkt für die häufiger berichteten Kriegshandlungen (Traumahäufigkeit: 8,2 %) eine geringere bedingte Wahrscheinlichkeiten für eine PTBS (7,78 %).

Diese anhand einer großen deutschen Stichprobe gewonnenen Ergebnisse kontrastieren zum Teil zu denen älterer Studien aus anderen Ländern. So fanden beispielsweise Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, und Nelson (1995) in den USA eine signifikant erhöhte Lebenszeitprävalenz für PTBS bei Frauen. Auch diese Studie zeigte geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der PTBS-auslösenden Traumata.

Für Männer wurde eine hohe Wahrscheinlichkeit einer nachfolgenden Erkrankung mit PTBS (38,8 %) nach Kriegstraumatisierungen (Lebenszeit-Traumahäufigkeit: 6,4 %) gefunden. Für die sehr viel seltener berichtete Vergewaltigung bei Männern (Lebenszeit-Traumahäufigkeit:

0,7 %) wurde eine höhere Wahrscheinlichkeit von 65 % einer PTBS-Erkrankung ermittelt. Auch körperliche Misshandlungen (Lebenszeit-Traumahäufigkeit: 3,2 %) waren bei Männern mit einer hohen Erkrankungswahrscheinlichkeit verbunden (22,3 %). Die sehr viel häufiger berichteten Traumatisierungen durch Unfälle (25,0 %) und durch Erleben von Traumatisierungen Anderer (35,6 %) mündeten hingegen seltener in eine PTBS (6,3 und 6,4 %).

Für Frauen wurden Vergewaltigung und sexuelle Belästigung als häufige Ereignisse erfasst (Lebenszeit-Traumahäufigkeit: 9,2 und 12,2 %). Derart traumatisierte Frauen zeigten eine hohe Wahrscheinlichkeit, an PTBS zu erkranken (45,9 und 26,5 %), wenn das auslösende Ereignis als stark erschütternd erlebt wurde. Die Bedrohung mit einer Waffe, für die eine Lebenszeithäufigkeit von 6,8 % beschrieben wurde, führte mit einer Wahrscheinlichkeit von 32,7 % zu einer Ausbildung einer PTBS. Die häufigeren Traumatisierungen durch Naturkatastrophen oder durch Erleben von Traumatisierungen Anderer (15,2 und 14,5 %) führten seltener zu einer Erkrankung mit PTBS (5,4 und 7,5 %).

Die Altersgruppe der über 60-Jährigen wurde in dieser Studie nicht berücksichtigt, die Diagnosestellung einer PTBS erfolgte anhand des DSM-III-R. (Kessler et al. 1995).

Dieser Ausschnitt der vorliegenden Literatur lässt vermuten, dass sozio-kulturelle und politische Hintergründe einen erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse von Studien zur Prävalenz der PTBS haben.

B-2.2 Klassifikation

Die PTBS wird in den international gebräuchlichen Diagnoseklassifikationssystemen der Medizin (ICD-10 und DSM-IV) weitgehend übereinstimmend definiert.

Beide Klassifikationssysteme fordern das gemeinsame Vorliegen von fünf Hauptkriterien als Voraussetzung für die Vergabe der Diagnose PTBS:

1. Erleben eines Traumas
2. Intrusionen (unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma)
3. Vermeidungsverhalten und allgemeiner emotionaler Taubheitszustand
4. Anhaltendes physiologisches Hyperarousal (Übererregung)
5. Dauer der Symptomatik

Differenzen in der Zuordnung der PTBS in die Gruppen der jeweiligen Klassifikationssysteme ergeben sich unter anderem aufgrund der unterschiedlichen Nosologie. Während die PTBS im DSM-System unter symptomatologischer Betrachtung zu den Angststörungen gerechnet wird, findet sie sich im ICD-10-System unter ätiologischem Gesichtspunkt in der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen.

Auch weisen die Klassifikationssysteme eine unterschiedliche Operationalisierung der einzelnen Kriterien auf, was zum Teil erhebliche Unterschiede im Diagnosevergabeverhalten zur Folge hat. So fallen z. B. die Prävalenzzahlen für eine PTBS in Erhebungen, die nach DSM-IV kodieren, halb so hoch aus wie in Systemen, die die etwas großzügigere ICD-10 nutzen (Andrews et al. 1999).

Die konkrete Darstellung der beiden Diagnoseklassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV sowie eine vergleichende Gegenüberstellung findet sich in Kapitel 8.2 (Diagnoseverfahren).

Die aktuell gültigen Versionen der beiden Diagnoseklassifikationssysteme sind die ICD-10-GM Version 2014 und das DSM-IV TR (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003). Die im Mai 2013 veröffentlichte fünfte Ausgabe des DSM lag bei Redaktionsschluss nur in englischer Sprache vor (American Psychiatric Association 2013).

B-2.3 Symptomatik der PTBS

Zwei klinische Beobachtungen führten historisch zu der Annahme, dass das Erleben von Extremsituationen in ein gemeinsames klinisches Bild von Posttraumatischen Belastungsstörungen münden kann:

- extreme Ereignisse können extreme Reaktionen verursachen
- ganz verschiedene traumatische Erlebnisse führen zu einem vergleichbaren Symptomenkomplex.

Im Folgenden wird eine Begriffsbestimmung der drei großen Symptomgruppen der PTBS vorgenommen (Maercker 2009, S. 14).

Intrusion/ Wiedererleben

Intrusionen sind spontan auftretende, ungewollt wiederkehrende und belastende Bilder, Geräusche oder andere lebhaft eindrücke des Traumas, die sich sowohl im wachen Bewusstseinszustand als auch in den Träumen aufdrängen. In diese Gruppe gehören Flashbacks (Nachhallerlebnisse) und belastende Träume bzw. Alpträume.

Vermeidung/ Numbing

Durch Vermeidung versuchen die Betroffenen, die überflutenden Gedanken „abzuschalten“. Auch werden z.B. Orte und Aktivitäten gemieden, die an das Trauma erinnern.

Das Numbing beschreibt ein anhaltendes Gefühl der Entfremdung von anderen Menschen und ist von einem sozialen Rückzug begleitet.

Hyperarousal

Das Hyperarousal bezeichnet die körperliche Reaktion auf das erlebte Trauma und ist durch eine Senkung der Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems verursacht. Die resultierende Erregungssteigerung beeinträchtigt die Reaktionen der Betroffenen im wachen Zustand, aber auch deren Schlafverhalten (Maercker 2009, S. 17ff).

Die Symptomatik kann durch Schlüsselreize, wie z. B. Geräusche oder Düfte regelmäßig hervorgerufen werden. Häufig können Patienten sich an wichtige Elemente des traumatischen Geschehens nicht mehr erinnern bzw. die Erinnerungen sind unscharf und liegen nur noch in Bruchstücken vor. Zusätzlich können Symptome wie Interessenminderung, Entfremdungsgefühl oder Einschränkung des Affektspielraums in wechselndem Ausmaß auftreten.

B-2.4 Verlauf

Eine PTBS kann sich in jedem Lebensalter nach einem erlebten Trauma manifestieren. Meistens treten erste Symptome innerhalb der ersten Monate nach dem Traumazeitpunkt/-zeitraum auf. Unmittelbar nach dem Trauma sind häufig akute Belastungszustände zu beobachten.

Sowohl diese anfänglichen Zustände als auch eine voll ausgebildete PTBS-Symptomatik können im Verlauf von Wochen und Monaten eine spontane Heilung erfahren. Einer Studie von Kessler et al. aus dem Jahr 1995 ist ein gestufter Anstieg der Anzahl der Personen ohne Symptome im Verlauf sowohl in der Gruppe der behandelten als auch in der der unbehandelten Probanden mit PTBS zu entnehmen. Offensichtlich bewirkte die Inanspruchnahme einer professionellen Behandlung bei einem Teil der Patienten eine schnellere Remission der Symptome. Während die behandelte Gruppe zu 50 % bereits nach etwas mehr als zwei Jahren eine Symptombefreiung berichtete, war die unbehandelte Gruppe erst nach etwas mehr als fünf Jahren zur Hälfte frei von Symptomen. Die mittlere Zeit bis zur Remission der Symptome betrug für die Gruppe der behandelten Probanden 36 und für die der unbehandelten 64 Monate. In beiden Gruppen zeigten sich etwa vom 74. Monat an keine nennenswerten Unterschiede mehr zwischen den Gruppen (Kessler et al. 1995).

Das Auftreten der verzögerten Form der PTBS mit einer Erstmanifestation nach symptomfreien Monaten, Jahren oder gar Jahrzehnten wird als selten beschrieben. In Fällen eines verzögerten Auftretens von PTBS fanden sich zu 38 % Exacerbationen und zu 15,3 % Reaktivierungen vorbestehender Symptome.

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle der Begriff Retraumatisierung erwähnt. Gemeint sind Zustände des Patienten, in denen es infolge lediglich der Erinnerung an das traumatische Geschehen zu einer stark erhöhten Symptombelastung kommt. Das Trauma wird reaktualisiert, die Verschlechterung der Symptomatik kann im ungünstigsten Falle lange anhalten. Im therapeutischen Kontext ist die Traumaexposition im Sinne einer heilenden und emotional stützenden therapeutischen Maßnahme begrifflich und inhaltlich von der Retraumatisierung zu unterscheiden.

B-2.5 Behandlung der PTBS

Eine leitliniengerechte Behandlung sieht primär eine traumaspezifische Psychotherapie sowie bei Bedarf eine adjuvante Psychopharmakotherapie zur Unterstützung der Symptomkontrolle vor (Flatten et al. 2011).

Die psychotherapeutische Behandlung der PTBS verfolgt das Ziel, unter geschützten therapeutischen Bedingungen mittels Konfrontation mit der Erinnerung an das auslösende Trauma eine biographische Integration des Erlebten zu erreichen. Dabei ist die Bearbeitung traumatisch fixierter Erinnerungen und sensorischer Fragmente als zentraler Bestandteil der Behandlung anzusehen. Es sollen traumaadaptierte Behandlungsmethoden eingesetzt werden.

In der Regel endet eine Traumatherapie nicht mit der Traumabearbeitung. Wenn indiziert, soll zur Unterstützung von Trauer, Neubewertung und sozialer Neuorientierung der psychotherapeutische Prozess fortgeführt werden.

Aktuell wird EMDR von der World Health Organization (WHO) neben der traumafokussierten Verhaltenstherapie (trauma-focused cognitive behavioural therapy) als eine von zwei psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für PTBS empfohlen. Im Jahr 2013 wurde diese Behandlungsmethode in die Guidelines for the Management of Conditions That are Specifically Related to Stress der WHO aufgenommen (WHO 2013).

B-2.6 Abgrenzung zu weiteren Traumafolgestörungen

Neben der PTBS finden sich in dieser Gruppe weitere traumabedingte relevante Störungsbilder. Diese lassen sich durch den Verlauf sowie andere bzw. zusätzliche Symptome von der PTBS unterscheiden. Daher sind sie nicht Diskussionsgegenstand der Methodenbewertung der EMDR bei PTBS.

Wichtige Vertreter dieser Gruppe werden im Folgenden kurz skizziert.

Akute Belastungsstörung

Sie ist zwischen dem 2. Tag und höchstens vier Wochen nach einem traumatischen Ereignis zu diagnostizieren. Somit unterscheidet sie sich von der PTBS vorrangig durch Hauptkriterium 5, da die Symptomatik weniger als einen Monat anhält.

Entwicklungstraumastörung (komplexe PTBS)

Der Begriff steht für eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung. Diese bildet sich in der ICD-10 unter den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung F62.0) ab. Bei der Entwicklungstraumastörung handelt es sich um eine Weiterentwicklung des Konzeptes der Komplexen PTBS. Die Störung ist neben den oben beschriebenen Kriterien 1 und 2 durch soziokognitive Veränderungsmuster und durch funktionelle Beeinträchtigungen gekennzeichnet.

Somatoforme Traumafolgestörung bzw. somatoforme Dissoziation

Hierbei handelt es sich um eine eher somatoforme Reaktion auf ein Trauma. So reagieren Patienten beispielsweise mit Schmerzen oder zeitweisen sensorischen Ausfällen, ohne die klassischen PTBS-Kriterien (Intrusion, Vermeidungsverhalten) zu zeigen. Die Phänomene dieser Störung umfassen somatoforme Störungsbilder (ICD-10: F45.-) und die dissoziativen Störungen (ICD-10: F44.-).

B-2.7 Komorbidität

Über alle epidemiologischen Untersuchungen von traumatisierten Patienten ist die hohe Komorbidität mit anderen Diagnosen zu beobachten (Maercker 2009, S. 28). Die häufigste Folge- und Begleitprobleme sind:

- Angststörungen
- Depressionen
- Suizidalität
- Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder –sucht
- Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Häufigkeit der angegebenen komorbiden Störungen variiert bei verschiedenen Untersuchungen zwischen 50 – 100 %.

Abzugrenzen davon sind Störungen, die in einem kausalen pathogenetischen Zusammenhang mit dem Trauma stehen. Diese sind somit keine unabhängigen Störungsbilder. So können sich Sozialphobien oder spezifische Phobien in einem zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit dem Trauma herausbilden (Maercker 2009, S. 28).

B-3 Grundlagen der EMDR

EMDR wird in der Fachwelt als psychotherapeutische Behandlungsmethode verstanden, die mit dem Ziel eingesetzt wird, eine Verarbeitung traumatischer Erfahrungen zu ermöglichen.

Im Rahmen der inhaltlichen Auseinandersetzung der AG mit der EMDR und zur Einführung in den Themenbereich wurde von einem AG-Mitglied ein Vortrag zur EMDR gehalten. Dieser basierte auf einer Ausarbeitung des Handbuchs zur Behandlung traumatisierter Menschen von Francine Shapiro (Shapiro 1998).

Das umfangreiche Manual, das im Jahr 2013 eine Neuauflage erfuhr, enthält praxisnahe und ausführliche Anleitungen zur Durchführung der Therapie und setzt sich darüber hinaus kritisch mit Entwicklungen der EMDR in der praktischen Anwendung und mit diesbezüglich durchgeführten Studien auseinander.

Das ausführliche Skript zum Vortrag findet sich im Anhang zu diesem Nutzenbericht (siehe Kapitel 8.1 ff). Im Folgenden findet sich eine darauf basierende kurze Einführung in die EMDR.

B-3.1 Geschichtlicher Hintergrund

Das Konzept der EMDR-Behandlung wurde von Francine Shapiro entwickelt. Im Jahr 1989 berichtete diese über die zufällige Entdeckung der entlastenden Wirkung horizontaler Augenbewegungen. Anschließend leitete sie eine systematische Erprobung dieser Erfahrung mit gesunden Versuchspersonen und danach mit Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung ein. Den resultierenden Erfahrungen folgend band sie das Element der bilateralen Stimulation (rhythmische Augenbewegungen) in einen komplexen Behandlungsansatz im Sinne einer „... interaktive(n), intrapsychische(n), kognitive(n), verhaltenspsychologische(n), körperorientierte(n) Therapie ...“ ein. „Wichtige Elemente all dieser therapeutischen Ansätze werden von EMDR genutzt, um Patienten ganzheitlich zu beraten.“ (Shapiro 1998, S. 87).

Zu Beginn wertete die Literaturwissenschaftlerin und Psychologin Shapiro den Effekt der bilateralen Stimulation als eine durch Augenbewegungen unterstützte Desensibilisierung und benannte die Methode daher Eye Movement Desensitization (EMD). Im Rahmen zunehmender praktischer Erfahrungen mit der Methode schlussfolgerte sie, dass dieser therapeutische Prozess neben einer Desensibilisierung auch andere Qualitäten aufwies. Die assoziative Art der Veränderung, das Auftauchen unbewussten Erinnerungsmaterials, die Wirkung auch auf andere Affekte neben der Angst, ließen Shapiro annehmen, dass eine Nachverarbeitung (Reprozessierung) von Erinnerungen stattfindet. Aus dieser Erkenntnis folgernd benannte sie die Methode fortan Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Auch in Deutschland erfahren interessierte Therapeuten ihre Ausbildung in der EMDR nach dem Shapiro-Protokoll entsprechend des internationalen Standards zur Qualitätssicherung. Das bestätigt die EMDRIA (EMDR International Association Deutschland e. V.) als mitgliederstärkste Fachgesellschaft der EMDR-Therapeutinnen und Therapeuten.

B-3.2 Wirkmechanismus

Als Wirkmechanismus vermutet Shapiro, dass ein Patient durch die Fokussierung auf eine traumatische Erinnerung (Ziel-Bild) und die gleichzeitige bilaterale Stimulation einen freien assoziativen Prozess erlebe, der sich in Veränderungen des Bildes, der begleitenden Gedanken und Gefühle und/oder Körperwahrnehmungen äußere. Bestehende Blockierungen im zentralen Nervensystem würden so aufgehoben, traumatische, nicht verarbeitete Erfahrungen „prozessiert“ und verarbeitet.

Festzuhalten sei jedoch, dass diese theoretischen Erwägungen bisher nicht verifiziert werden konnten.

B-3.3 Wirksame Elemente im therapeutischen Prozess

Vermutlich, so Shapiro, würden mehrere Elemente des therapeutischen Prozesses die Wirksamkeit der EMDR beeinflussen:

- Der Patient sei einer wiederholten, kurzzeitigen, hoch dosierten Exposition ausgesetzt.
- Die wiederholte Konzentration auf die Ziel-Erinnerung wirke einer Vermeidungsreaktion entgegen.
- Der Patient erlerne die Fähigkeit, die belastenden Symptome und deren Trigger zu kontrollieren.
- Die Umdeutung und die Veränderung negativer Kognitionen unterstützen den therapeutischen Prozess.
- Durch die Aktivierung verschiedener Komponenten der Ziel-Erinnerung (Emotionen, Kognitionen, Körperempfindungen) könne der Patient seine Erfahrungen in einen Sinnzusammenhang bringen. Dadurch werde die Speicherung im narrativen Gedächtnis unterstützt.
- Die bilaterale Stimulation hebe vermittels eines freien assoziativen Prozesses bestehende Blockierungen im zentralen Nervensystem auf und helfe somit, traumatische, nicht verarbeitete Erfahrungen zu „prozessieren“ und zu verarbeiten.

B-3.4 Forderungen an den Therapeuten

In Ihrer kritischen Auseinandersetzung mit der EMDR formulierte Shapiro einige Eckpunkte, die sie als Voraussetzung eines erfolgreichen Einsatzes der durch sie entwickelten Methode ansieht.

Ausbildung und Supervision des Therapeuten

- Keinesfalls solle eine „EMDR-Behandlung“ allein aufgrund der Lektüre ihres Handbuches erfolgen. Shapiro betont die Notwendigkeit einer fundierten Ausbildung und Supervision für Therapeuten, die mit EMDR arbeiten wollen.
- Die Therapeuten sollen zuvor ausreichend Trainingsseminare mit autorisierten EMDR-Trainern besucht haben.
- Patienten mit dissoziativen Störungen sollen nur durch erfahrene EMDR-Therapeuten behandelt werden. Eventuelle Dissoziationen des Patienten können im Rahmen einer sorgfältigen Anamnese aufgedeckt werden.

Indikationsprüfung

EMDR soll nicht generell bei allen Patienten angewendet werden. Eine sorgfältige Anamnese und Überprüfung der Behandlungsziele sowie die Überprüfung der Eignung des Patienten für die EMDR seien unvermeidbar.

Ablauf der Therapie

Bevor mit der Reprozessierung begonnen werde, müsse eine tragfähige therapeutische Beziehung entstanden sein. Ohne ein tragfähiges Arbeitsbündnis könne es zu starken Retraumatisierungen oder zur Dissoziation während der Behandlung kommen.

Erst die patientenseitige Bereitschaft zum therapeutischen Prozess soll den Beginn der gemeinsamen therapeutischen Arbeit auslösen.

Das Grundgerüst für die Therapie sei das Standard-Protokoll, das vor Abschluss der Therapie vollständig durchgearbeitet sein müsse (Arbeit an der Vergangenheit, der Gegenwart, der Zukunft entsprechend der 8 Phasen). Erst wenn der Patient ein neues positives Verhaltensmuster für zukünftige Situationen entwickelt habe, sei die Behandlung vollständig.

Eine umfassende Nachbetreuung sei wichtig, bevor die Behandlung abgeschlossen sei, auch dann, wenn nur an einem einmaligen traumatischen Ereignis gearbeitet wurde.

B-3.5 Hinweise zur Indikationsprüfung

Die wiederholte Beschäftigung mit traumatischen Ereignissen bringt ein hohes Maß an Belastungen mit sich. Vor Beginn einer Behandlung soll sich der Therapeut davon überzeugen, dass der Patient der Belastung gewachsen ist.

Shapiro rät von einer EMDR-Behandlung ab, wenn das Arbeitsbündnis zwischen Therapeuten und Patienten nicht tragfähig zu sein scheint.

Gelinge es in den ersten Sitzungen nicht, das traumatische Material angemessen zu verarbeiten, sei entweder die Methode nicht sachgerecht angewendet worden, oder EMDR eigne sich für den Patienten im Moment nicht.

B-3.6 Die 8 Phasen der EMDR-Behandlung

Shapiro entwickelte ein komplexes Therapiemanual aus acht Phasen. Die Konfrontation mit traumatischen Inhalten unter Zuhilfenahme von Augenbewegungen findet sich in Phase 4 des Konzepts – Desensibilisierung wieder.

Phase 1 Anamnese und Behandlungsplanung

...soll in einer separaten, mindestens 50-minütigen Sitzung erfolgen. Neben der Anamneseerhebung wird die Indikationsstellung geprüft. Neben der Diagnose sollen insbesondere Parameter des Patienten geprüft werden, um den wahrscheinlichen Nutzen der Methode für den Patienten gegen mögliche Risiken abzuwägen.

Es sind relative und absolute Kontraindikationen benannt. Erst, wenn die Frage nach der Behandlungsfähigkeit bejaht ist, werden alle für die Erstellung des Behandlungsplanes notwendigen Informationen erhoben. Dazu gehören die Bewertung des klinischen Gesamtbildes einschließlich der dysfunktionalen Verhaltensweisen, Symptome und Charakteristika des Patienten. Am Ende dieser Phase werden die Therapieziele festgelegt. Das schließt die Erhebung der ursächlichen Ereignisse, die aktuellen Auslöser der Symptomatik und die positiven Verhaltensweisen und Einstellungen, die für eine zukünftig erfolgreiche Bewältigung der Situation notwendig sind, ein.

Nach Abschluss der Phase 1 soll das Standard-Protokoll (Phasen 2 bis 8) in jeder Therapiesitzung vollständig durchgearbeitet werden.

Phase 2 Vorbereitung und Stabilisierung des Patienten

...bildet den äußeren Rahmen für die Therapie. Sie dient der Herstellung einer therapeutischen Beziehung, ohne die nach Shapiro nicht mit der eigentlichen Arbeit an den traumatischen Erinnerungen begonnen werden kann und ist zeitlich nicht begrenzt. Der Patient soll in die Lage versetzt werden, sich mit den belastenden Erinnerungen auseinander zu setzen.

U. a. werden therapeutische Inhalte und Abläufe besprochen, realistische Erwartungen an die Therapie erarbeitet, Entspannungsübungen oder imaginative Übungen (z. B. „sicherer Ort“) eingeübt sowie ein Notfallplan für schwierige Situationen außerhalb der Therapiesitzungen erarbeitet.

Phase 3 Bewertung

...schließt die Vorbereitung des Patienten auf die anschließend folgende Verarbeitung ab. In dieser Phase wird die Voraussetzung für ein Gefühl der Sicherheit und Kontrolle des Patienten geschaffen. Der Therapeut verfügt nach Abschluss dieser Phase über alle notwendigen Informationen, um mit der EMDR-Arbeit beginnen zu können.

Hierzu wird eine konkrete Erinnerung (Ziel-Erinnerung) mit ihren visuellen, affektiven und sensorischen Komponenten systematisch erfasst.

In aufeinander folgenden Schritten werden negativen Gedanken (Kognitionen), die an diese Erinnerung geknüpft sind, positive Kognitionen entgegengesetzt, die künftig eine realistische Sicht auf die Erinnerung vermitteln sollen (z. B. „ich bin machtlos“ vs. „ich kann handeln“).

Eine Ausgangsmessung der Stimmigkeit dieser positiven Kognitionen erfolgt mittels der 7stufigen Validity of Cognition-Scale (VoC), wobei 7 für den stimmigsten Wert steht. Ein weiterer Ausgangswert wird mittels der zehnstufigen Subjective Level of Distress-Scale (SUD) erhoben (0 = keine Belastung, 10 = die höchste denkbare Belastung). Diese misst die Belastung durch die so genannte zentrale Emotion, welche durch die gemeinsame Vorstellung der Zielerinnerung und der negativen Kognition hervorgerufen wird. Beide Ausgangswerte dienen später als Grundlage einer Verlaufskontrolle. Zu guter Letzt werden Körperempfindungen identifiziert, um sie später als Fokuspunkt für die Verarbeitung zu verwenden.

Phase 4 Desensibilisierung

...beinhaltet die eigentliche Desensibilisierung. Das therapeutische Ziel ist die Verringerung der Belastung des Patienten auf der SUD-Skala auf einen Wert von 0 oder 1 für das Bild der Ziel-Erinnerung aus Phase 3.

Während einer bilateralen Stimulation geht der Patient mit diesem Bild in Kontakt. Alle in Phase 3 erarbeiteten Komponenten und die erarbeitete negative Kognition werden imaginiert. Für die Stimulation durch den Therapeuten gibt Shapiro konkrete Hinweise (Richtung, Geschwindigkeit, Abstand von den Augen).

Diese sehen bei Bedarf eine patientenorientierte Modifizierung des Vorgehens vor. Dieser Prozess sei so individuell wie der einzelne Patient selbst.

Nach jeder Serie der Augenbewegungen soll der Patient das Ziel-Ereignis ausblenden und tief Atem holen. Veränderungen, die sich während der Stimulationsserie ergeben haben (z. B. Gerüche, neu auftauchende Bilder, veränderte Bilder, Gedanken, Erkenntnisse, neu

auftauchende Emotionen oder veränderte Emotionen), werden neutral erfragt („Was ist jetzt bei Ihnen aufgetaucht?“). Diese dienen als Fokus für die nächste Serie von Augenbewegungen.

Tauchen in zwei aufeinander folgenden Stimulationsserien keine Veränderungen mehr auf, erfolgt die Einschätzung der aktuellen Belastung des Patienten auf der SUD-Skala. Wenn sich ein Wert von 0 oder 1 ergibt, beginnt die Phase der Verankerung. Ist das SUD-Level höher, folgen weitere Stimulationsserien oder eine Überprüfung der Relevanz der Ziel-Erinnerung.

Phase 5 Verankerung

...ist auf die vollständige Integration einer positiven Selbstbeurteilung der Ziel-Erinnerung gerichtet.

Nachdem der emotionale Druck subjektiv ausreichend abgenommen hat, wird die in Phase 3 erarbeitete oder eine im Verarbeitungsprozess neu gefundene treffendere Kognition erneut in Erinnerung gerufen (z. B. „Ich habe überlebt“) und auf der Skala VoC eingeschätzt. Die positive Kognition erfährt in einer erneuten Stimulationsserie eine Verbindung mit der erlebten traumatischen Situation. Dadurch wird sie verstärkt, was mit der VoC-Skala überprüft wird. Es wird ein VoC-Wert von mindestens 7 angestrebt.

Wird ein Wert von 7 durch dysfunktionales Material verhindert, empfiehlt Shapiro, Phase 6 zu überspringen und Vorbereitungen für den Abschluss der Sitzung sowie für die Zwischenzeit bis zur nächsten Sitzung zu treffen. In der nächsten Sitzung sollte an dieser Stelle weiter gearbeitet werden.

Phase 6 Körper-Test

...dient der Bearbeitung von Spannungszuständen im Körper, die nach Shapiros Annahme durch dysfunktionales Material entstehen und sensorische Erinnerungsfragmente („Körpererinnerungen“) genannt werden.

Nach erfolgter Phase 5 wird der Patient gebeten, den Körper „abzutasten“, während er sich das Bild und die zugehörige Kognition vorstellt, um eventuell noch verbleibende Körpererinnerungen des Traumas zu entdecken. Findet er keine Spannungen (mehr), folgen noch einige Stimulationen zur Stärkung der nun angenehmen Empfindungen. Finden sich noch negative Körperempfindungen, dann werden diese in den folgenden Augenbewegungsserien gezielt bearbeitet.

Phase 7 Abschluss

...beinhaltet den Abschluss der Sitzung.

Vor dem Ende einer Sitzung wird der Patient auf die Zeit bis zur nächsten Sitzung vorbereitet. Zu erwartende Belastungen zwischen den Therapiesitzungen sollen in einem Tagebuch festgehalten werden. Noch verbliebene, unbearbeitete Elemente der Ziel-Erinnerung werden u. a. durch Distanzierungstechniken wieder „verpackt“ und Verhaltensmaßnahmen für den Notfall besprochen.

Phase 8 Überprüfung

...bildet ab der 2. Sitzung der EMDR-Behandlung den Beginn jeder Sitzung.

Sie beinhaltet die erneute Einschätzung der aktuellen Belastung des Patienten durch die in der vergangenen Therapiestunde bearbeitete Erinnerung. Jede Überprüfung gliedert sich in

drei Stufen: 1) Arbeit an der Vergangenheit, 2) Arbeit an der Gegenwart (welche aktuellen Stimuli aktivieren immer noch das dysfunktionale, belastende Material?), 3) Arbeit an der Zukunft (Anvisieren eines positiven Verhaltensmusters für zukünftige Situationen). Dieser letzte Aspekt der Phase 8 dient der Entscheidung über das weitere therapeutische Vorgehen bzw. über die Möglichkeit, die Therapie zum Abschluss zu bringen.

Zusammengefasst wird einer EMDR-Behandlung regelhaft eine Therapiestunde zur Anamneseerhebung und Vorbereitung auf die Therapie vorangestellt. Ab der zweiten Sitzung soll das Standard-Protokoll (Phasen 2 bis 8) in jeder Therapiesitzung vollständig durchgearbeitet werden.

Die Therapie soll erst beendet werden, wenn in den Tagebuchberichten und in der Phase der Überprüfung keine neuen Aspekte mehr auftauchen, die bearbeitet werden müssen. Das Manual sieht für diesen Fall vorerst eine Verringerung der Frequenz der Therapiesitzungen vor.

Shapiro gibt EMDR-Therapeuten drei Prinzipien mit auf den Weg:

1. Nehmen Sie niemals an, dass alle unbewussten Dysfunktionen eines Patienten innerhalb einer bestimmten Zahl von EMDR-Sitzungen aufgelöst worden sein müssen.
2. Patienten sollten darauf hingewiesen werden, dass anderes Material auftauchen kann und dass dies kein Beweis für ein Versagen ihrerseits, sondern Ausdruck eines natürlichen Entwicklungsprozesses ist.
3. Es ist notwendig, Patienten ein Bewusstsein der eigenen Fähigkeiten zu vermitteln sowie dessen, dass sie ihrer Fähigkeit, ihre Situation nach dem Ende der Therapie selbst zu beobachten, vertrauen können.

B-4 Informationsgewinnung und -auswahl

Um die Wirksamkeit und den Nutzen von EMDR in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung zu untersuchen, wurden folgende Kriterien für die Berücksichtigung der Studien festgelegt.

B-4.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Studientypen

Berücksichtigung aller randomisierten Studien, in denen die EMDR zur Anwendung kam. In einem ersten Schritt wurden Publikationen ohne Einschränkung der Publikationssprache berücksichtigt. Da der Pool an identifizierten deutsch- und englischsprachigen Studien als ausreichend betrachtet wurde, wurden für die weitere Nutzenbewertung nur Studien in diesen Publikationssprachen berücksichtigt. Zusätzlich zu den Primärstudien wurden systematische Übersichtsarbeiten, HTA-Berichte und Leitlinien ausgewertet und die Ergebnisse ergänzend in den Beratungsprozess einbezogen.

Studienteilnehmer

Eingeschlossen in die Bewertung wurden Studien an Erwachsenen, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Hierbei müssen mindestens 80 % der betrachteten Patienten eine PTBS-Diagnose aufweisen, die auf den DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV oder ICD-Kriterien basierte. Es wurden keine weiteren Restriktionen bezüglich der Schwere der PTBS-Symptome, Art des traumatischen Ereignisses oder Komorbidität (einschließlich depressive Störung) vorgenommen.

Prüfinterventionen

Geprüft wurde die EMDR als Methode der Einzeltherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen.

Vergleichsintervention

Als Vergleichsinterventionen wurden sowohl indikationsspezifische als auch -unspezifische Behandlungen berücksichtigt. Zu den unspezifischen Vergleichsinterventionen zählten Wartelistenkontrollgruppen, Standardbehandlung und verschiedene Entspannungsverfahren. Darüber hinaus erhielten in einer Studie Patienten eine Placebomedikation.

Für die indikationsspezifischen Vergleichsinterventionen wurden alle Behandlungen mit Techniken und Methoden anerkannter Verfahren der Psychotherapie-Richtlinie oder medikamentöse Behandlung mit für die Indikation zugelassenen Medikamenten berücksichtigt. Indikationsspezifisch zum Einsatz kommende Medikamente, die in Deutschland nicht über eine Zulassung für das Indikationsgebiet PTBS verfügen, wurden nicht als Vergleichsgruppe akzeptiert.

Zielgrößen

Als für die Fragestellung relevante Zielgröße wurde die Veränderung der PTBS-Symptomatik mittels standardisierter indikationsspezifischer Messinstrumente betrachtet.

Ausschlusskriterien

Die Gründe für den Ausschluss von Primärstudien und systematischen Reviews wurden vorab festgelegt und waren:

- 1) andere Fragestellung (thematisch nicht relevant);
- 2) Studientyp (Meinungsäußerungen, Editorials, Erfahrungsberichte, unsystematische Reviews, narrative Reviews, keine evidenzbasierte Leitlinie, Einzelfallberichte, Fallzahl $N < 5$);
- 3) andere Methode (nicht EMDR);
- 4) anderer Anwendungsbereich (nicht PTBS);
- 5) Behandlung von Kindern und Jugendlichen,
- 6) keine Volltextpublikation (z.B. Posterabstract);
- 7) keine seelische Krankheit i.S. der Psychotherapie-Richtlinie;
- 8) sonstiges (Fallserie/ kein RCT, Publikationen, die weder auf deutsch noch auf englisch publiziert wurden), Review mit deutlichen methodischen Limitationen und Doppelpublikationen).

B-4.2 Informationsgewinnung

Literatursuche

Mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche der Abteilung Fachberatung Medizin, wurden die Publikationen zum derzeit relevanten und gesicherten psychologisch-/medizinisch-wissenschaftlichen Wissensstand zur EMDR als Methode im Rahmen von Einzelpsychotherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen identifiziert.

Die Sichtung der Literatur erfolgte in zwei Schritten: Im ersten Schritt wurden die durch die Literaturrecherche erhaltenen Referenzen anhand ihres Titels und – soweit vorhanden – ihres Abstracts hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet. Die Publikationen, die die Auswahlkriterien erfüllten, wurden im zweiten Schritt anhand ihres Volltexts auf ihre Relevanz überprüft.

Zudem flossen alle in den Stellungnahmen anlässlich der Veröffentlichung dieses Beratungsthemas genannten Quellen im Volltext in den Bewertungsprozess ein. Die Recherche erfolgte ohne Einschränkung und ohne zeitliche Restriktionen (letztes Update: 04.04.2013), so dass Studientypen aller Evidenzstufen recherchiert wurden. Den Mitgliedern der Themengruppe stand es frei, weitere als relevant erkannte Publikationen in den Beratungsprozess einzubringen. Die gesamte identifizierte Literatur wurde in eine Reference-Manager Datenbank importiert. Anschließend wurden alle Fundstellen nach zuvor festgelegten Kriterien von zwei unabhängigen Bewertern hinsichtlich ihrer Relevanz geprüft. Hierauf basierend wurden die relevanten Fundstellen ausgewählt und einer methodisch-qualitativen Auswertung unterzogen.

Datenbanken

Die folgenden Datenbanken wurden zur Informationsgewinnung herangezogen:

Die initiale Recherche erfolgte am 04./05.07.2011 in der Cochrane Library (einschl. NHS CRD Datenbanken DARE, EED, HTA), PubMed (Medline), AMED, BIOSIS Previews, EMBASE, EMBASE Alert, PsycInfo, Psyndex, PILOTS Datenbank (Published International Literature on Traumatic Stress) SciSearch, Social SciSearch, Hogrefe-Verlagsdatenbank sowie Leitlinien und HTA Datenbanken (DIMDI-HTA, GIN, NGC, TRIP, AWMF). Die Updaterecherche erfolgte am 04.04.2013 in den o.g. Datenbanken sowie in OVID in den Datenbanken AMDA, BIOSIS, EMBASE Alert, EMBASE, Medline, Psyndex, Psycinfo, PILOTS Datenbank.

Die in den unterschiedlichen Datenbanken verwendeten Suchstrategien sind im Anhang (B-8.3.5) aufgelistet.

B-4.3 Informationsbewertung

Für die Bearbeitung des Themas EMDR hat der Unterausschuss „Methodenbewertung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Arbeitsgruppe einberufen, die sich aus Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer sowie Patientenvertretern zusammensetzte und die zur Aufgabe hatte, die Stellungnahmen und die wesentliche Literatur auszuwerten und dem Unterausschuss „Methodenbewertung“ vorzutragen.

Bewertung der Primärstudien

Die Auswertung einzelner Primärstudien erfolgte anhand standardisierter Datenextraktionsbögen im Rahmen einer detaillierten Einzelauswertung (siehe Anhang B-8.3.8.2), jeweils durch zwei unabhängige Beurteiler, welche durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe konsentiert wurden.

Zur methodischen Bewertung der eingeschlossenen RCTs erfolgte die Einschätzung der internen Validität anhand des Bewertungstools zum Biasrisiko der Cochrane Collaboration (Higgins et al. 2011). Das Bewertungsinstrument erlaubt eine Einschätzung des Verzerrungspotentials einer Studie (vgl. Feld 25 in den Datenextraktionsbögen).

Eigene Metaanalysen

Die Ergebnisse der Einzelstudien wurden metaanalytisch zusammengefasst, wobei die Auswertungen getrennt nach Art der Kontrollintervention erfolgten.

Aufgrund der niedrigen Anzahl der eingeschlossenen Studien wurden folgende Kontrollinterventionsgruppen gebildet: unspezifische und indikationsspezifische Therapien. In der Gruppe unspezifische Therapien wurden: Warteliste, Standardbehandlung, Entspannungsverfahren sowie Placebomedikation zusammengefasst.

Diese Zusammenfassung zu einer Kontrollgruppe erscheint gerechtfertigt, da es sich bei allen genannten Therapien um indikationsunspezifische Interventionen handelt. Da außer in einer Studie (Power et al. 2002) auch für die Warteliste-Kontrollgruppe nicht explizit supportive Therapien und konkurrierende Therapien ausgeschlossen wurden, wurde auch die Warteliste-Gruppe als unspezifische Kontrollgruppe geführt. Ebenso wurde bei der Placebomedikation den Patienten die Nutzung weiterer supportiver Angebote ermöglicht.

In der zweiten Kontrollgruppe wurden folgende indikationsspezifische Interventionen zusammengefasst: Expositionstherapie, prolongierte Exposition, prolongierte Exposition+kognitive Umstrukturierung und Counting Method. Bei allen Interventionen handelt es sich um Techniken und Methoden anerkannter Verfahren der Psychotherapie-Richtlinie.

Kamen in einer Studie verschiedene Messinstrumente zum Einsatz, wurde für die Berechnung des Effektes in der Fremdbeurteilung möglichst die Clinician Administered PTSD Scale (CAPS, s. Anhang Diagnoseverfahren) benutzt, bzw. bei der Selbstbeurteilung die Impact of Event Scale (IES, s. Anhang Diagnoseverfahren). Falls Endpunkte zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben wurden - direkt nach Behandlung oder nach zu einem späteren Zeitpunkt - wurden die Ergebnisse direkt nach der Behandlung für die Metaanalyse genutzt, da nur in wenigen Studien Ergebnisse für längere Nachbeobachtungszeiträume berichtet wurden und diese hierbei variierten. Für kontinuierliche Zielgrößen wurden standardisierte Mittelwertunterschiede (SMD) berechnet, für kategoriale Zielgrößen relative Risiken. Die Effektschätzer und Konfidenzintervalle aus den Studien wurden mittels Forest Plots zusammenfassend dargestellt.

Zur Berechnung der gepoolten Effektschätzer wurde Hedges`g verwendet. Eine Überprüfung auf Heterogenität zwischen den Studien erfolgte mittels des I^2 Tests. Bei einem I^2 von $\geq 70\%$ wurden Random-Effects Modelle angewandt, ansonsten Fixed-Effects Modelle.

Eine Subgruppenanalyse wurde für Fremdbeurteilungsinstrumente bzw. Selbstbeurteilungsinstrumente durchgeführt. Alle Berechnungen erfolgten mit der Software Comprehensive Meta-Analysis von Biostat, Inc. 2006-2013.

Bewertung der Sekundärliteratur

Zusätzlich zur Primärstudienauswertung wurden ergänzend alle identifizierten Leitlinien auf Empfehlungen zur psychotherapeutischen Behandlung der PTBS durchsucht. Zudem wurden systematische Übersichtsarbeiten und HTA-Berichte mit Hilfe eines Datenextraktionsbogens zur Bewertung und Extraktion von Informationssynthesen ausgewertet und die Ergebnisse methodisch adäquater Informationssynthesen ergänzend in den Beratungsprozess einbezogen.

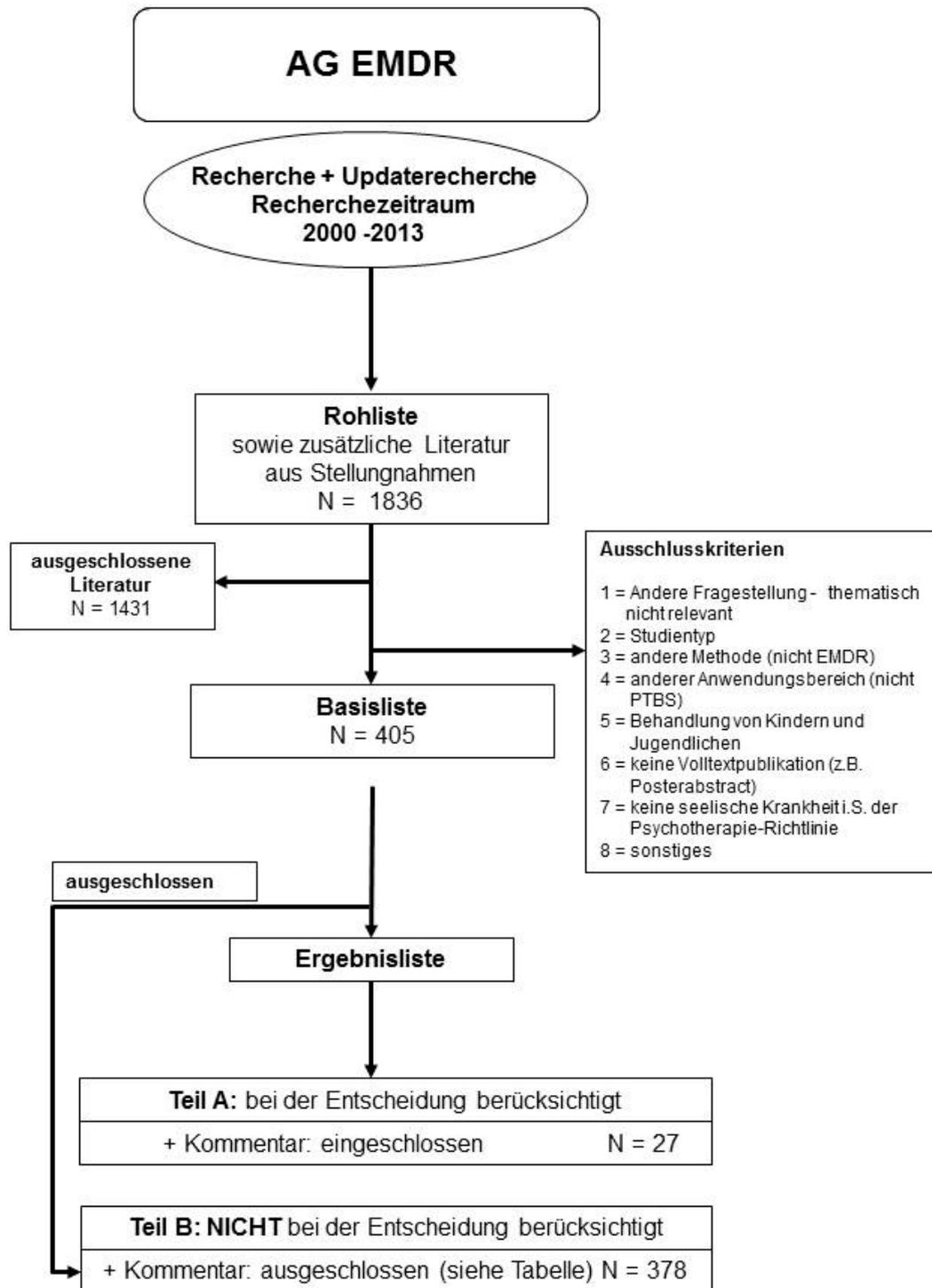


Abbildung 1: Flussdiagramm Literatúrauswahlprozess

B-5 Systematische Bewertung der Evidenz

B-5.1 Stellungnahmen

Auf die Veröffentlichung des Beratungsthemas hin sind insgesamt 15 Stellungnahmen eingegangen.

Diese Stellungnahmen wurden durch die Themengruppe in einer Synopse zusammengefasst (siehe Anhang Kapitel 8.3.4). In der Bearbeitung des Themas wird auf die entsprechenden Aussagen Bezug genommen.

In Stellungnahmen von einzelnen Fachgesellschaften und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) wurden Studien benannt, die alle in die Auswertung durch die AG einbezogen wurden. Das Risiko unerwünschter Nebenwirkungen wird durchgehend als gering gesehen. Als Kontraindikationen für eine EMDR-Behandlung werden noch floride Psychosen, schwere hirnorganische Störungen und somatische Erkrankungen genannt, welche die Belastbarkeit der Patienten stark reduzieren.

Etliche Stellungnahmen vertreten die Auffassung, dass EMDR nicht-traumaadaptierten Psychotherapiemethoden bei der Behandlung einer PTBS deutlich überlegen sei. Es gebe aus den Studien Hinweise, dass EMDR auch der traumafokussierten Verhaltenstherapie (TF-VT) in einigen Punkten überlegen zu sein scheine.

Als Procedere bei der Diagnostik empfehle es sich, neben der spezifischen Diagnostik der PTBS mit den geeigneten diagnostischen Instrumenten, die auch in vielen der bewerteten Studien angewendet wurden, auch eine differenzialdiagnostische Abklärung möglicher komorbider psychischer Störungen vorzunehmen, die ggf. eine vorherige Behandlung erforderlich machen könnten oder als eine relative Kontraindikation für eine EMDR-Behandlung einzuschätzen wären.

Die in den Stellungnahmen genannten Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Störungen liegen zwischen 62 und 92 %. Die häufigsten komorbiden Störungen seien Angststörungen, depressive Störungen, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Suchterkrankungen und die Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Bei einer einfachen PTBS sei nach Auffassung einiger Stellungnahmen keine Einbettung in ein Richtlinienverfahren erforderlich. In keiner der vorliegenden kontrollierten Studien zur EMDR Methode (die meist eine einfache PTBS behandelten) sei eine Einbettung der EMDR Methode in ein weiteres Behandlungsverfahren erforderlich gewesen.

Andere Stellungnahmen empfehlen, die EMDR-Behandlung sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes einer Verhaltenstherapie oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie erfolgen. Die Notwendigkeit der Einbettung der EMDR-Behandlung in eines der beiden genannten Richtlinienverfahren ergebe sich bereits aus der hohen psychischen Komorbidität bei Patienten mit einer PTBS. EMDRIA nennt auch noch die Einbettung in einen Behandlungsplan für analytische Psychotherapie als Möglichkeit.

Aus Sicht der Fachgesellschaft der EMDR Therapeutinnen und Therapeuten, EMDRIA Deutschland e.V., ist der Mangel der unzureichenden Stundenkontingente für Patienten mit einer komplexen Ausprägung einer PTBS zu bestätigen. Für diese umschriebenen Patientengruppen sei es daher sinnvoll, die verfahrensüblichen Stundenkontingente auf Antrag um eine zusätzliche Dauer von 25-50 EMDR-Sitzungen zu erweitern. Diese Regelung solle aus Kosten-Nutzen Abwägungen auf die Gruppe der Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung mit komorbider komplexer Traumafolgestörung, auf schwere dissoziative Störungen und auf Patienten mit schwerer sexualisierter Gewalt in der Kindheit, die unter einer anderweitigen Traumafolgestörung leiden, eingeschränkt werden.

Für Deutschland gebe es bislang keine umfassende Datenlage zur Prävalenz der PTBS im Erwachsenenalter. Studien aus den USA berichteten eine Lebenszeitprävalenz von 7,8 %. Eine deutsche epidemiologische Studie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen habe eine Prävalenzrate von 0,8 % bei Männern und 2,2 % bei Frauen gefunden. Die Posttraumatische Belastungsstörung trete dabei gehäuft komorbid zu anderen psychischen Störungen auf, die sowohl als primäre Erkrankung bereits vor der PTBS entstanden seien als auch sekundär infolge der PTBS auftreten würden.

Für Deutschland lägen keine konkreten Zahlen zu den entstandenen Kosten vor.

Zwar sähen eine Reihe von Studiendesigns zur Untersuchung der Wirksamkeit der EMDR-Behandlung, auch im Vergleich zu den durchschnittlichen Behandlungsdauern der Richtlinienpsychotherapie, relativ wenige Behandlungsstunden vor, sodass die EMDR-Behandlung ohne Berücksichtigung weiterer Kostenaspekte mit relativ geringen direkten Behandlungskosten verbunden sei. Allerdings gelte dies in den komparativen Studien auch für die Vergleichsinterventionen der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie und der Stressmanagementtherapie, deren Umfänge häufig nur darauf ausgerichtet seien, im Rahmen der Studie einen Therapieeffekt nachweisen zu können, ohne zugleich eine auf Nachhaltigkeit ausgerichtete suffiziente Therapie anzubieten. Für eine eigentliche Kosten-Nutzen-Bewertung der EMDR Behandlung lägen nach Kenntnis der Stellungnehmenden bislang keine aussagekräftigen Studien vor.

Der die EMDR-Methode anwendende Psychotherapeut solle über eine im Rahmen seiner Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. seiner Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erworbene Fachkunde in Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie verfügen. Eine berufsrechtlich geregelte spezifische Aus- oder Weiterbildung in EMDR existiere in Deutschland nicht und wäre nach Auffassung der BpTK vor dem Hintergrund der vielfach bestehenden Integration der EMDR in die oben genannten Aus- und Weiterbildungscurricula auch kaum zu rechtfertigen. Andere Stellungnehmende vertreten die Auffassung, dass bis zu einer bundesweiten Regelung einer Qualifikation durch die Ärzte- oder Psychotherapeutenkammern die Zulassung zur Abrechnung EMDR-spezifischer Leistungen nach den Qualitätskriterien der Fachgesellschaft EMDRIA Deutschland e.V. stattfinden solle, die über viele Jahre bundesweit etabliert worden seien.

Wenn EMDR in die Richtlinienpsychotherapie aufgenommen werden sollte, sei es sinnvoll, dass die Gutachtenanträge von Therapeuten, die eine EMDR Behandlung beantragen, auch von Gutachtern beurteilt würden, die in der EMDR-Methode umfassend ausgebildet seien.

Die Arbeitsgruppe hat die Aussagen der Stellungnahmen beraten, gewürdigt und zusammengefasst. Sie wurden bei den weiteren Beratungen berücksichtigt. Eine synoptische Zusammenfassung der Stellungnahmen findet sich im Anhang (Kapitel 8.3.4).

Sämtliche von den Stellungnehmenden genannte Literatur zum EMDR floss in den Beratungsprozess mit ein.

B-5.2 Relevante Informationssynthesen

B-5.2.1 Leitlinien

Dieses Kapitel umfasst die tabellarische Darstellung der Leitlinien, die im Rahmen des Beratungsprozesses identifiziert und auf Empfehlungen zur psychotherapeutischen Behandlung der PTBS durchsucht wurden, speziell nach Aussagen zur EMDR. Die zugrundeliegenden Hierarchieebenen der Evidenz, auf welchen die dargestellten Leitlinien basieren, sind unter der folgenden Tabelle 1 dargestellt.

Fazit: Auswertung Leitlinien

Insgesamt wurden vier Leitlinien identifiziert, die Aussagen zur EMDR getroffen haben (siehe Tabelle 1). Sämtliche Leitlinien gehen auf die psychotherapeutische Behandlung der PTBS ein.

Nur in den Leitlinien NCC-MH 2005 und ACPMH 2007 wurden die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien explizit dargestellt. Sie empfehlen eine trauma-fokussierte psychologische Behandlung aller Patienten (Trauma-fokussierte kognitive Verhaltenstherapie oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Diese Behandlungen sollten in der Regel in Form einer individuellen ambulanten Behandlung zur Verfügung gestellt werden.

Die Leitlinien wurden im Rahmen der Nutzenbewertung gesichtet, um die derzeitige Evidenz zur Thematik und die in den Leitlinien formulierten Empfehlungsgrade abzubilden. Die folgende Tabelle bildet die EMDR Empfehlungen/Empfehlungsgrade ab.

Tabelle 1: Leitlinien in chronologischer Reihenfolge

Guideline	Bewertung der Leitlinie / Stand Recherche	EMDR-Empfehlung / Empfehlungsgrad	Darstellung Studienergebnisse (ja/nein)	Systematischer Review (ja/nein)
NCC-MH 2005 ⁴	Evidenzbasierte Leitlinie Stand Recherche: 2004	<ul style="list-style-type: none"> All PTSD sufferers should be offered a course of trauma-focused psychological treatment (trauma-focused cognitive-behavioural therapy or eye movement desensitization and reprocessing). These treatments should normally be provided on an individual outpatient basis. [A] Trauma-focused psychological treatment should be offered to PTSD sufferers regardless of the time that has elapsed since the trauma. [B] The duration of trauma-focused psychological treatment should normally be 8–12 sessions when the PTSD results from a single event. When the trauma is discussed in the treatment session, longer sessions than usual are generally necessary (for example 90 min). Treatment should be regular and continuous (usually at least once a week) and should be 	ja	ja

		<p>delivered by the same person. [B]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Healthcare professionals should consider extending the duration of treatment beyond 12 sessions if several problems need to be addressed in the treatment of PTSD sufferers, particularly after multiple traumatic events, traumatic bereavement or where chronic disability resulting from the trauma, significant comorbid disorders or social problems are present. Trauma-focused treatment needs to be integrated into an overall plan of care. [C] • Treatment should be delivered by competent individuals who have received appropriate training. These individuals should receive appropriate supervision. [C] • Some PTSD sufferers may initially find it difficult and overwhelming to disclose details of their traumatic events. In these cases, healthcare professionals should consider devoting several sessions to establishing a trusting therapeutic relationship and emotional stabilisation before addressing the traumatic event. [C] • When PTSD sufferers request other forms of psychological treatment (for example, supportive therapy/non-directive therapy, hypnotherapy, psychodynamic therapy or systemic psychotherapy), they should be informed that there is as yet no convincing evidence for a clinically important effect of these treatments on PTSD. [GPP] • Non-trauma-focused interventions such as relaxation or non-directive therapy, which do not address traumatic memories, should <i>not</i> routinely be offered to people who present with chronic PTSD. [B] • For PTSD sufferers who have no or only limited improvement with a specific traumafocused psychological treatment, healthcare professionals should consider the following options: <ul style="list-style-type: none"> - an alternative form of trauma-focused psychological treatment - the augmentation of trauma-focused psychological treatment with a course of pharmacological treatment. [C] 		
--	--	--	--	--

<p>ACPMH 2007¹</p>	<p>Evidenzbasierte Leitlinie</p> <p>Stand Recherche: 2005</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adults with PTSD should be provided with trauma-focussed interventions (trauma-focussed cognitive behavioural therapy [CBT] or eye movement desensitization [EMDR] and reprocessing, in addition to <i>in vivo</i> exposure). [A] • As available evidence does not support the importance of eye movements per se in EMDR, it is recommended that practitioners who use EMDR be aware that treatment gains are more likely to be due to the engagement with the traumatic memory, cognitive processing and rehearsal of coping and mastery responses. [GPP] • Where symptoms have not responded to one form of first line trauma-focussed interventions (trauma-focussed CBT or EMDR in addition to <i>in vivo</i> exposure), health practitioners may consider • The alternative form of trauma-focussed interventions. [GPP] • Non trauma-focussed interventions such as supportive counselling and relaxation should not be provided to adults with PTSD in preference to trauma-focussed interventions. [B] • Where symptoms have not responded to a range of trauma-focussed interventions, evidence-based non trauma-focussed interventions (such as stress management) and/or pharmacotherapy should be considered. [C] • Sessions that involve imaginal exposure require 90 minutes to ensure that therapy is adequate in those sessions. [C] • Following diagnosis, assessment and treatment planning, 8–12 sessions of trauma-focussed treatment is usually sufficient. [D] • For PTSD sufferers with several problems arising from multiple traumatic events, traumatic bereavement, or where PTSD is chronic and associated with significant disability and comorbidity, further sessions using specific treatments to address those problems may be required. [GPP] • Where adults have developed 	<p>ja</p>	<p>ja</p>
-------------------------------	---	---	-----------	-----------

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

		PTSD and associated features following exposure to prolonged and/or repeated traumatic events, more time to establish a trusting therapeutic alliance, more attention to teaching emotional regulation skills and a more gradual approach to exposure therapy may be required. [GPP]		
WFSBP 2008²	Evidenzbasierte Leitlinie, keine Angabe von LoE und GoR für Non-pharmakologische Behandlungen der PTBS Stand Recherche: 2008	Summary of Recommendations for the Treatment of PTSD: Non-pharmacological treatment • There is only limited evidence showing that the effects of EMDR are superior to attention effects.	nein	nein
VA/DoD 2010³	Evidenzbasierte Leitlinie Stand Recherche: 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Strongly recommend that patients who are diagnosed with PTSD should be offered one of the evidence-based trauma-focused psychotherapeutic interventions that include components of exposure and/or cognitive restructuring; or stress inoculation training. [A] • The choice of a specific approach should be based on the severity of the symptoms, clinician expertise in one or more of these treatment methods and patient preference, and may include an exposure-based therapy (e.g., Prolonged Exposure), a cognitive-based therapy (e.g., Cognitive Processing Therapy), Stress management therapy (e.g., SIT) or Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). <ul style="list-style-type: none"> - EMDR is an effective treatment for PTSD (compared with wait-list, routine care, and active treatment controls) [LE: 1, QE: Good; R: A] - Eye movements are <i>not</i> critical to the effects of EMDR [LE: 1, QE: Fair; R: B] - EMDR compared with ET show consistent comparable results [LE: 1, QE: Good; R: A] 	nein	ja

Hierarchieebenen der zugrundeliegenden Evidenz in den oben dargestellten Leitlinien.

¹ Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH) 2007:

Levels of evidence

Level	Intervention
I	A systematic review of level II studies
II	A randomised controlled trial
III-1	pseudorandomised controlled trial (i.e., alternate allocation or some other method)
III-2	A comparative study with concurrent controls: non-randomised, experimental trial Cohort study Case-control study Interrupted time series with a control group
III-3	A comparative study without concurrent controls: Historical control study Two or more single arm studies Interrupted time series without a parallel control group
IV	Case series with either post-test or pre-test/post-test outcomes

NHMRC grades of recommendation

GoR	Description
A	Body of evidence can be trusted to guide practice
B	Body of evidence can be trusted to guide practice in most situations
C	Body of evidence provides some support for recommendation(s) but care should be taken in its application
D	Body of evidence is weak and recommendation must be applied with caution
GPP	In addition, and following NICE (2005), the designation good practice point (GPP) is given to recommendations based on expert consensus opinion, in the absence of an evidence base.

GoR: Grade of recommendation

² **Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Moller HJ. (WFSBP) 2008:**

Evidenzbasierte Leitlinie, jedoch keine Angabe von LoE und GoR für Non-pharmakologische Behandlungen der PTBS.

³ **Department of Veterans Affairs, Department of Defense Affairs (DV/DoD) 2010:**

Level of Evidence [LE]	
I	At least one properly done RCT
II-1	Well-designed controlled trial without randomization
II-2	Well-designed cohort or case-control analytic study, preferably from more than one source
II-3	Multiple time series evidence with/without intervention, dramatic results of uncontrolled experiment
III	Opinion of respected authorities, descriptive studies, case reports, and expert committees

Overall Quality [QE]	
Good	High grade evidence (I or II-1) directly linked to health outcome
Fair	High grade evidence (I or II-1) linked to intermediate outcome; or Moderate grade evidence (II-2 or II-3) directly linked to health outcome
Poor	Level III evidence or no linkage of evidence to health outcome

Strength of Recommendation Rating [SR]	
A	A strong recommendation that clinicians provide the intervention to eligible patients. Good evidence was found that the intervention improves important health outcomes and concludes that benefits substantially outweigh harm.
B	A recommendation that clinicians provide (the service) to eligible patients. At least fair evidence was found that the intervention improves health outcomes and concludes that benefits outweigh harm.
C	No recommendation for or against the routine provision of the intervention is made. At least fair evidence was found that the intervention can improve health outcomes but concludes that the balance of benefits and harms is too close to justify a general recommendation.
D	Recommendation is made against routinely providing the intervention to asymptomatic patients. At least fair evidence was found that the intervention is ineffective or that the harms outweigh benefits.
I	The conclusion is that the evidence is insufficient to recommend for or against routinely providing the intervention. Evidence that the intervention is effective is lacking, of poor quality, or conflicting, and the balance of benefits and harms can not be determined.

⁴ **National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Clinical Excellence (NCC-MH) 2005:**

Level	Type of evidence	Grade	Evidence
I	Evidence obtained from a single randomised controlled trial randomised controlled trial or a meta-analysis of randomised controlled trials	A	At least one randomised controlled trial as part of a body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation (evidence level I) without extrapolation
IIa	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomisation	B	Well-conducted clinical studies but no randomised clinical trial on the topic of recommendation (evidence levels II or III); or extrapolated from level I evidence
IIb	Evidence obtained from at least one other well-designed quasi-experimental study		
III	Evidence obtained from well-designed, non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case studies		
IV	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities	C	Expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities (evidence level IV) or extrapolated from level I or II evidence. This grading indicates that directly applicable clinical studies of good quality are absent or not readily available
		GPP	Recommended good practice based on the clinical experience of the Guideline Development Group
Adapted from Eccles & Mason (2001); Department of Health (1996).			

B-5.2.2 Systematische Übersichtsarbeiten und HTA-Berichte

Zusätzlich zur Primärstudienauswertung wurden systematische Übersichtsarbeiten, Metaanalysen und HTA-Berichte ausgewertet und die Ergebnisse in den Beratungsprozess einbezogen. Dabei wurden methodisch als adäquat eingeschätzte Übersichtsarbeiten und auch solche mit methodischen Limitationen und/oder Berichtsmängeln für einen Studienabgleich genutzt. Für die Arbeiten, die im Rahmen der Nutzenbewertung als methodisch adäquat eingestuft wurden, werden die Datenextraktionsbögen im Anhang (B-8.3.8.1) zur Verfügung gestellt. Übersichtsarbeiten mit deutlichen methodischen Limitationen und/oder Berichtsmängeln wurden als solche gekennzeichnet und für die Bewertung nicht berücksichtigt.

In diesem Kapitel werden alle systematischen Übersichtsarbeiten aufgeführt, die im Rahmen des Beratungsprozesses identifiziert und ergänzend bewertet wurden (siehe Tabelle 2). Die Bewertungen erfolgten mit Hilfe standardisierter Auswertungsbögen, die für die Extraktion und Bewertung von Informationssynthesen von Psychotherapiestudien entwickelt wurden, welche durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe im Rahmen des Beratungsprozesses konsentiert wurden.

Da es für die Beurteilung der methodischen Qualität eines Reviews/ Metaanalyse keinen Goldstandard gibt, wurde in der AG eine pragmatische Vorgehensweise zur Beurteilung der methodischen Qualität eines Reviews gewählt. Hierzu wurden drei Kategorien festgelegt.

1. Die erste Kategorie umfasste methodisch adäquate Reviews, in denen folgende wesentliche Angaben aufgeführt sind: eine klare Formulierung der Forschungsfrage, Beschreibung der Ein- und Ausschlusskriterien, Dokumentation der ausgeschlossenen Primärstudien mit Ausschlussgründen, ausreichende Informationen zur Population, nachvollziehbare Beschreibung von Interventionen und Kontrollen, Untersuchung relevanter Zielgrößen, nachvollziehbare Beurteilung der methodischen Qualität der Studien, nachvollziehbare Beschreibung von methodisch problematischen Primärstudien, Beschreibung der Extraktion der Daten aus den eingeschlossenen Studien, Darstellung aller wesentlichen Ergebnisse der Primärstudien in der Publikation sowie Metaanalysen, denen die Durchführung von Heterogenitätstests und deren Konsequenzen, Abschätzung eines Publikations-Bias und Durchführung von Sensitivitätsanalysen zu entnehmen waren.
2. Die zweite Kategorie beinhaltet Reviews mit methodischen Limitationen und/oder Berichtsmängeln. Reviews dieser Kategorie wiesen in der Regel keine ausreichenden Angaben zur Population (z.B. Alter, Geschlecht, Komorbidität, Setting etc.) auf oder die Angaben in der Methoden-/Ergebnisdarstellung waren unzureichend.
3. Bei der dritten Kategorie handelte es sich um Reviews mit deutlichen methodischen Limitationen, die aus dem weiteren Beratungsprozess ausgeschlossen wurden.

Fazit: Auswertung Übersichtsarbeiten und HTA-Berichte

Im Rahmen des Beratungsprozesses wurden insgesamt neun systematische Übersichtsarbeiten bewertet. Von diesen wurden zwei (Bisson & Andrew 2007 und Committee on Treatment of posttraumatic Stress disorder 2008) als methodisch adäquat eingeschätzt. Da diese beiden Übersichtsarbeiten auf Grund des Zeitpunkts ihrer letzten Recherche nicht mehr den aktuellen Stand der Forschung abbilden und teilweise nicht mit den Einschlusskriterien der AG EMDR übereinstimmten, war es aus Sicht der AG sinnvoll, eine Bewertung auf Basis der Primärstudien ergänzt um eine eigene Metaanalyse durchzuführen. Ein Studienabgleich der beiden eingeschlossenen Übersichtsarbeiten erbrachte keine neuen relevanten Studien. Die sieben übrigen Übersichtsarbeiten fielen in

die Kategorie Review mit methodischen Limitationen und/ oder Berichtsmängeln und sind im Folgenden dargestellt, um die vollständige Literatur zur Thematik abzubilden.

Tabelle 2: *Eingeschlossene Systematische Reviews in chronologischer Reihenfolge*

Autor	Kommentar
<p>Shepherd J, Stein K, Milne R. Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of an emerging therapy. Psychol Med 2000; 30 (4): 863-71. Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase Stellungnahme von EMDRIA Stellungnahme von Frau Kalinowski Stellungnahme von Herr Dr. Gündel</p>	<p>Review mit methodischen Limitationen und/oder Berichtsmängeln</p>
<p>Wagner F. Die Wirksamkeit von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bei der posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu Kontrollbedingungen und kognitiv-behavioralen Therapien - eine metaanalytische Untersuchung. Heidelberg: Dissertation, 2004. Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase Stellungnahme von EMDRIA Stellungnahme von Frau Kalinowski Stellungnahme von Herr Dr. Gündel</p>	<p>Review mit methodischen Limitationen und/oder Berichtsmängeln</p>
<p>EMDRIA. Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Hamburg: EMDRIA , 2005. Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer</p>	<p>Review mit methodischen Limitationen und/oder Berichtsmängeln</p>
<p>Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry 2005; 162 (2): 214-27. Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase Stellungnahme von EMDRIA Stellungnahme von Frau Kalinowski Stellungnahme von Herr Dr. Gündel</p>	<p>Review mit methodischen Limitationen und/oder Berichtsmängeln</p>
<p>Seidler GH, Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. Psychol Med 2006; 36 (11): 1515-22. Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase Stellungnahme von EMDRIA Stellungnahme von Frau Kalinowski Stellungnahme von Herr Dr. Gündel</p>	<p>Review mit methodischen Limitationen und/oder Berichtsmängeln</p>
<p>Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev 2007; (3): CD003388.pub3. HTA/LL Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase Stellungnahme von Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie</p>	<p>Langauswertung: Methodisch adäquat allerdings erfolgte die letzte Suche nach RCTs im Jahr 2005</p>

Autor	Kommentar
Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer Stellungnahme von EMDRIA Stellungnahme von Herr Stolz Stellungnahme von AVM, DÄVT, DVT, DGVT und DGPs Stellungnahme von Frau Kalinowski Stellungnahme von Herr Dr. Gündel	
Committee on Treatment of posttraumatic Stress disorder. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence. Washington DC: National Academies Press, 2008. Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer	Langauswertung: Methodisch adäquat allerdings erfolgte die letzte Suche nach RCTs im Jahr 2007
Cloitre M. Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. CNS Spectr 2009; 14 (1 Suppl 1): 32-43.	Review mit methodischen Limitationen und/oder Berichtsmängeln
Lapp LK, Agbokou C, Peretti CS, Ferreri F. Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. J Psychosom Obstet Gynaecol 2010; 31 (3): 113-22.	Review mit methodischen Limitationen und/oder Berichtsmängeln

Im Folgenden werden die beiden methodisch adäquaten systematischen Reviews kurz vorgestellt.

Bisson & Andrew (2007)

Es handelt sich um einen britischen Cochrane Review mit quantitativer Informationssynthese (Metaanalyse), der die Wirksamkeit psychologischer Behandlungen bei der Indikation Posttraumatische Belastungsstörung untersucht. In den hier relevanten 12 Studien des Reviews wurde EMDR verglichen mit Warteliste/Standardbehandlung, traumafokussierter CBT (TFCBT), Stressmanagement (SM) und anderen Therapien. Die relevanten Studienendpunkte waren die Veränderung der klinisch erhobenen PTBS-Symptome sowie die PTBS-Diagnose unmittelbar nach Behandlungsende. Es kamen sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungsinstrumente zum Einsatz.

Die EMDR-Behandlung umfasste 1-12 Sitzungen. Die Erfassung der PTBS-Diagnose und der PTBS-Symptome erfolgte unmittelbar nach Behandlungsende. Die beste Evidenz bei der Behandlung von PTBS ergab sich für TFCBT und EMDR. Die Ergebnisse sind nach Ansicht der Autoren wegen ungeklärter Heterogenität und möglichem publication bias allerdings mit Vorsicht zu beurteilen.

Committee on Treatment of posttraumatic Stress disorder (2008)

Es handelt sich um einen amerikanischen Review mit qualitativer Informationssynthese, welcher federführend vom Institute of Medicine (IOM) durchgeführt wurde. In den zehn eingeschlossenen Studien wurde die Wirksamkeit der EMDR in der Behandlung der PTBS im Vergleich zur Warteliste/Standardbehandlung oder mit verschiedenen anderen aktiven Therapien untersucht. Die relevanten Studienendpunkte waren die Veränderung der klinisch erhobenen PTBS-Symptome sowie die PTBS-Diagnose unmittelbar nach Behandlungsende. Es kamen sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungsinstrumente zum Einsatz.

Die EMDR-Behandlung umfasste zwei bis zehn Sitzungen, welche meist von lizenzierten EMDR Therapeuten durchgeführt wurden. Die Erfassung der PTBS-Diagnose und der PTBS-Symptome erfolgte unmittelbar nach Behandlungsende. Fünf Studien vergleichen die EMDR gegenüber Warteliste. Hiervon zeigten vier Studien einen signifikanten Effekt zugunsten EMDR. Weitere vier Studien verglichen die EMDR gegenüber Standardbehandlung, davon zeigten zwei Studien einen signifikanten Effekt zugunsten EMDR. Eine Studie verglich die EMDR gegenüber einem Medikamentenplacebo. Hier gab es keinen signifikanten Unterschied. Der Ausschuss kam zu dem Schluss, dass die Ergebnisse des vorliegenden systematischen Reviews nicht ausreichend sind, um die Wirksamkeit von EMDR bei der Behandlung von PTBS zu bestimmen.

B-5.3 Wesentliche Charakteristika der eingeschlossenen Primärstudien

Der Recherchezeitraum der eigenen Recherche erfolgte ohne Einschränkung sowie ohne zeitliche Restriktionen, und das letzte Update wurde am 04.04.2013 durchgeführt.

Es wurden 12 Studien eingeschlossen, die im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Jensen (1992, Dissertation) und Jensen (1994)

Die monozentrische Studie wurde in Amerika mit männlichen Vietnamkriegsveteranen durchgeführt. Ziel war es, in einem randomisierten Design die Wirksamkeit der EMDR an Vietnamkriegsveteranen mit einer PTBS – diagnostiziert nach DSM-III-R – zu untersuchen. 29 Männer wurden eingeschlossen, relevante Studienendpunkte waren die selbst- und fremdeingeschätzte Symptomschwere der PTBS nach Behandlungsende (ca. 17 Tage).

Von den 29 Männern beendeten 25 die Studie, 13 in der EMDR-Gruppe, 12 in der Kontrollgruppe. Den Patienten der Kontrollgruppe wurden alternative Behandlungen während der Studiendauer angeboten.

Die EMDR-Behandlung umfasste eine Anamnese und war, abweichend vom Behandlungsmanual nach Shapiro von vornherein auf zwei Behandlungssitzungen begrenzt. Ungefähr 17 Tage nach Erhebung der Prätest-Daten wurde bei allen Studienteilnehmern die Posttestmessung durchgeführt.

Marcus, Marquis & Sakai (1997) und Marcus, Marquis & Sakai (2004, Follow-up)

Die Studie wurde jeweils an drei Kliniken eines Krankenversicherers in Kalifornien durchgeführt. Ziel der randomisierten Studie war es, die EMDR mit so genannter Standardbehandlung bei Patienten mit einer PTBS diagnostiziert nach DSM-III-R zu vergleichen. Insgesamt 67 Probanden mit verschiedenen Traumata wurden eingeschlossen, die Symptomschwere wurde mittels eines Selbstbeurteilungsinstrumentes zu Beginn der Behandlung und am Ende der Behandlung (zwischen sechs Monaten und einem Jahr oder am Ende der Studie nach zwei Jahren) erhoben. Das Follow-up wurde drei Monate und sechs Monate nach Behandlungsende erhoben.

67 Patienten wurden randomisiert, davon beendeten alle die Behandlung. Von 44 Probanden (66 %) konnten zum 3-Monats-Follow-up und von 36 Probanden (54 %) zum 6-Monats-Follow-up Daten erhoben werden. Eine Angabe von Teilnehmerzahlen pro Untersuchungsgruppe fehlt.

Die EMDR wurde (abweichend vom Behandlungsprotokoll nach Shapiro) in 50min Sitzungen durchgeführt. Zusätzlich zur EMDR-Behandlung erhielten einige Studienteilnehmer noch andere unspezifische Behandlungen. Die Behandlung mit EMDR wurde bis zur Symptommfreiheit/ bis Studienende fortgeführt. Die Standardbehandlung umfasste verschiedene therapeutische Interventionen mit 50min Einzeltherapie und/oder 90min Gruppentherapie und/oder 30-45min Medikamentenberatung, auch hier dauerte die Behandlung bis zur Symptommfreiheit oder Studienende.

Rothbaum (1997)

Die monozentrische amerikanische Studie berichtet einen randomisierten Vergleich von EMDR und Warteliste. Zielsetzung der Studie war es, die Wirkung der EMDR bei PTBS bei Vergewaltigungsopfern zu untersuchen. 21 Frauen wurden in die Studie eingeschlossen, die Diagnostik der PTBS erfolgte nach den Kriterien des DSM-III-R. Der primäre Studienendpunkt war der PTBS-Befund unmittelbar nach Behandlungsende.

Die 21 rekrutierten Patienten wurden randomisiert entweder der EMDR oder der Wartelistengruppe zugeordnet. 18 Frauen (86 %) beendeten die Therapie, wobei zehn Patienten der EMDR-Gruppe und acht Patienten der Warteliste zugeordnet wurden. Insgesamt gab es drei Drop-outs, die detailliert begründet wurden. Den Wartelisteteilnehmern wurde nach der Erstausswertung (nach Behandlungsende in der EMDR-Gruppe) eine EMDR-Therapie angeboten.

Die EMDR-Behandlung umfasste ein modifiziertes Protokoll nach Shapiro mit drei Sitzungen. Die Erfassung des PTBS-Befunds erfolgte unmittelbar nach Behandlungsende, wobei ausschließlich Selbstbeurteilungsinstrumente zum Einsatz kamen.

Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund & Muraoka (1998)

In dieser monozentrischen amerikanischen Studie wurde in einem randomisierten Design die EMDR sowohl mit Biofeedback-assisted Relaxation als auch mit klinischer Routinebehandlung verglichen. Zielsetzung der Studie war es, die Wirkung der EMDR bei PTBS bei Kriegsveteranen (combat related PTSD) zu untersuchen. 35 Patienten wurden in die Studie eingeschlossen, die Diagnostik der PTBS erfolgte nach den Kriterien des DSM-IV. Relevante Studienendpunkte waren der PTBS-Befund und Reduktion der PTBS-Symptome, die für alle drei Gruppen unmittelbar nach Behandlungsende, nach weiteren drei Monaten und für die beiden aktiven Therapiegruppen sechs Monate nach Behandlungsende erhoben wurden.

Von den ursprünglich 47 rekrutierten Patienten wurden 35 randomisiert, zehn zur EMDR, 13 zur Entspannungstherapie und 12 zur Routinebehandlung. Den Teilnehmern in der Standardbehandlung wurde nach der Erstausswertung (nach Behandlungsende in der EMDR-Gruppe) ebenfalls eine EMDR-Therapie angeboten.

35 Patienten beendeten die Therapie, wobei die Anzahl der Drop-outs beim neun Monats-Follow-Up in der Entspannungstherapie-Gruppe sehr hoch war (9 von 13). Beide Behandlungen umfassten 12 Sitzungen. Es kamen sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungsinstrumente zum Einsatz.

Rogers, Silver, Goss, Obenchain, Willis & Whitney (1999)

Die monozentrische amerikanische Studie berichtet einen randomisierten Vergleich von EMDR und Exposition. Zielsetzung der Studie war es, die Wirkung der EMDR bei PTBS bei Kriegsveteranen zu untersuchen. 12 Männer wurden in die Studie eingeschlossen, die Diagnostik der PTBS erfolgte nach den Kriterien des DSM-III-R. Der als relevant erfasste Studienendpunkt war der PTBS-Befund, der eine Woche nach Behandlungsende erhoben wurde.

Die 12 rekrutierten Patienten wurden randomisiert der EMDR-Gruppe oder der Gruppe der Expositionstherapie zugeteilt, wobei sechs Patienten der EMDR-Gruppe und sechs Patienten der Expositionstherapie zugeordnet wurden. Es wurden alle rekrutierten Patienten ausgewertet.

Die EMDR-Behandlung war, abweichend vom Behandlungsprotokoll Shapiros, auf eine einzige 60- bis 90minütige Sitzung begrenzt. Die Erfassung des PTBS-Befunds erfolgte eine Woche nach Behandlungsende, wobei ausschließlich Selbstbeurteilungsinstrumente zum Einsatz kamen.

Ironson, Freund, Strauss & Williams (2002)

Ziel der monozentrischen amerikanischen Studie war es, festzustellen, ob EMDR und Prolongierte Exposition (PE) gleich effizient in der Symptomreduktion einer PTBS sind und ob eine Symptomreduktion drei Monate nach der Behandlung noch aufrechterhalten werden kann. Es wurden 22 Teilnehmer – vorwiegend Opfer von Gewalt – mit PTBS zunächst randomisiert einer der beiden Behandlungsgruppen zugewiesen. Wegen einer höheren dropoutrate in der PE Gruppe wurden nach 20 randomisierten Patienten die nächsten beiden Patienten der PE Gruppe zugeteilt. Die Symptomschwere der PTBS wurde mittels eines Selbsteinschätzungsinstrumentes erfasst.

Zehn Patienten wurden mit EMDR, 12 mit PE behandelt, in der EMDR-Gruppe gab es einen Drop-out zwischen der vierten und sechsten Sitzung, in der PE-Gruppe gab es drei Drop-outs während der vorbereitenden Sitzungen und zusätzlich drei während der Behandlungssitzungen. Zum drei-Monats-Follow-up konnten noch von sechs Patienten aus jeder Behandlungsgruppe Daten erhoben werden.

Alle Patienten erhielten drei vorbereitende Sitzungen und in Abweichung von Shapiros Behandlungsmanual vorher festgelegt drei Behandlungssitzungen. Die Behandlung mit PE wurde nach dem Behandlungsprotokoll von Foa und Rothbaum durchgeführt, die EMDR Behandlung (bis auf die Festlegung der Stundenanzahl) nach dem Manual von Shapiro. Die Erfassung der selbstberichteten Symptomschwere erfolgte zu Behandlungsbeginn, nach den drei vorbereitenden Sitzungen, nach sechs Sitzungen (Behandlungsende) sowie drei Monate nach Behandlungsende.

Power et al. (2002)

Die monozentrische schottische Studie vergleicht in einem randomisierten Studiendesign die Interventionen EMDR und Exposition mit kognitiver Umstrukturierung (E+CR) sowohl miteinander als auch gegen eine Wartelistengruppe. Insgesamt 105 Personen aus Zentralschottland mit PTBS unterschiedlicher Genese wurden in die Studie eingeschlossen. Die Diagnostik erfolgte nach DSM-IV Kriterien. Relevante Studienendpunkte waren der PTBS-Befund unmittelbar nach Behandlungsende sowie nach 15 Monaten.

Von den eingeschlossenen 105 Patienten wurden 39 der EMDR-Gruppe, 37 der E+CR-Gruppe und 29 der Wartelistengruppe randomisiert zugeteilt. Die Drop-out-Rate betrug in der EMDR-Gruppe 31 % (12 Probanden), in der E+CR-Gruppe 43 % (16 Probanden) und in der Wartelistengruppe 17 % (fünf Probanden). Den Wartelisteteilnehmern wurde nach Behandlungsende entweder eine EMDR- oder E+CR-Therapie angeboten.

Beide aktive Behandlungsgruppen erhielten vorher festgelegt maximal zehn Sitzungen, verteilt auf einen Zeitraum von zehn Wochen. Mehrere Fremd- und Selbsteinschätzungsverfahren zur Beurteilung einer PTBS kamen unmittelbar vor und zehn Wochen nach Behandlungsbeginn zum Einsatz. Das Follow-up wurde nach 15 Monaten durchgeführt.

Taylor, Thordarson, Maxfield, Fedoroff, Lovell & Ogrodniczuk (2003)

In dieser monozentrischen kanadischen Studie wurde in einem randomisierten Design die EMDR sowohl mit prolongierter Exposition (PE) als auch mit Relaxation Training verglichen. Zielsetzung der Studie war es, die Wirkung der EMDR bei PTBS aufgrund verschiedener Traumata zu untersuchen. 60 Patienten wurden in die Studie eingeschlossen, die Diagnostik der PTBS erfolgte nach den Kriterien des DSM-IV-. Relevante Studienendpunkte waren der PTBS-Befund und die Reduktion der PTBS-Symptome unmittelbar nach Behandlungsende.

Die 60 rekrutierten Patienten wurden randomisiert, wobei 19 Patienten der EMDR-Gruppe, 22 Patienten der Expositionstherapie und 19 Patienten dem Relaxation Training zugeordnet wurden. 45 Frauen (75 %) beendeten die Therapie. Die Anzahl der Drop-outs unterschied sich nicht zwischen den einzelnen Gruppen.

Sowohl die EMDR- als auch die PE- und die Relaxations-Behandlung umfasste neun Sitzungen, was bezüglich der EMDR einer Modifizierung des Manuals von Shapiro entspricht. Die Erfassung des PTBS-Befunds und der PTBS-Symptome für alle drei Gruppen erfolgte unmittelbar nach Behandlungsende und zum Zeitpunkt der Follow-up Untersuchung nach drei Monaten. Es kamen sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungsinstrumente zum Einsatz.

Rothbaum, Astin & Marsteller (2005)

In dieser monozentrischen amerikanischen Studie wurde in einem randomisierten Design die EMDR sowohl mit prolongierter Exposition (PE) als auch mit einer Wartelistengruppe verglichen. Zielsetzung der Studie war es, die Wirkung der EMDR bei PTBS bei Vergewaltigungsopfern zu untersuchen. 74 Frauen wurden in die Studie eingeschlossen, die Diagnostik der PTBS erfolgte nach den Kriterien des DSM-III-R. Relevante Studienendpunkte waren Symptomfreiheit bzw. Reduktion der PTBS-Symptome unmittelbar nach Behandlungsende.

Von den ursprünglich 74 rekrutierten Patienten wurden 72 (97 %) randomisiert, 25 zur EMDR, 23 zur PE und 24 zur Warteliste. 60 Frauen (83 %) beendeten die Therapie, wobei die Anzahl der Drop-outs in den einzelnen Gruppen zwischen 13 und 20 % betrug. Den Wartelisteteilnehmern wurde nach der Erstausswertung (nach Behandlungsende in der EMDR-Gruppe) entweder eine EMDR- oder PE-Therapie angeboten.

Sowohl die EMDR- als auch die PE-Behandlung war auf neun Sitzungen begrenzt, was einer Modifizierung des Manuals von Shapiro entspricht. Die Erfassung des PTBS-Befunds und der PTBS-Symptome für alle drei Gruppen erfolgte unmittelbar nach Behandlungsende. Es kamen sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungsinstrumente zum Einsatz.

Johnson & Lubin (2006)

Die monozentrische amerikanische Studie berichtet einen randomisierten Vergleich von EMDR, Prolongierter Exposition (PE) und The Counting Method (CM). Zielsetzung der Studie war es zu zeigen, dass das primäre Element einer effektiven Behandlung einer PTBS die Exposition ist. Zu diesem Zweck wurden Frauen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung nach unterschiedlichen traumatischen Erfahrungen mit einer der drei Behandlungsmethoden therapiert. Das Studiendesign schloss auch eine so genannte Wartelistengruppe, die eine Standardbehandlung erhielt, mit ein. Es wurden 51 Frauen, bei denen eine PTBS nach DSM-IV-Kriterien diagnostiziert wurde, in die Studie aufgenommen. Der primäre Studienendpunkt war der PTBS-Befund nach Behandlungsende. Zusätzlich wurde eine Follow-up-Erhebung drei Monate nach Behandlungsende durchgeführt.

Da alle in die Studie eingeschlossenen Frauen während der Studienteilnahme ihre bereits begonnene Psychotherapie (ohne Exposition) fortsetzten, wird die „Wartelistengruppe“ in der Studie als „Standard-Behandlungsgruppe“ bezeichnet. Es wurden 14 Patientinnen primär der Wartelistengruppe, 37 weitere Patientinnen randomisiert den anderen drei Behandlungsarmen zugeordnet. In der Wartelistengruppe gab es drei Drop-outs, in den anderen Behandlungsarmen vor der Randomisierung insgesamt zehn. Es verblieben pro Behandlungsarm neun Frauen. Alle Studienteilnehmerinnen beendeten die Therapie.

Alle Behandlungen wurden nach den jeweiligen Vorgaben der Behandlungsmanuale durchgeführt, eine Sitzung dauerte zwischen 75 und 90 Minuten. Die Sitzungsanzahl war nicht begrenzt. Zur PTBS-Diagnostik vor Behandlung, drei Monate nach Behandlungsbeginn und weitere drei Monate danach wurden Fremdbeurteilungsverfahren eingesetzt.

Die Wartelistegruppe wurde in diesem Bericht nicht berücksichtigt, da die Patienten der Gruppe nicht randomisiert zugeteilt wurden.

Högberg et al. (2007)

Die monozentrische schwedische Studie berichtet einen randomisierten Vergleich von EMDR und Warteliste. Zielsetzung der Studie war es die Kurzzeit-Wirksamkeit der EMDR auf eine berufsbedingte PTBS zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurden zwischen 1999 und 2002 Mitarbeiter des öffentlichen Transportsystems in Stockholm rekrutiert, die mindestens einmal ein Zugunglück mit Personenschaden miterlebt hatten oder während ihrer Arbeit tötlich angegriffen wurden. 24 Patienten, bei denen eine PTBS nach DSM-IV-Kriterien diagnostiziert wurde, wurden in die Studie eingeschlossen. Der primäre Studienendpunkt war der PTBS-Befund nach Behandlungsende.

13 Patienten wurden der EMDR-Gruppe zugeordnet und 11 Patienten der Warteliste. 12 Patienten (92 %) in der EMDR-Gruppe begannen die Therapie, neun Patienten (81 %) verblieben in der Warteliste-Gruppe. Den Wartelisteteilnehmern wurde nach der Erstausswertung (nach Behandlungsende in der EMDR-Gruppe) ebenfalls eine EMDR-Therapie angeboten. Alle Studienteilnehmer, die die EMDR-Therapie begonnen hatten, beendeten die Therapie.

Die EMDR-Behandlung war, abweichend von den Vorgaben von Shapiro, auf maximal fünf Sitzungen begrenzt, folgte aber ansonsten dem Behandlungsmanual. Der PTBS-Befund wurde innerhalb eines Monats nach der Behandlung erhoben, wobei sowohl Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente zur Diagnose der PTBS eingesetzt wurden.

Van der Kolk et al. (2007)

In dieser monozentrischen amerikanischen Studie wurde in einem randomisierten Design die EMDR sowohl mit einer medikamentösen Therapie als auch mit einem medikamentösen Placebo verglichen. Zielsetzung der Studie war es, die Wirkung der EMDR bei PTBS aufgrund verschiedener Traumata zu untersuchen. 88 Frauen wurden in die Studie eingeschlossen, die Diagnostik der PTBS erfolgte nach den Kriterien des DSM-IV. Relevante Studienendpunkte waren der PTBS-Befund und Reduktion der PTBS-Symptome unmittelbar nach Behandlungsende.

Die 88 rekrutierten Patienten wurden randomisiert, wobei 29 Patienten der EMDR-Gruppe, 30 Patienten der medikamentösen Therapie und 29 Patienten Placebo zugeordnet wurden. Die medikamentöse Therapie bestand aus dem Wirkstoff Fluoxetin. Da Fluoxetin in Deutschland keine Zulassung für die Indikation Behandlung von PTBS hat, wurde diese Gruppe bei der Auswertung nicht berücksichtigt. 76 Patienten (86 %) beendeten die Therapie, wobei es bei der Anzahl der Drop-outs zwischen den einzelnen Gruppen keine signifikanten Unterschiede gab.

Die EMDR-Behandlung war, abweichend von den Vorgaben von Shapiro, auf maximal acht Sitzungen begrenzt, folgte aber ansonsten dem Behandlungsmanual. Die Erfassung des PTBS-Befunds und der PTBS-Symptome für alle drei Gruppen erfolgte unmittelbar nach Behandlungsende. Es kamen ausschließlich Fremdbeurteilungsinstrumente zum Einsatz.

B-5.4 Zusammenfassung der verfügbaren Evidenz

In die Nutzenbewertung wurden insgesamt 12 Primärstudien eingeschlossen, die im Rahmen des Beratungsprozesses mittels standardisierter Datenextraktionsbögen bewertet wurden (siehe Abb. 1 Flow Chart).

Die Publikation von Marcus et al. (2004) berichtet die Ergebnisse der Follow-up Untersuchung von Marcus et al. (1997). Da es sich um die Ergebnisse ein und derselben Studie handelt, werden beide Publikationen sowohl im Langauswertungsbogen als auch in den nachfolgenden Tabellen zusammengefasst. Die Publikation von Jensen (1994) fasst die Ergebnisse der Dissertation (1992) desselben Autors zusammen. Auch hier werden beide Publikationen zusammengefasst, da es sich um die Ergebnisse ein und derselben Studie handelt.

Die folgende Tabelle 3 beinhaltet die wesentlichen Studiencharakteristika der eingeschlossen Primärstudien wie z.B. Patientenanzahl, Patientenkollektiv, Geschlecht, Anzahl der EMDR-Sitzungen und Zielgrößen und fasst die Ergebnisse der Studienbewertung zusammen.

Die Studien wurden in den Jahren 1992 bis 2007 publiziert und schlossen insgesamt 531 Patienten ein (12 – 105). In neun Studien erhielten die Patienten eine Standardbehandlung, eine Entspannungstherapie, eine medikamentöse Placebo-Therapie oder sie wurden einer Warteliste-Kontrollgruppe zugeteilt (Jensen 1992/1994; Marcus et al. 1997/2004; Rothbaum, 1997; Carlson et al. 1998; Power et al. 2002; Taylor et al. 2003; Rothbaum et al. 2005; Högberg et al. 2007; van der Kolk et al. 2007). Da die Patienten der Warteliste in der Studie von Johnson und Lubin (2006) nicht randomisiert zugeteilt wurden, wurden deren Ergebnisse nicht berücksichtigt. Die genannten Kontrollgruppen wurden in der in diesem Bericht durchgeführten Metaanalyse (s.u.) als unspezifische Kontrollgruppen zusammengefasst. Da außer in einer Studie (Power et al. 2002) auch für die Warteliste-Kontrollgruppe nicht explizit supportive Therapien und konkurrierende Therapien ausgeschlossen wurden, wurde auch die Wartelisten-Gruppe als unspezifische Kontrollgruppe geführt.

In sechs Studien (Rogers et al. 1999; Ironson et al. 2002; Power et al. 2002; Taylor et al. 2003; Rothbaum et al. 2005; Johnson & Lubin 2006) erhielten die Patienten in der Kontrollgruppe indikationsspezifische Behandlungen. Dies waren Prolongierte Exposition, Exposition mit kognitiver Umstrukturierung, Expositionstherapie und „Counting Method“.

In der Studie von van der Kolk et al. (2007) wurden die Patienten in einer Kontrollgruppe mit dem Medikament Fluoxetin behandelt, das für die Indikation PTBS in Deutschland nicht zugelassen ist. Auf die Auswertung dieses Vergleichs wurde daher verzichtet.

In fünf Studien wurden mehrere Kontrollgruppen eingesetzt (Carlson et al. 1998, Power et al. 2002; Taylor et al. 2003; Rothbaum et al. 2005; Johnson & Lubin 2006).

Die Patientenkollektive umfassten in sechs Studien bzgl. des auslösenden Traumas homogene Patientenkollektive. Dies waren Vergewaltigungsopfer (Rothbaum 1997; Rothbaum et al. 2005; Johnson & Lubin 2006) bzw. Kriegsveteranen (Jensen, 1992/1994; Carlson et al. 1998; Rogers et al. 1999). In den anderen sechs Studien wurden die Patienten durch unterschiedliche Ereignisse traumatisiert. Bezüglich der Traumahäufigkeit unterschieden manche Autoren zwischen einfach (Rothbaum 1997; Rothbaum et al. 2005; Högberg et al. 2007) und multipel traumatisierten (Jensen 1992/1994; Carlson et al. 1998; Rogers et al. 1999; Johnson & Lubin 2006) Probanden. In fünf Studien (Marcus et al. 1997/2004; Ironson et al. 2002; Power et al. 2002; Taylor et al. 2003; van der Kolk et al. 2007) wurden sowohl einfach als auch mehrfach traumatisierte Probanden gleichwertig betrachtet.

Die EMDR-Behandlung war in den Studien nur bedingt vergleichbar. Die Anzahl der durchgeführten EMDR-Sitzungen schwankte in den Studien zwischen 1 und 12 Sitzungen. Abweichend vom Behandlungsmanual Shapiros, das keine Beschränkung auf eine bestimmte Sitzungsanzahl vorsieht, wurden in zehn Studien vorab maximale Stundenzahlen festgelegt. Lediglich in zwei Studien (Marcus et al. 1997/ 2004; Johnson & Lubin 2006) erfolgte keine Festlegung der Stundenzahl zu Behandlungsbeginn.

In zehn Studien dauerte eine Behandlungssitzung 90 Minuten, in zwei Studien (Jensen 1994; Marcus et al. 1997/2004) wurde von diesen Vorgaben Shapiros abgewichen und die Dauer der Sitzung auf 50 bzw. 45 Minuten begrenzt.

Obwohl es sich bei allen eingeschlossenen Studien um randomisierte Studien handelte, waren nur in zwei Studien (Power et al. 2002; van der Kolk et al. 2007) hinreichende Angaben zum Randomisierungsalgorithmus zu entnehmen. Angaben zum Concealment (Verdeckung der Zuteilung der Patienten auf die Behandlungsgruppen) fehlten in allen Studien. Nur bei Power et al. (2002) und Högberg et al. (2007) konnte das Concealment aufgrund weiterer Angaben zur Randomisierung als gegeben angenommen werden.

Eine Verblindung von Patient und Behandler ist in Studien zur EMDR aufgrund der spezifischen Merkmale der Methode nicht möglich. So ist z.B. durch die bilaterale Stimulation mittels Fingerbewegungen die Methode für jeden Beteiligten erkennbar.

Dennoch ist eine verblindete Auswertung der Befunde durchaus möglich und wurde auch in sechs Studien praktiziert (Rogers et al. 1999; Marcus et al. 1997/2004; Power et al. 2002; Rothbaum et al. 2005; Johnson & Lubin 2006; van der Kolk et al. 2007). In zwei Studien (Carlson et al. 1998; Högberg et al. 2007) erfolgte die Verblindung lediglich zu bestimmten Erhebungszeiträumen.

Auf Basis der dargestellten Limitationen muss die Ergebnissicherheit der überwiegenden Anzahl der eingeschlossenen Studien als niedrig angenommen werden. Diese Einschätzung beruht insbesondere auf dem unklaren Concealment bei in diesem Fall nicht-verblindeten Studien.

Dennoch stellen sich die Ergebnisse in allen Studien relativ homogen dar. In sieben Studien fand sich eine statistisch signifikante Überlegenheit der EMDR gegenüber einer unspezifischen Behandlung. Jensen (1992/1994), Taylor et al. (2003) und van der Kolk et al. (2007) berichteten keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Der Vergleich der EMDR mit einer spezifischen Intervention zeigte in fünf Studien keine statistisch signifikanten Unterschiede. In der Studie von Taylor et al. (2003) war die Exposition der EMDR statistisch signifikant überlegen.

Da die Anzahl der Patienten in der Regel klein war (Angaben zur Fallzahlplanung fehlten in den meisten Studien), ist jedoch nicht auszuschließen, dass ein Teil der Studien „unterpower“ war.

Eindeutige Hinweise auf mögliche Schadensaspekte wurden in keiner Studie berichtet.

Tabelle 3: Studiencharakteristika der eingeschlossenen Primärstudien in chronologischer Reihenfolge

Studie Anzahl Patienten (Geschlecht)	Vergleich: EMDR vs ... Anzahl EMDR-Sitzungen	Patientenkollektiv Diagnose nach	Randomisierungssequenz adäquat Ja/unklar/nein	Concealment adäquat Ja/unklar/nein	Verblindung Auswerter Ja/unklar/nein	Relevante Zielgrößen (Erhebungsinstrumente)	Sonstige Aspekte	Effekt PTBS-Befund Symptomfreiheit bzw. Symptomreduktion
Jensen 1992/ 1994 25 (m)	Warteliste <u>EMDR:</u> 2 Behandlungssitzungen à 45 min	Kriegsveteranen DSM-III-R	Unklar	Unklar	Nein	PTBS (Fremdbeurteil.: SI-PTSD, Selbstbeurteil.: M-PTSD)	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen unklar Fidelity-Check ergab Abweichung vom Behandlungsprotokoll	<u>Posttreatment</u> Symptomreduktion: ↔
* Marcus et al. 1997/ 2004 67 (79 % w)	Standardbehandlung <u>EMDR:</u> Behandlungssitzungen à 50 min, Anzahl nicht festgelegt	Verschiedene Indikationen, Erwachsene Patienten DSM-III-R	Unklar (Blockrandomisierung ohne detaillierte Angaben)	Unklar	Ja für Follow-up	PTBS (Selbstbeurteil.: IES, MPSS-SR)	Keine Angabe zu ITT-Analyse; Analyse von lediglich 66 % bzw. 54 % der Patienten im Follow-up nach 3 bzw. 6 Monaten	<u>Posttreatment</u> Symptomreduktion: ↑
Rothbaum 1997 21 (w) [18 ausgewertet]	Warteliste <u>EMDR:</u> 3 Behandlungssitzungen +1 vorbereitende Sitzungen	Vergewaltigungsoffer DSM-III-R	Unklar	Unklar	Nein	PTBS (Fremdbeurteil.: PSS-I; Selbstbeurteil.: IES)	Deutliche Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen in einigen Merkmalen	<u>Posttreatment</u> Symptomreduktion: ↑

Studie Anzahl Patienten (Geschlecht)	Vergleich: EMDR vs ... Anzahl EMDR-Sitzungen	Patientenkollektiv Diagnose nach	Randomisierungssequenz adäquat Ja/unklar/nein	Concealment adäquat Ja/unklar/nein	Verblindung Auswerter Ja/unklar/nein	Relevante Zielgrößen (Erhebungsinstrumente)	Sonstige Aspekte	Effekt PTBS-Befund Symptomfreiheit bzw. Symptomreduktion
Carlson et al. 1998 35 (m)	Standardbehandlung (12 Patienten) <u>EMDR:</u> 12 Behandlungssitzungen (10 Patienten)	Kriegsveteranen DSM IV	Unklar	Unklar	Ja für Follow-up 9 Monate	PTBS (Fremdbeurteil.: CAPS, Selbstbeurteil.: IES, M-PTSD)	Keine	<u>Posttreatment</u> Symptomfreiheit: ↑ Symptomreduktion: ↑
Carlson et al. 1998 <i>Fortsetzung</i>	Biofeedback unterstützte Entspannungstherapie (13 Patienten) <u>EMDR:</u> s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Hohe Drop-out Raten in Kontrollgruppe im Follow-up 9 Monate (6 von 13 Patienten)	<u>Posttreatment</u> <u>Follow-up 3 Monate</u> <u>Follow-up 9 Monate</u> (Befund Behandler) Symptomfreiheit: ↑ Symptomreduktion: ↑

Studie Anzahl Patienten (Ge- schlecht)	Vergleich: EMDR vs ... Anzahl EMDR- Sitzungen	Patienten- kollektiv Diagnose nach	Randomi- sierungs- sequenz adäquat Ja/unklar/ nein	Conceal- ment adäquat Ja/unklar/ nein	Verblind- ung Auswerter Ja/unklar/ nein	Relevante Zielgrößen (Erhebungs- instrumente)	Sonstige Aspekte	Effekt PTBS- Befund Symptom- freiheit bzw. Symptom- reduktion
Rogers et al. 1999 12 (m)	Expositions- therapie <u>EMDR:</u> 1 Behandlun- gs- sitzung ohne vorbereitende Sitzung	Kriegs- veteranen DSM-III-R	Unklar	Unklar	Ja	PTBS (Selbstbeurteil.: IES)	Ergebnisse einer laufenden Studie	<u>Posttreat- ment</u> Symptom- reduktion: ↔
Ironson et al. 2002 22 (77 % w) [19 aus- gewertet]	Prolongierte Exposition (PE) <u>EMDR:</u> 3 vorbereitende Sitzungen und mindestens 1, max. 3 Behand- lungssitzungen	Verschiedene Indikationen, Erwachsene Patienten Keine klare Angabe zu Symptomatik nach DSM-III- R: „sufficient level of PTSD“	Unklar (2 Patienten nicht randomi- siert)	Unklar	Nein	PTBS (Selbstbeurteil.: PSS-SR)	Drop-out-Rate in PE deutlich höher als in EMDR: 3 vs. 0 randomisierte Patienten	<u>Posttreat- ment bzw. Follow- up 3 Monate</u> Symptom- reduktion: ↔

Studie Anzahl Patienten (Ge- schlecht)	Vergleich: EMDR vs ... Anzahl EMDR- Sitzungen	Patienten- kollektiv Diagnose nach	Randomi- sierungs- sequenz adäquat Ja/unklar/ nein	Conceal- ment adäquat Ja/unklar/ nein	Verblind- ung Auswerter Ja/unklar/ nein	Relevante Zielgrößen (Erhebungs- instrumente)	Sonstige Aspekte	Effekt PTBS- Befund Symptom- freiheit bzw. Symptom- reduktion
Power et al. 2002 105 (42% w) [72 ausge- wertet]	Warteliste <u>EMDR:</u> Max. 10 Behand- lungssitzungen	Verschiedene Indikationen, Erwachsene Patienten DSM IV	Wahr- scheinlich adäquat (Änderung der Randomisie- rungs- sequenz nach Studien- beginn ohne detaillierte Angaben)	Gegeben	Ja (Prä- und Post-Test)	PTBS (Fremdbeurteil.: CAPS; Selbstbeurteil.: IES, SI-PTSD self report version)	Hohe Drop-Out- Raten: EMDR: 31 % Warteliste: 17 %	<u>Posttreat- ment</u> Symptom- reduktion: ↑
Power et al. 2002 <i>Fort- setzung</i>	Exposition mit kognitiver Umstrukturier- ung E+CR <u>EMDR:</u> s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Hohe Drop-Out- Raten: EMDR: 31 % CBT: 43 %	<u>Posttreat- ment</u> <u>Follow-up 15 Monate</u> Symptom- reduktion: ↔

Studie Anzahl Patienten (Geschlecht)	Vergleich: EMDR vs ... Anzahl EMDR- Sitzungen	Patienten- kollektiv Diagnose nach	Randomi- sierungs- sequenz adäquat Ja/unklar/ nein	Conceal- ment adäquat Ja/unklar/ nein	Verblind- ung Auswerter Ja/unklar/ nein	Relevante Zielgrößen (Erhebungs- instrumente)	Sonstige Aspekte	Effekt PTBS- Befund Symptom- freiheit bzw. Symptom- reduktion
*Taylor et al. 2003 60 (75 % w) [45 ausgewertet]	Prolongierte Exposition (PE) <u>EMDR:</u> 8 Sitzungen (wenn genug Zeit blieb, wurde nach der Vorbereitung bereits in Sitzung 1 mit Behandlung begonnen)	Verschiedene Indikationen, Erwachsene Patienten DSM IV	Unklar	Unklar	Ja	PTBS (Fremdbeurt.: SCID-I, CAPS; Selbstbeurteil.: Unterskala PTSD Symptom Severity Scale aus PDS)	Keine	<u>Posttreatment</u> Symptomfreiheit: ↔ <u>Posttreatment/Follow-up 3 Monate**</u> Symptomfreiheit: ↔ Symptomreduktion (Reexperience, Avoidance): ↓

Studie Anzahl Patienten (Geschlecht)	Vergleich: EMDR vs ... Anzahl EMDR-Sitzungen	Patientenkollektiv Diagnose nach	Randomisierungssequenz adäquat Ja/unklar/nein	Concealment adäquat Ja/unklar/nein	Verblindung Auswerter Ja/unklar/nein	Relevante Zielgrößen (Erhebungsinstrumente)	Sonstige Aspekte	Effekt PTBS-Befund Symptomfreiheit bzw. Symptomreduktion
*Taylor et al. 2003 <i>Fortsetzung</i>	Relaxation Training <u>EMDR:</u> s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	<u>Posttreatment</u> Symptomfreiheit: ↔ <u>Posttreatment/Follow-up 3 Monate**</u> Symptomfreiheit: ↔ Symptomreduktion ↔
* Rothbaum et al. 2005 74 (w) [60 ausgewertet]	Warteliste <u>EMDR:</u> 7 Behandlungs- + 2 vorbereitende Sitzungen	Vergewaltigungsoffer CAPS nach DSM IV	Unklar	Unklar	Ja	PTBS (Fremdbeurt.: CAPS; Selbstbeurteil.: IES, PSS-SR)	Keine	<u>Posttreatment</u> Symptomfreiheit: ↑ Symptomreduktion: ↑

Studie Anzahl Patienten (Ge- schlecht)	Vergleich: EMDR vs ... Anzahl EMDR- Sitzungen	Patienten- kollektiv Diagnose nach	Randomi- sierungs- sequenz adäquat Ja/unklar/ nein	Conceal- ment adäquat Ja/unklar/ nein	Verblind- ung Auswerter Ja/unklar/ nein	Relevante Zielgrößen (Erhebungs- instrumente)	Sonstige Aspekte	Effekt PTBS- Befund Symptom- freiheit bzw. Symptom- reduktion
* Rothbaum et al. 2005 <i>Fort- setzung</i>	Prolongierte Exposition (PE) <u>EMDR:</u> s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	<u>Posttreat- ment Follow-up 6 Monate</u> Symptom- freiheit: ↔ Symptom- reduktion: ↔
Johnson & Lubin 2006 37 (w), 28 nach 1. Evaluation [27 ausge- wertet]	Prolongierte Exposition (PE) <u>EMDR:</u> 1 vorbereitende Sitzung, Anzahl Behandlungssit- zungen nach Manual nicht vorgegeben: MW 6,3 (SD 0,9)	Vergewaltig- ungsopfer PTBS nach M- PTSD	Unklar	Unklar	Ja	PTBS (Fremdbeurteil.: CAPS, Selbstbeurteil.: M-PTSD)	Kontrolle „Warteliste“ nicht randomisiert, daher keine Berück-sichtigung	<u>Posttreat- ment Follow-up 3 Monate</u> Symptom- freiheit: ↔

Studie Anzahl Patienten (Geschlecht)	Vergleich: EMDR vs ... Anzahl EMDR-Sitzungen	Patientenkollektiv Diagnose nach	Randomisierungssequenz adäquat Ja/unklar/nein	Concealment adäquat Ja/unklar/nein	Verblindung Auswerter Ja/unklar/nein	Relevante Zielgrößen (Erhebungsinstrumente)	Sonstige Aspekte	Effekt PTBS-Befund Symptomfreiheit bzw. Symptomreduktion
Johnson & Lubin 2006 <i>Fortsetzung</i>	„ Counting Method “ <u>EMDR:</u> s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	<u>Posttreatment</u> <u>Follow-up 3 Monate</u> Symptomfreiheit: ↔
Högberg et al. 2007 24 (21 % w) [21 ausgewertet]	Warteliste <u>EMDR:</u> 5 Behandlungssitzungen	Berufsbedingte PTBS DSM IV	Unklar	Gegeben	Ja für Fremdbeurteilungsverfahren	PTBS (Fremdbeurteil.: SCID-I); Selbstbeurteil.: IES)	Keine	<u>Posttreatment</u> Symptomfreiheit: ↑
Van der Kolk et al. 2007 58 (81 % w)	Medikamentöse Placebo-Therapie <u>EMDR:</u> 8-wöchige Behandlung mit 1 Sitzung pro Woche; durchschnittlich 6 Sitzungen waren dem „trauma-processing“ gewidmet	Verschiedene Indikationen, Erwachsene Patienten DSM IV	Ja	Unklar	Ja	PTBS (Fremdbeurteil.: CAPS)	Keine	<u>Posttreatment</u> <u>ITT-Analyse (LOCF):</u> Symptomfreiheit: ↔ Symptomreduktion ↔

Studie Anzahl Patienten (Ge- schlecht)	Vergleich: EMDR vs ... Anzahl EMDR- Sitzungen	Patienten- kollektiv Diagnose nach	Randomi- sierungs- sequenz adäquat Ja/unklar/ nein	Conceal- ment adäquat Ja/unklar/ nein	Verblind- ung Auswerter Ja/unklar/ nein	Relevante Zielgrößen (Erhebungs- instrumente)	Sonstige Aspekte	Effekt PTBS- Befund Symptom- freiheit bzw. Symptom- reduktion
<p>** ANCOVA, gemittelt über Posttreatment- und Follow-up-Daten DSM: <i>Diagnostic and Statistical Manual</i>; ITT: intension-to treat; LOCF: last observation carried forward; m: männlich; PTBS: posttraumatische Belastungsstörung; w: weiblich</p>								
<p><u>Erhebungsbögen Fremdbeurteilung</u> CAPS: Clinician Administered PTSD Scale M-PTSD: Mississippi Scale for Combat-Related Post Traumatic Stress Disorder SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders SI-PTSD: Structured Interview for PTSD PSS-I: PTSD Symptom Scale-Interview</p>					<p><u>Erhebungsbögen Selbstbeurteilung</u> IES: Impact of Event Scale MPSS-SR: Modified PTSD Symptom Scale Self Report PSS-SR: PTSD Symptom Scale - Self Report PDS: Post traumatic stress Diagnostic Scale</p>			

*nicht in die Metaanalyse eingegangen

B-5.4.1 Ergebnisse der Metaanalysen

Um den Effekt der EMDR aus den zumeist kleinen Studien besser einschätzen zu können, wurde in der Arbeitsgruppe eine eigene Metaanalyse durchgeführt.

Von den in die Bewertung eingeschlossenen 12 Studien konnten die Ergebnisse von drei Studien für die metaanalytische Auswertung nicht berücksichtigt werden (Marcus et al. 1997/2004; Taylor et al. 2003, Rothbaum et al. 2005), da keine suffizienten Daten zur Berechnung einer Effektstärke zur Verfügung standen. In diesen Studien konnte kein Gruppenvergleich auf der Grundlage von Häufigkeiten, Mittelwerten und Standardabweichungen vorgenommen werden. Für eine metaanalytische Auswertung standen somit neun Primärstudien zur Verfügung.

Da in einigen Studien mehrere Erhebungsinstrumente für die Erhebung der Endpunkte zum Einsatz kamen, wurden sowohl für die Fremderhebung als auch für die Selbsterhebung diejenigen Messinstrumente ermittelt, die am häufigsten angewendet wurden.

Bei Studien, in denen Fremdbeurteilungsinstrumente zum Einsatz kamen, erfolgte dies in fünf von acht Fällen anhand des klinischen Interviews Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS). Die Impact of Event Scale (IES) war ein häufiges Erhebungsinstrument in Studien, in denen Selbstbeurteilungsinstrumente verwendet wurden (6 von 9). Kamen in einer Studie für die Erhebung einer Symptomkategorie mehrere Messinstrumente zum Einsatz, wurde für die Berechnung des Effektes in der Fremdbeurteilung möglichst das CAPS benutzt, sowie bei der Selbstbeurteilung die IES.

EMDR versus Warteliste/Standardbehandlung: Sechs Studien (Carlson et al. 1998; Högberg et al. 2007; Jensen 1994; Rothbaum 1997; Power et al. 2002; Van der Kolk et al. 2004) verglichen die EMDR gegen die Warteliste/Standardbehandlung bzw. Placebo. Alle sechs Studien mit insgesamt 194 Patienten (EMDR: N = 101; Warteliste/Standardbehandlung: N = 93) konnten zur Berechnung des Effektes herangezogen werden. In der Studie von Carlson (1998) wurde die EMDR sowohl gegen Standardbehandlung als auch gegen Biofeedback unterstützte Entspannungstherapie verglichen. Zur Berechnung des Effektes wurde der in der Studie dargestellte Vergleich EMDR versus Standardbehandlung herangezogen. Ebenfalls erfolgte eine separate Berechnung, bei welcher die Standardbehandlung mit der Biofeedbackgestützten Entspannungstherapie ausgetauscht wurde, um einen möglichen Einfluss auf den Effektschätzer zu überprüfen. Die Heterogenität zwischen den Studien war hoch ($I^2 = 86\%$), es wurde daher eine Random-Effects Model berechnet. Der Effekt war statistisch signifikant zugunsten der EMDR gegenüber der Warteliste/Standardbehandlung (SMD = -1,06; 95% KI: -1,90; -0,22) [siehe Analyse 1]. Beim Austausch der Standardbehandlung gegen die Biofeedbackgestützte Entspannungstherapie veränderte sich der Effekt nicht (SMD = -1,22; (95 % KI: -2,29; -0,14).

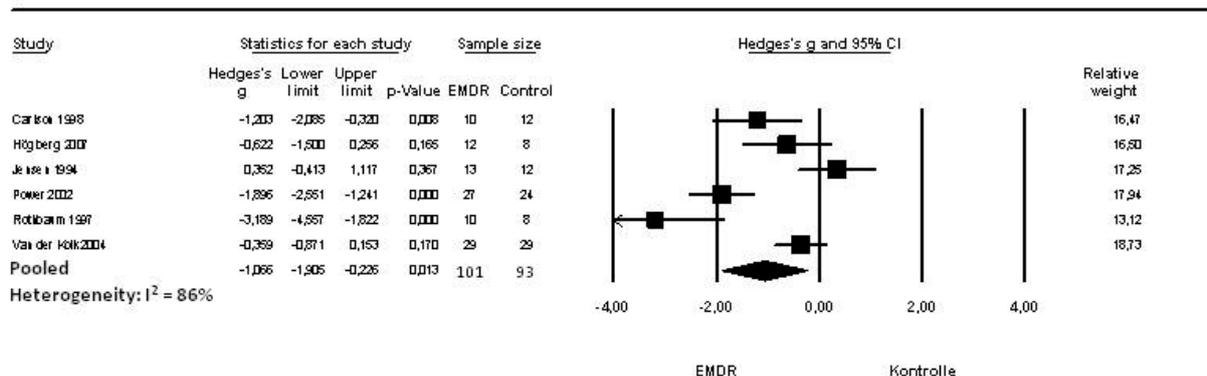


Abbildung 2: Analyse 1 Vergleich EMDR vs. indikationsunspezifische Behandlung, PTBS Symptomatik

EMDR versus indikationsspezifische Behandlung: Vier Studien (Ironson et al. 2002; Johnson & Lubin 2006; Power et al. 2002; Rogers et al. 1999,) verglichen die EMDR mit einer indikationsspezifischen Kontrollgruppe. Als indikationsspezifische Kontrollgruppe kamen Prolongierte Exposition (PE), Exposition mit kognitiver Umstrukturierung, Expositionstherapie und „Counting Method“ zur Anwendung. Alle vier Studien mit insgesamt 97 Patienten (EMDR: N = 52; aktive Kontrollbedingung: N = 45) konnten zur Berechnung des Effektes herangezogen werden. In der Studie von Johnson (2006) wurde die EMDR sowohl mit der Prolongierten Exposition als auch mit der „Counting Method“ verglichen. Zur Berechnung des Effektes wurde der Vergleich EMDR versus Prolongierte Exposition herangezogen. Ebenfalls erfolgte eine separate Berechnung, bei welcher die Prolongierte Exposition mit der „Counting Method“ ausgetauscht wurde, um einen möglichen Einfluss auf den Effektschätzer zu überprüfen. Die Heterogenität zwischen den Studien war niedrig ($I^2 = 0\%$), es wurde daher ein Fixed-Effects Model berechnet. Der Effekt war statistisch signifikant zugunsten der EMDR gegenüber der indikationsspezifischen Behandlung (SMD = -0,56; 95 % KI: -0,96; -0,17) [siehe Analyse 2]. Beim Austausch der Prolongierten Exposition gegen die „Counting Method“ veränderte sich der Effekt nicht (SMD = -0,61; 95 % KI: -0,98; -0,24).

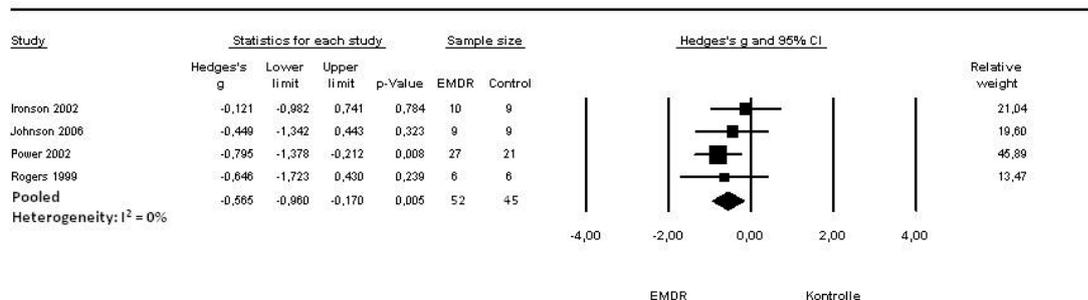


Abbildung 3: Analyse 2 Vergleich EMDR vs. indikationsspezifische Behandlung, PTBS-Symptomatik

Sensitivitätsanalysen:

Die Studie von Jensen (1994) war die einzige Studie bei der es zu einer Verschlechterung der Ergebnisse im Zeitverlauf, sowohl in der Interventionsgruppe mit EMDR-Behandlung als auch der Kontrollgruppe mit Warteliste, kam. Um den Einfluss der Studie auf den Effektschätzer untersuchen zu können, wurde diese im Folgenden aus der Berechnung entfernt. Allerdings reduziert sich dadurch weder die Heterogenität zwischen den Studien noch das Konfidenzintervall wesentlich, d.h. es gibt noch weitere Einflussfaktoren, die zur Heterogenität dieser Studien beitragen [siehe Analyse 3].

(Ohne Jensen 1994)

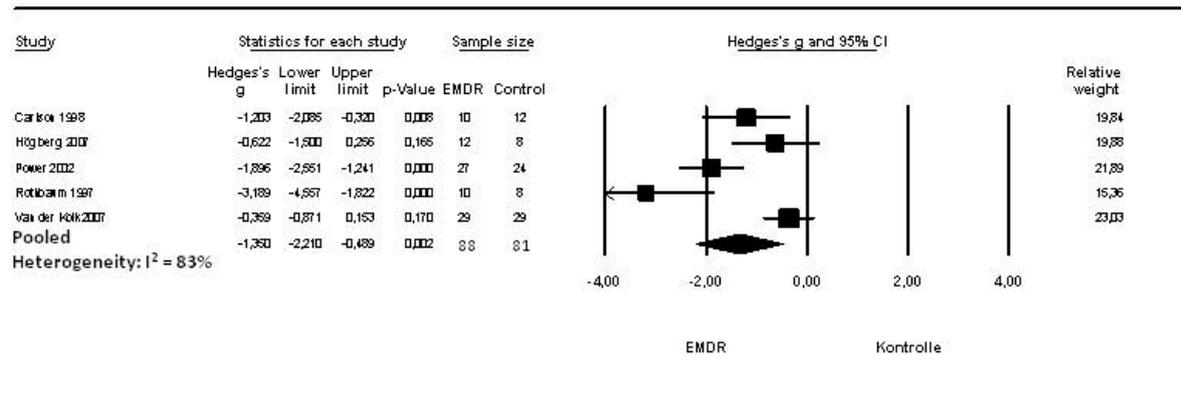


Abbildung 4: Analyse 3 Vergleich EMDR vs. indikationsunspezifische Behandlung, PTBS-Symptomatik

Subgruppenanalysen:

Einfluss der Erhebungsinstrumente auf die Effektstärke

Um einen möglichen Einfluss der Erhebungsinstrumente auf die Effektstärke zu ermitteln, werden die Studien im Folgenden nach Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumenten stratifiziert. Waren in einer Studie die Schwere der PTBS mit verschiedenen Messinstrumenten erhoben worden, wurde das am häufigsten genutzte PTBS-Instrument ausgewählt. Bei Studien, in denen Fremdbeurteilungsinstrumente zum Einsatz kamen, erfolgte dies in fünf von acht Fällen anhand des klinischen Interviews Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS). Der psychometrische Test Impact of Event Scale (IES) war ein häufig angewandter Test in Studien, in denen Selbstbeurteilungsinstrumente verwendet wurden (6 von 9).

Selbstbeurteilungsinstrumente: Es konnten insgesamt vier Studien (Carlson et al. 1998; Högberg et al. 2007; Rothbaum 1997; Power et al. 2002) identifiziert werden, welche die EMDR gegenüber einer unspezifischen Behandlung verglichen und die Schwere der PTBS anhand von Selbstbeurteilungsinstrumenten erfassten (Vorgehen bei Carlson et al. (1998): siehe Analyse 1). Alle vier Studien mit insgesamt 111 Teilnehmern (EMDR: N = 59; unspezifische Behandlung: N = 52) konnten zur Berechnung des Effektes herangezogen werden. Die Heterogenität zwischen den Studien war hoch ($I^2 = 74\%$), es wurde daher ein Random-Effects Model berechnet. Der Effekt war statistisch signifikant (SMD = -1,63; 95 % KI: -2,51; -0,74) zugunsten der EMDR gegenüber der Warteliste/Standardbehandlung [siehe Analyse 4].

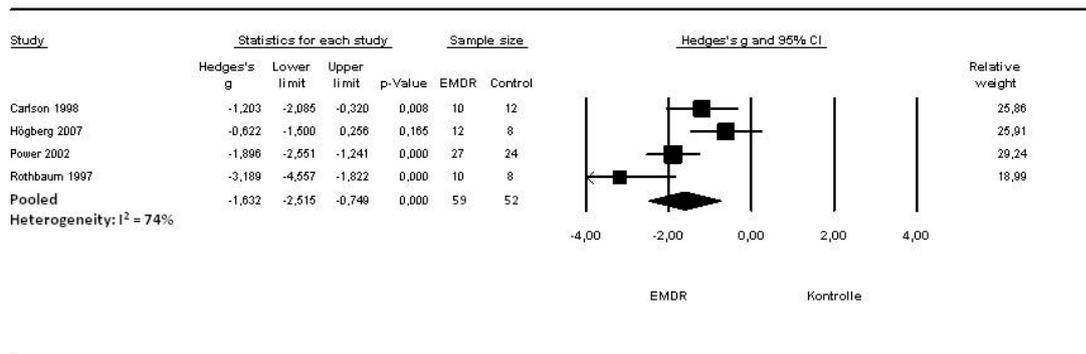


Abbildung 5: Analyse 4 Vergleich EMDR vs. indikationsunspezifische Behandlung, PTBS-Symptomatik, Selbstbeurteilung

Drei Studien, welche die EMDR mit einer indikationsspezifischen Behandlung verglichen, erfassten die Schwere der PTBS mittels eines Selbstbeurteilungsinstrumentes [siehe Analyse 5]. Die Heterogenität zwischen den Studien war gering ($I^2 = 0\%$), es wurde daher ein Fixed-Effects Model berechnet. Der Effekt war statistisch signifikant (SMD = -0,59; 95 % KI: -1,03; -0,15) zugunsten der EMDR gegenüber der indikationsspezifischen Behandlung [siehe Analyse 5].

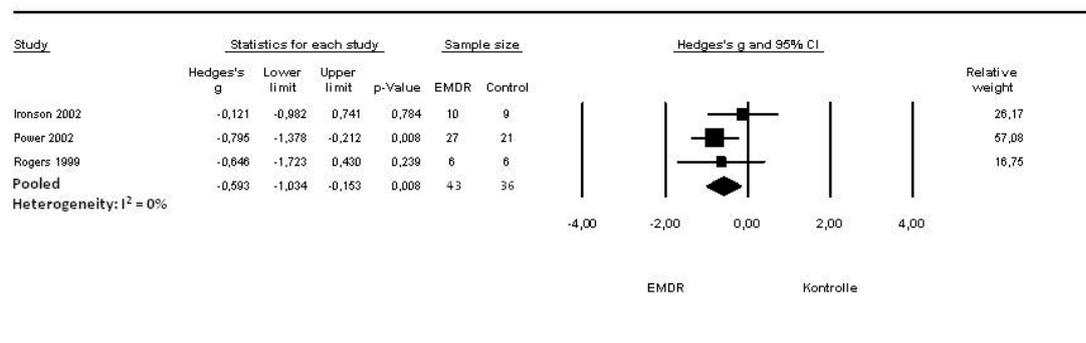


Abbildung 6: Analyse 5 Vergleich EMDR vs. indikationsspezifische Behandlung, PTBS-Symptomatik, Selbstbeurteilung

Fremdbeurteilungsinstrumente: Fünf Studien (Carlson et al. 1998; Högberg et al. 2007; Jensen 1994; Power et al. 2005; van der Kolk et al. 2007) verglichen die EMDR gegenüber einer unspezifischen Behandlung und verwendeten hierbei Fremdbeurteilungsinstrumente zur Erfassung der PTBS Symptomschwere. Carlson (1998) wurde nicht für die Berechnung herangezogen, da ausschließlich Daten zur Symptomfrequenz und Symptomintensität berichtet wurden. Bei Högberg et al. (2007) lagen die Daten nicht in einer für die Metaanalyse auswertbaren Form vor. Drei Studien mit insgesamt 134 Teilnehmern (EMDR: N = 69; indikationsunspezifische Behandlung: N = 65) konnten somit für die Berechnung des Effektes herangezogen werden. Die Heterogenität zwischen den Studien war hoch ($I^2 = 90\%$), es wurde daher ein Random-Effects Model berechnet. Der Gruppenunterschied war nicht statistisch signifikant (SMD = -0,62; 95% KI: -1,81; 0,56) [siehe Analyse 6].

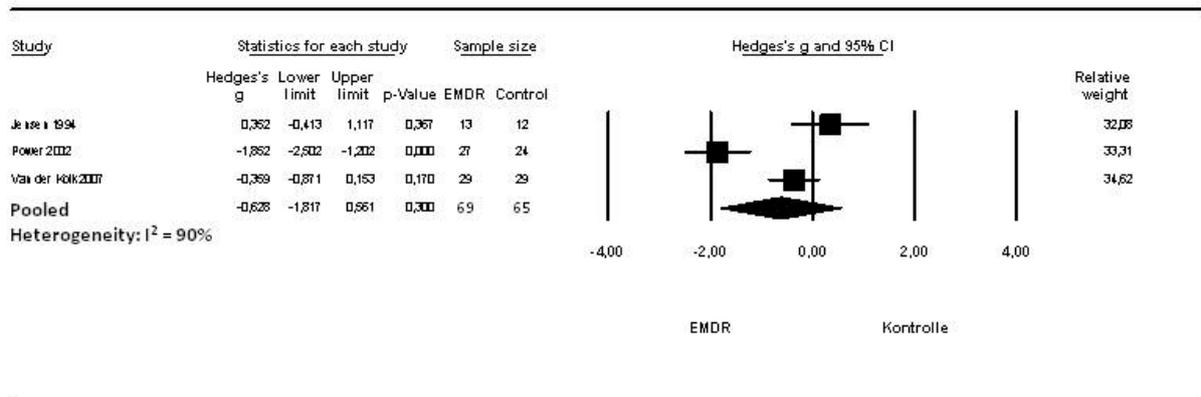


Abbildung 7: Analyse 6 Vergleich EMDR vs. indikationsunspezifische Behandlung, PTBS-Symptomatik, Fremdbeurteilung

Zwei Studien (Johnson & Lubin 2006; Power et al. 2002) mit insgesamt 66 Teilnehmern (EMDR: N = 36; indikationsspezifische Behandlung: N = 30) verglichen die EMDR mit einer indikationsspezifischen Behandlung und verwendeten Fremdbeurteilungsinstrumente. Die Heterogenität zwischen den Studien war niedrig ($I^2 = 15\%$), es wurde daher ein Fixed-Effects Model berechnet. Der Effekt war statistisch signifikant (SMD = -0,56; 95 % KI: -1,04; -0,07) zugunsten der EMDR gegenüber der indikationsspezifischen Behandlung [siehe Analyse 7].

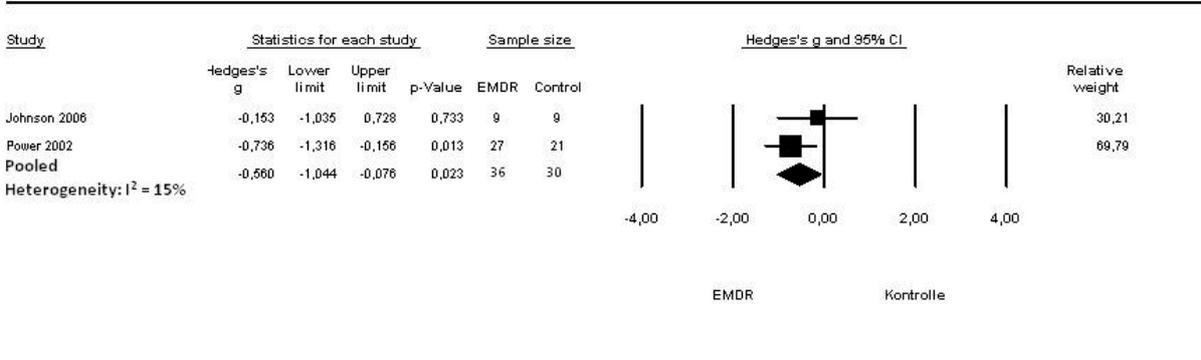


Abbildung 8: Analyse 7: Vergleich EMDR vs. indikationsspezifische Behandlung, PTBS-Symptomatik, Fremdbeurteilung

B-5.4.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Beurteilung der Methode EMDR beruht auf einer systematischen Literaturrecherche nach Primärstudien und der methodischen Bewertung der als relevant eingestuft Studien. Mit den zusätzlich im Beratungsprozess als adäquat eingestuft systematischen Reviews von Bisson und Andrew (2007) und Committee on Treatment of posttraumatic Stress disorder (2008) wurde ein Studienabgleich vorgenommen, welcher keine neuen relevanten Studien ergab. Bisson und Andrew (2007) betrachtete zusätzliche Studien (Deville 1999; Lee 2002; Vaughan 1994), was damit zu begründen ist, dass die im Review festgelegten Einschlussgründe teilweise nicht mit denen der AG EMDR übereinstimmten.

In die metaanalytische Auswertung konnten 9 von 12 Studien einbezogen werden. Aufgrund der kleinen Anzahl an verfügbaren Studien war eine Zusammenfassung der Kontrollbehandlungen notwendig. Weiterhin ist kritisch zu erwähnen, dass sich in den einzelnen Studien das Setting der EMDR-Behandlung (z.B. Sitzungsanzahl und -dauer, Einhaltung des Shapiro-Protokolls), sowie die Erfahrung der EMDR-Therapeuten unterschieden. Auch wurden unterschiedliche Erhebungsinstrumente eingesetzt und die Patientenkollektive unterschieden sich beispielsweise hinsichtlich der Art des auslösenden Traumas und der Traumahäufigkeit. Trotz dieser Inhomogenität erschien die Zusammenfassung der Studien in einer Metaanalyse vertretbar.

Bei den unspezifischen Kontrollen waren die Effekte zumeist statistisch signifikant zugunsten der EMDR, bei den spezifischen Kontrollen wurde in allen Studien keine statistische Signifikanz erreicht. In den Studien wurde in der Regel keine Fallzahlplanung beschrieben. Aufgrund der kleinen Patientenzahlen in den Primärstudien kann vermutet werden, dass die Studien nicht hinreichend „gepowert“ waren. Die meta-analytische Zusammenfassung der relevanten Primärstudien ergab eine statistisch signifikante Überlegenheit der EMDR sowohl gegenüber indikationsunspezifischen als auch -spezifischen Kontrollbehandlungen.

In die Metaanalyse der EMDR gegenüber einer PTBS-spezifischen Behandlung ging die Studie von Power et al. (2002) mit einer Gewichtung von 46 % ein, was durch die deutlich höhere Anzahl Patienten im Vergleich zu den anderen in die Analyse eingeschlossenen Studien bedingt war. Im Gegensatz zu den meisten anderen Studien konnte das Concealment hier als gegeben angenommen werden. Ein Problem der Studie liegt in den hohen Drop-out-Raten (EMDR: 31 %, CBT: 43 %). Weiterhin ist zu beachten, dass sich bei der eigenen Berechnung der Effektstärke unter Verwendung der verfügbaren Rohdaten ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der EMDR ergab, der in der Primärstudie nicht beschrieben wurde. Diese Diskrepanz ist auf ein unterschiedliches Verfahren zur Berechnung der Effektstärke in Primärstudie und Metaanalyse zurückzuführen.

Drei Studien (Marcus et al. 1997/2004; Taylor et al. 2003; Rothbaum et al. 2005) konnten nicht in die Metaanalyse aufgenommen werden, da keine ausreichenden Rohdaten zur Berechnung der Effektstärke zur Verfügung standen. Alle drei Studien verglichen die EMDR mit einer unspezifischen Kontrollbehandlung und Taylor et al. (2003) zusätzlich mit prolongierter Exposition.

Im Gegensatz zu den anderen Studien waren die Effekte der Taylor-Studie im Vergleich zur Warteliste nicht statistisch signifikant zugunsten der EMDR. Auch wurde eine statistisch signifikante Überlegenheit der Prolongierten Exposition gegenüber der EMDR für den Endpunkt Symptomreduktion (re-experience, avoidance) berichtet. Ob sich das Ergebnis der Metaanalysen unter Einbeziehung der genannten Studien im Hinblick auf die Signifikanz des Gesamtschätzers verändert hätte, bleibt offen.

Geplante Subgruppen-Analysen mussten aufgrund der geringen Anzahl der verfügbaren Studien auf den Vergleich „Erhebung der Endpunkte mittels Fremdbeurteilungs- versus Selbstbeurteilungsinstrumente“ beschränkt werden. Eine Überlegenheit der EMDR zeigte sich sowohl für die indikationsunspezifischen als auch – spezifischen Kontrollen, wenn die Metaanalyse auf die Ergebnisse, die mit Selbstbeurteilungsinstrumenten erhoben wurden, beschränkt wurde. Wenn sich die meta-analytische Auswertung nur auf Ergebnisse aus Fremdbeurteilungsinstrumenten bezog, ergab sich eine Überlegenheit der EMDR gegenüber einer indikationsspezifischen Behandlung. Diese Überlegenheit wurde allerdings nicht im Vergleich der EMDR mit indikationsunspezifischen Kontrollgruppen bestätigt. Für drei der Subgruppenanalysen konnten allerdings nur 3 bzw. 2 Studien berücksichtigt werden, so dass sich der Einfluss der Erhebungsinstrumente auf die Effektstärke nur schwierig interpretieren lässt.

Von Interesse für eine weitere Subgruppenanalyse wäre beispielsweise der Vergleich der Effekte einer EMDR-Behandlung bei homogenen Patientenkollektiven, wie Kriegsveteranen oder Vergewaltigungsopfern, gewesen.

Aus klinischer Sicht wären darüber hinaus Metaanalysen zur Symptommfreiheit interessant gewesen. Symptommfreiheit als maximale Steigerungsstufe der Symptomreduktion ist ein nach anerkannten Diagnoseklassifikationssystemen eineindeutig definierter Zustand, während die klinische Relevanz der Symptomreduktion aufgrund der Datenlage nicht einheitlich nachvollziehbar war. Die Zielgröße Symptommfreiheit wurde allerdings nur in einigen Studien erfasst.

Auf Basis der verfügbaren Daten ließ sich der Effekt der EMDR nur für den Zeitpunkt unmittelbar nach Behandlungsende quantifizieren, Daten zur Langzeitwirkung der EMDR (Follow-up Untersuchungen) wurden nur in wenigen Studien erhoben. Somit konnten Subgruppenanalysen, die einen Langzeitbehandlungseffekt der EMDR-Behandlung untersuchen, nicht durchgeführt werden. Eine Aussage zur Nachhaltigkeit der EMDR-Behandlung konnte somit nicht generiert werden.

Fazit:

In der Metaanalyse ergab sich eine statistisch signifikante Überlegenheit der EMDR gegenüber einer indikationsunspezifischen und -spezifischen Kontrollbehandlung nach Abschluss der Therapie. Allerdings wies ein Großteil der Primärstudien methodische und inhaltliche Limitationen auf. Auf Basis dieser Studienlage erscheint es gerechtfertigt, einen deutlichen Hinweis auf die Wirksamkeit der EMDR abzuleiten.

Im Sinne der VerFO 2. Kapitel § 10 Abs. 2 Nr. 1 lässt sich damit ein deutlicher Hinweis auf einen Nutzen der EMDR gegenüber einer unspezifischen und spezifischen Therapie ableiten.

B-6 Medizinische Notwendigkeit der EMDR

B-6.1 Aktuelle Versorgungssituation

Infolge eines erlebten Traumas oder mehrerer erlebter Traumata kann es zu einer behandlungsbedürftigen Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kommen.

Patientinnen und Patienten mit PTBS können im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Regelungen des Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses psychotherapeutische und andere Leistungen zur Krankenbehandlung erhalten. Die Behandlung einer PTBS erfolgt somit in der Regel im Rahmen des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung. In Abhängigkeit von Schwere der Störung und vom Stabilisierungsbedarf stehen ambulante und (teil-) stationäre Behandlungsangebote sowie Maßnahmen zur Rehabilitation zur Verfügung.

Eine leitliniengerechte Behandlung sieht primär eine traumaspezifische Psychotherapie sowie bei Bedarf eine adjuvante Psychopharmakotherapie zur Unterstützung der Symptomkontrolle vor (Flatten et al. 2011).

Die psychotherapeutische Behandlung der PTBS verfolgt das Ziel, unter geschützten therapeutischen Bedingungen mittels Konfrontation mit der Erinnerung an das auslösende Trauma eine biographische Integration des Erlebten zu erreichen. Dabei ist die Bearbeitung traumatisch fixierter Erinnerungen und sensorischer Fragmente als zentraler Bestandteil der Behandlung anzusehen. Es sollen traumaadaptierte Behandlungsmethoden eingesetzt werden.

In der Regel endet eine Traumatherapie nicht mit der Traumabearbeitung. Wenn indiziert, soll zur Unterstützung von Trauer, Neubewertung und sozialer Neuorientierung der psychotherapeutische Prozess fortgeführt werden.

B-6.2 Ambulante Behandlungsangebote

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung einer PTBS erfolgt durch für die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte sowie approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Folgende Berufsgruppen mit spezifischer psychotherapeutischer Qualifikation behandeln Patientinnen und Patienten mit einer PTBS:

- Ärztinnen und Ärzte, die eine psychosomatische Grundversorgung anbieten,
- Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie,
- Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse,
- Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten.

Des Weiteren finden sich ambulante Behandlungsangebote im Rahmen spezialisierter Ambulanzen an Krankenhäusern (psychiatrische Institutsambulanzen, PIA). Zahlreiche PIA in Deutschland bieten traumaspezifische Behandlungsangebote an. Die zeitnah zu realisierende multidisziplinäre Behandlung ist ein wichtiger Baustein in der Akutversorgung traumatisierter Patienten. Allerdings stehen traumaspezifische Behandlungsangebote in PIA nicht flächendeckend zur Verfügung.

Auch so genannte „Opferambulanzen“ sind an PIA angeknüpft. Diese arbeiten jedoch nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) in Kooperation mit den regional zuständigen Sozialministerien. Dieses Versorgungsmodell bietet ein spezifisches Behandlungsangebot für traumatisierte Personen und hat sich besonders in der Akutversorgung Betroffener bewährt. Auch dieser Versorgungsansatz ist nicht flächendeckend vorhanden.

An Hochschul- und Ausbildungsambulanzen etablieren sich zunehmend spezifische traumatherapeutische Behandlungsangebote. Sowohl Hochschulambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten als auch Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG sind gem. § 117 Abs. 2 SGB V zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ermächtigt.

B-6.3 Stationäre Behandlungsangebote

Wenn eine ambulante Therapie nicht ausreicht oder zu keiner Verbesserung führt, stehen (teil-) stationäre Behandlungen zur Verfügung.

Neben einer traumaspezifischen Psychotherapie sowie bei Bedarf einer adjuvanten Psychopharmakotherapie werden in stationären Settings adjuvante Verfahren wie Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie und Physiotherapie in einem traumaspezifischen Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt.

Diese können durchgeführt werden in:

- Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie.
- Krankenhäusern für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
- Allgemeinkrankenhäusern mit entsprechenden Fachabteilungen.

Rehabilitative Behandlung

Teil-(stationäre) Rehabilitationsmaßnahmen können dazu beitragen, eine Gefährdung der Arbeitsfähigkeit oder gar eine Arbeitsunfähigkeit abzuwenden.

Diese finden in psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitationskliniken statt.

B-6.4 Therapieangebote

In Deutschland können derzeit 3 Psychotherapieverfahren für die ambulante Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zum Einsatz kommen. Die Anerkennung dieser Verfahren im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie erfolgte vor der Voraussetzung eines umfassenden Therapiesystems der Krankheitsentstehung sowie der therapeutischen Wirksamkeit ihrer spezifischen Behandlungsmethoden. Derzeit gehören die psychoanalytisch begründeten Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Therapie) und die Verhaltenstherapie zu den zugelassenen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren (sog. Richtlinienverfahren).

Die ambulante Behandlung der PTBS wird im Rahmen der beschriebenen Richtlinienpsychotherapie durchgeführt. Für jede Patientin und jeden Patienten wird in diesem Kontext ein individueller Behandlungsplan erstellt, der indikationsspezifisch auf die einzelnen Facetten des Krankheitsbildes eingeht. Dieser Behandlungsplan kann den Bedürfnissen des Patienten entsprechend im Verlauf variiert werden. Zur Erreichung der Behandlungsziele kommen dabei unterschiedlichste Methoden und Techniken zum Einsatz. Diese schließen auch spezifische traumatherapeutische Elemente oder auch die Arbeit mit inneren Bildern ein.

Gesetzlich Krankenversicherte mit PTBS können von allen zugelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie behandelt werden.

Beispiele für spezifische Therapieverfahren für die PTBS-Therapie in den Therapieschulen sind:

Kognitive Verhaltenstherapie:

- Prolongierte Exposition nach Foa
- Kognitive Therapie nach Ehlers & Clark
- Kognitive Verarbeitungstherapie nach Resick
- Imaginatives Reprozessieren nach Smucker

Psychodynamik/Psychoanalyse:

- Psychodynamische Traumatherapie nach Horowitz
- Imaginativ psychodynamische Therapie nach Reddemann

B-6.5 Die Therapie der PTBS

Seit Jahren werden zur Therapie der PTBS kontrollierte Therapiestudien vorgelegt. Insbesondere für die kognitive Verhaltenstherapie mit ihren verschiedenen Techniken wird heute vor dem Hintergrund der Evidenzlage von einer Wirksamkeit bei der Behandlung der PTBS ausgegangen.

Basierend auf einer Publikation von Herman (1993) wird die Behandlung der PTBS auch heute noch in drei Therapiephasen eingeteilt:

1. Stabilisierung und Affektregulation,
2. Traumasynthese/Traumaexposition und
3. Integration und Neuorientierung.

Diese Einteilung wird im deutschen Sprachraum von allen Therapieschulen angewandt. Sie steht aber nicht für eine zeitliche Abfolge von Interventionen im Rahmen der Therapie. Insbesondere Maßnahmen zur Stabilisierung und Affektregulation können fortlaufend über den Therapieverlauf notwendig sein.

Die therapeutischen Inhalte der Traumasynthese bzw. Traumaexposition werden von den Therapieschulen unterschiedlich interpretiert. Gemeinsam über alle Schulen sind die konkrete Benennung des Traumas und die Überwindung der konkreten Traumatisierungserfahrungen im Rahmen eines therapeutischen Prozesses.

Die Arbeit mit traumatischen Gedächtnisbildern im Rahmen einer Traumaexposition ist eine in der Verhaltenstherapie entwickelte Therapiemethode. Die in anderen Therapieschulen praktizierten Varianten der Traumaexposition lassen sich auf diesen Ursprung zurückführen.

In der aktuellen Literatur wird die EMDR als eine Variante der Traumaexposition mit knapp mittelgradiger affektiver Intensität beschrieben. Sie reiht sich somit in eine Abfolge verschiedener Traumaexpositionstechniken mit unterschiedlich hoher affektiver Intensität ein (Maercker 2009, S. 140). Prominente Beispiele für Expositionstechniken sind die prolongierte Exposition nach Foa, die In-Vivo-Exposition, die Screen- oder Bildschirmtechnik als Imaginationstechnik.

Die Integration und Neuorientierung wird als persönlicher Reifungsprozess der Patientin oder des Patienten angesehen. Die zentrale Frage dieser Phase ist, inwiefern die traumatischen Erlebnisse dazu beitragen können, dem weiteren Leben Sinn, Bedeutung und eine Richtung zu geben. Die Inhalte dieser Phase sind zum aktuellen Zeitpunkt nicht systematisch untersucht.

B-6.6 Einordnung der Methode EMDR in die Therapie der PTBS

Der Prozess der Entwicklung der EMDR durch Francine Shapiro zeichnet sich durch eine Weiterentwicklung von einer einfachen Technik zu einem integrierten psychotherapeutischen Ansatz aus. Primär verhaltenstherapeutisch orientiert (Shapiro 1998, S. 36), band sie das Element der bilateralen Stimulation (rhythmische Augenbewegungen) an eine verhaltenstherapeutische Technik (Exposition) und integrierte Beides in einen komplexen Behandlungsansatz. Sie beschrieb diesen als: „... interaktive, intrapsychische, kognitive, verhaltenspsychologische, körperorientierte Therapie ...“ (Shapiro 1998, S. 87).

Im Verlauf der Entwicklung setzte sie sich theoretisch mit dem Krankheitsgeschehen der PTBS als traumatisch verursachte psychische Erkrankung auseinander, untersuchte mit wissenschaftlich begründeten Methoden ihren Behandlungsansatz und entwickelte eine Krankheitslehre.

Damit entwickelte sie systematisch einen therapeutischen Ansatz, der in Deutschland der Definition einer psychotherapeutischen Methode entspricht (G-BA, Psychotherapie-Richtlinie § 6, 2013).

Shapiro beschrieb im Verlauf ihrer systematischen Erforschung des neuen Ansatzes schnelle und zuverlässige Behandlungserfolge. Über das theoretische Konzept der adaptiven Informationsverarbeitung durch die bilaterale Stimulation erarbeitete sie einen Erklärungsansatz für die beobachtete Effektivität ihrer Behandlung. Shapiro räumt jedoch ein, dass diese theoretischen Erwägungen mittels der bislang vorliegenden Studien nicht verifiziert werden konnten.

B-6.7 Medizinische Notwendigkeit der Methode EMDR

Schwere der Erkrankung

PTBS stellt häufig eine durchaus schwere Erkrankung dar. Zu den Wahrscheinlichkeiten, nach einem bestimmten traumatischen Ereignis daran zu erkranken, vergleiche die Ausführungen in Kapitel B-2.1. dieses Berichtes; zu möglichen Verläufen die Ausführungen in Kapitel B-2.4.

In letzter Zeit hat das Thema traumatischer psychischer Schädigung insbesondere im Zusammenhang mit Kriegseinsätzen der Bundeswehr und Folgen von sexuellem Missbrauch im Kindesalter erhöhte Aufmerksamkeit erfahren. So wurde in diesem Zusammenhang gefordert, vermehrt die traumaspezifische Methode EMDR auch in der ambulanten Versorgung für die Patienten zugänglich zu machen.

Die mit dieser Methode behandelbaren Erkrankungen stellen für die betroffenen Patienten eine schwere, krisenhafte und krankheitswertige Lebenssituation dar, die ohne eine Behandlung häufig nicht überwunden werden kann. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit zu einer Behandlung. Zur Epidemiologie wird auf die Aussagen in Kapitel B-2.1 verwiesen.

Behandlungsalternativen

In der deutschen Versorgungslandschaft stehen verschiedene indikationsspezifische Therapieoptionen zur Behandlung der PTBS zur Verfügung, die u. A. im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie zum Einsatz kommen (s. B-6.4 Therapieangebote). Die Wirksamkeit der drei psychotherapeutischen Verfahren der Psychotherapierichtlinie: Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie und analytische Psychotherapie gilt aktuell durch die Anerkennung des wissenschaftlichen Beirats gemäß § 11 PTG als wissenschaftlich belegt.

Die EMDR als Methode ist ein komplexer therapeutischer Ansatz. Dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechend werden die drei Phasen nach Herrmann: Stabilisierung und Affektregulation, Traumasyntese/Traumaexposition und Integration und Neuorientierung (s. B-6.5 Therapie der PTBS) auch hier berücksichtigt (Hermann 1993).

Zur Behandlung von Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) stehen in dem gegliederten System der Gesundheitsversorgung in Deutschland derzeit verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung:

- 1) Maßnahmen der Heilbehandlung (Kuration) stationär und ambulant
- 2) Maßnahmen der Anschlussheilbehandlung und Maßnahmen zur Teilhabe (Rehabilitation) stationär und teilstationär-ambulant

Dabei findet EMDR als indikationspezifische Methode bei PTBS bisher nur Anwendung im stationären bzw. Bereich der Rehabilitation.

Die EMDR ist dabei häufig fester Bestandteil der stationären Akut- und Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit PTBS und kommt dabei in der Regel im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes zur Anwendung. Diese stationären Versorgungsformen sind flächendeckend verfügbar. Im ambulanten kurativen Versorgungssektor ist die Behandlung mit EMDR bei Patienten mit PTBS bisher nicht geregelt.

Zur ambulanten Behandlung von Patienten mit PTBS stehen im Bereich der ambulanten Krankenbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bisher die fachärztlich psychiatrische Behandlung und die ambulante Richtlinien-Psychotherapie zur Verfügung.

Zusammenfassende Bewertung der medizinischen Notwendigkeit

Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei der EMDR um eine durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 PTG anerkannte Methode zur Therapie von PTBS im Rahmen von Richtlinientherapien handelt, die auch in den meisten der gesichteten Leitlinien als indikationsspezifische Methode - zusammen mit traumaspezifischer Verhaltenstherapie - empfohlen wird, können hiermit die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Richtlinientherapie um eine weitere Methode ergänzt und damit verbessert werden.

Angesichts der Ergebnisse der Studienbewertungen der gesichteten Einzelstudien, die überwiegend gleichgerichtete Effekte der EMDR unmittelbar nach Behandlungsende auch im Vergleich zu einer indikationsunspezifischen und -spezifischen Kontrollbehandlung nach Abschluss der Therapie ergeben haben, wird unter Berücksichtigung der Schwere der zu behandelnden Erkrankungen neben den bereits bestehenden Behandlungsalternativen im ambulanten Bereich eine medizinische Notwendigkeit gesehen.

B-7 Zusammenfassung

Auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) zusammen mit der Patientenvertretung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 17. Februar 2011 beschlossen, ein Bewertungsverfahren für die Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode im Rahmen von Einzelpsychotherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) einzuleiten. Die Beurteilung der EMDR beruht auf einer systematischen Literaturrecherche nach Primärstudien und der methodischen Bewertung der als relevant eingestuften Studien. Um den Effekt der EMDR aus den zumeist kleinen Studien besser einschätzen zu können, wurde in der Arbeitsgruppe eine eigene Metaanalyse durchgeführt. In die metaanalytische Auswertung konnten 9 von 12 Studien einbezogen werden. In der Metaanalyse ergab sich eine statistisch signifikante Überlegenheit der EMDR gegenüber einer indikationsunspezifischen und -spezifischen Kontrollbehandlung nach Abschluss der Therapie. Allerdings wies ein Großteil der Primärstudien methodische und inhaltliche Limitationen auf. Geplante Subgruppenanalysen wurden aufgrund der geringen Anzahl der verfügbaren Studien auf den Vergleich von Fremdbeurteilungs- versus Selbstbeurteilungsinstrumente beschränkt. Auf Basis der Ergebnisse erscheint es gerechtfertigt, einen deutlichen Hinweis auf die Wirksamkeit der EMDR abzuleiten.

Unter Berücksichtigung der Schwere der zu behandelnden Erkrankungen wird neben den bereits bestehenden Behandlungsalternativen im ambulanten Bereich eine medizinische Notwendigkeit der EMDR gesehen.

B-8 Anhang

B-8.1 Skript zu Behandlungsmanual nach Shapiro

Grundlagen der EMDR

EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) ist eine psychotherapeutische Behandlungsmethode, die mit dem Ziel eingesetzt wird, eine Verarbeitung traumatischer Erfahrungen zu ermöglichen. Durch rhythmische Bewegungs- oder Berührungsimpulse während des Vorstellens einer traumatischen Erinnerung sollen physiologische Mechanismen angesprochen werden, die das Informationsverarbeitungssystem aktivieren.

Der Grundgedanke des EMDR ist es, dass Patienten mit einer PTBS Erinnerungen an das traumatische Geschehen auf eine dysfunktionale, nicht verarbeitete Weise in ihrem Informationsverarbeitungssystem gespeichert haben. Weil diese belastenden Erinnerungen nicht verarbeitet sind, kann es immer wieder zu deren Aktivierung kommen (z.B. durch flash backs). Die Theorie hinter EMDR besagt, dass durch die bilaterale Stimulation des EMDR (meist Augenbewegungen, aber auch das rhythmischen Berühren beider Hände oder die wechselseitige Beschallung beider Ohren) das Informationsverarbeitungssystem aktiviert wird, dadurch das traumatische Ereignis verarbeitet wird und in Verbindung mit einem adäquaten Affekt, Selbstzuschreibung und Bewertung abgespeichert wird.

Die Methode wurde von Francine Shapiro entwickelt. Im Jahr 1989 berichtete sie über die zufällige Entdeckung der entlastenden Wirkung horizontaler Augenbewegungen. Anschließend leitete sie eine systematische Erprobung mit Versuchspersonen und danach mit Patienten, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung litten, ein. Mit den zu Beginn noch spärlichen Erfahrungen über den therapeutischen Prozess verstand die Literaturwissenschaftlerin und Psychologin Shapiro den Effekt zuerst als eine durch Augenbewegungen unterstützte Desensibilisierung und benannte die Methode daher Eye Movement Desensitization (EMD). Im Laufe der Arbeit mit der Methode und den ersten Ergebnissen schlussfolgerte sie, dass dieser therapeutische Prozess von einer anderen Qualität als reine Desensibilisierung sei. Die assoziative Art der Veränderung, das Auftauchen unbewussten Erinnerungsmaterials, die Wirkung auch auf andere Affekte neben der Angst, ließen Shapiro annehmen, dass es hier zu einer Nachverarbeitung, also einer Reprozessierung von Erinnerungen kommt. Daraus folgend wurde aus der EMD die EMDR-Methode.

Shapiro betont, dass es sich bei der EMDR um eine komplexe Methode handelt, die außer den Augenbewegungen noch viele andere Komponenten umfasst.

Detaillierte Beschreibung der Methode

Die Behandlung mit EMDR besteht aus acht Phasen, die alle unverzichtbar sind. Wie viele Phasen jeweils in einer Sitzung bearbeitet werden können, ist dabei von Patient zu Patient unterschiedlich.

Phase 1: Anamnese und Behandlungsplanung

In dieser Phase wird durch Erhebung der Anamnese zu aller erst festgestellt, ob es ratsam ist, bei einem Patienten mit EMDR zu arbeiten. Ein wichtiges Kriterium dafür ist laut Shapiro die Entscheidung darüber, ob der Patient mit dem hohen Grad an Belastung umgehen kann, den die erneute Verarbeitung dysfunktionaler Information hervorrufen kann (z.B. indem er über Kontrolltechniken zur Emotionsregulation verfügt).

Wichtig zu erheben ist auch die Verwurzelung im sozialen Umfeld, der allgemeine körperliche Zustand, neurologische Beeinträchtigungen, juristische Aspekte, Drogen- und Alkoholmissbrauch, Medikamenteneinnahme und nicht zuletzt ein eventuell bestehender sekundärer Krankheitsgewinn.

Kontraindikationen für eine Behandlung mit EMDR sind Epilepsie und schwere Augenerkrankungen. Patienten mit dissoziativen Störungen sollten nach Shapiro nur dann mit EMDR behandelt werden, wenn der Behandler erfahren in der Behandlung solcher Erkrankungen ist und wenn er ein spezifisches EMDR-Protokoll anwendet.

Wenn die Frage nach der Behandlungsfähigkeit bejaht ist, werden alle für die Erstellung des Behandlungsplanes zusätzlich notwendigen Informationen erhoben. Dazu gehören die Bewertung des klinischen Gesamtbildes einschließlich der dysfunktionalen Verhaltensweisen, Symptome und Charakteristika des Patienten.

Am Ende der ersten Phase der EMDR werden Ziele festgelegt, an denen gearbeitet werden soll. Dieser Teil der Anamnese umfasst die Erhebung der Ereignisse, durch die die Erkrankung entstanden ist, die aktuellen Auslöser, die das dysfunktionale Material aktivieren und die Erarbeitung von positiven Verhaltensweisen und Einstellungen, die für eine zukünftig erfolgreiche Bewältigung der Situation notwendig wären.

Nach den Vorstellungen von Shapiro sollte die Anamnese in einer separaten, mindestens 50minütigen Sitzung erhoben werden.

Phase 2: Vorbereitung und Stabilisierung des Patienten

Diese Phase bildet den Rahmen für die Therapie. Sie dient der Herstellung einer therapeutischen Beziehung, ohne die nach Shapiro nicht mit der eigentlichen Arbeit an den traumatischen Erinnerungen begonnen werden darf. Wichtig ist es, mit dem Patienten zu besprechen, welche Behandlungsergebnisse realistisch sind.

In dieser Phase der Behandlung wird der Patient über die Methode aufgeklärt. Er wird darauf vorbereitet, mit möglicherweise starken emotionalen Belastungszuständen umgehen zu müssen. Wenn nötig, werden Entspannungsübungen oder imaginative Übungen (z.B. „sicherer Ort“) eingeübt, die es dem Patienten ermöglichen, mit zwischen den Sitzungen auftretenden Störungen allein umgehen zu können. Hierzu gehört auch, dass ein Notfallplan zum Umgang mit bestimmten Situationen (z.B. Umzug, Arbeitsplatzwechsel) erstellt wird.

Weiterhin werden Motivation, Indikation und Stabilität des Patienten noch einmal überprüft. Außerdem erfolgt in dieser Phase auch die Verabredung auf die Stimulationsart, die entweder optisch, taktil oder akustisch erfolgen kann. In jedem Fall sollte der Patient sich am Ende dieser Phase, die unterschiedlich lange dauern kann, gerüstet fühlen, sich mit den belastenden Erinnerungen auseinander zu setzen, die die Probleme (mit)verursacht haben.

Shapiro betont immer wieder, wie wichtig es ist, dem Patienten das Gefühl zu geben, dass der gesamte EMDR-Prozess der Kontrolle des Patienten unterliegt und zu jeder Zeit unterbrochen werden kann (verabredetes Stopp-Zeichen etc.). Erst wenn der Patient diese Sicherheit und dieses Vertrauen hat, sollte mit der EMDR-Arbeit begonnen werden.

Phase 3: Bewertung

In dieser Phase wird eine bestimmte Erinnerung, an der der Patient arbeiten möchte (die so genannte Ziel-Erinnerung), mit ihren visuellen, affektiven und sensorischen Komponenten erfasst. Dabei ist es laut Shapiro nicht wichtig, dass der Patient alle Einzelheiten, der Erinnerung, an der gearbeitet werden soll, berichtet, da die Verarbeitung dem Modell der EMDR zufolge mit Beginn der Augenbewegungen einsetzt.

Die Verarbeitung ist danach nicht Ergebnis einer Therapeut-Patienten-Interaktion, sondern wird vom Informationsverarbeitungssystem des Patienten vollzogen.

Nachdem alle wichtigen Aspekte der Ziel-Erinnerung beschrieben sind, wird ein repräsentatives Bild gesucht, das bei der Behandlung als anfänglicher Fokus dienen kann („Welches Bild repräsentiert für Sie den gesamten Vorfall?“). Dieses Bild soll den Zugang zum Erinnerungsnetzwerk ermöglichen.

Der nächste Schritt in der Phase der Bewertung ist es, negative Kognitionen (z.B. „Ich bin machtlos“, „Ich bin nicht liebenswert“), die mit dem Ereignis verbunden sind, herauszufinden („Welche Worte passen am besten zu dem Bild, Worte, die Ihre negative Überzeugung über Sie selbst oder über die Erfahrung zum Ausdruck bringen?“). Anschließend wird eine positive Kognition erarbeitet, die eine realistische zukünftige Sicht formuliert (z.B. „Ich kann handeln“). Diese wird im nächsten Schritt auf ihre affektive Stimmigkeit in Verbindung mit dem Geschehen auf einer siebenstufigen Skala überprüft (Validity of Cognition-Scale, VoC: 1= völlig falsch bis 7 = völlig wahr).

Als nächstes wird der Patient gebeten, sich das gewählte Bild zusammen mit der negativen Kognition vorzustellen und die dabei auftauchende Emotion zu benennen. Die gleichzeitige Vorstellung von Bild, Kognition und Emotion soll das dysfunktionale Material stimulieren. Ist die zugehörige Emotion benannt, wird deren Stärke auf einer Skala eingeschätzt (Subjective Level of Distress, SUD: 0= neutral bis 10 = der schlimmste Zustand). Der Patient wird zudem gefragt, wo sich diese Belastung als Körpergefühl manifestiert (Erfassung der sensorischen Komponente des Traumas).

All diese Schritte der Bewertungsphase dienen der Vorbereitung des Patienten auf die nun folgende EMDR-Arbeit. Die Einschätzung der Kognition und Emotion auf den Skalen VoC und SUD fungiert als Ausgangsmessung des derzeitigen Zustandes des Patienten, gibt Patient und Therapeut aber auch die Möglichkeit, Fortschritte während der Behandlung messbar zu machen.

Phase 3 schließt die Vorbereitung des Patienten auf die anschließend folgende Verarbeitung ab. In dieser Phase werden die Voraussetzungen für das Gefühl der Sicherheit und Kontrolle des Patienten geschaffen; mit der beschleunigten Verarbeitung (Reprozessierung) kann begonnen werden.

Phase 4: Desensibilisierung

In dieser Phase wird der Patient aufgefordert, mit dem in Phase 3 gewählten Bild der Ziel-Erinnerung, der sensorischen Komponente des Traumas und der erarbeiteten negativen Kognition in Kontakt zu gehen. Gleichzeitig wird, dem theoretischen Modell der EMDR folgend, eine bilaterale Stimulation (meist über Augenbewegungen) induziert. Shapiro empfiehlt eine Serie von 24 horizontalen Bewegungen, bei denen der Therapeut zwei Finger in etwa 30 cm Abstand von den Augen des Patienten nach oben hält, wobei die Handinnenflächen zum Patienten zeigen. In dieser ersten Serie soll nach dem Therapie-Protokoll auch geprüft werden, ob es sinnvoll ist, bei diesem Patienten mit horizontalen Bewegungen zu arbeiten. Richtung der Bewegungen, Geschwindigkeit sowie Abstand von den Augen werden bei Bedarf modifiziert.

Shapiro nimmt an, dass der Patient durch die Fokussierung auf die Ziel-Erinnerung und die gleichzeitige Stimulation durch die Augenbewegungen einen freien assoziativen Prozess erlebt, der sich in Veränderungen des Bildes, der begleitenden Gedanken und Gefühle und/oder Körperwahrnehmungen äußert. Von diesem Zeitpunkt an sei der Prozess so individuell wie jeder Patient.

Nach dieser ersten und jeder folgenden Serie der Augenbewegungen wird der Patient aufgefordert, das Ziel-Ereignis auszublenden und tief Atem zu holen. Shapiro betont an dieser Stelle, dass der Patient keinesfalls aufgefordert werden sollte, sich zu entspannen. Damit würde der Verarbeitungsprozess unterbrochen.

Ist der Patient bereit, die Arbeit fortzusetzen, wird er gebeten, alles zu berichten, was sich während der Stimulationsserie verändert hat („Was ist bei Ihnen aufgetaucht?“). Dies können z. B. Gerüche, neu auftauchende Bilder, veränderte Bilder, Gedanken, Erkenntnisse, neu auftauchende Emotionen oder veränderte Emotionen sein. Die aufgetauchten Veränderungen werden als Fokus für die nächste Serie von Augenbewegungen genutzt („Bleiben Sie dabei“). Shapiro ist es wichtig zu betonen, dass der Therapeut hier auf jegliche Art verbaler Interpretationen verzichtet, sondern den Patienten lediglich darum bittet, sich auf das neu aufgetauchte Material zu konzentrieren und mit der nächsten Serie von Augenbewegungen beginnt.

Tauchen nach einer Stimulationsserie keine Veränderungen mehr auf, wird der Patient gebeten, sich die Ziel-Erinnerung wieder zu vergegenwärtigen und eine neue Serie Augenbewegungen folgt. Tauchen auch jetzt keine Veränderungen mehr auf, erfolgt die Einschätzung der Belastung auf der SUD-Skala.

Ziel dieser Phase ist es, die Belastung des Patienten auf der SUD-Skala auf einen Wert von 0 oder 1 zu verringern. Dann beginnt die Phase der Verankerung. Ist das SUD-Level höher, folgen weitere Stimulationsserien oder eine Überprüfung der Relevanz der Ziel-Erinnerung.

Wichtig ist es Shapiro, hier zu betonen, dass dieser Prozess keinesfalls ohne entsprechende Ausbildung versucht werden sollte, da es gerade in dieser Behandlungsphase zu schweren Re-Traumatisierungen der Patienten kommen kann.

Phase 5: Verankerung

Die Verankerung ist laut Shapiro vorrangig auf die vollständige Integration einer positiven Selbstbeurteilung der Ziel-Erinnerung gerichtet. Nachdem der emotionale Druck der negativen Erinnerung ausreichend abgenommen hat (SUD 0 oder 1), wird die in Phase 3 erarbeitete oder eine im Verarbeitungsprozess neu gefundene bessere Kognition noch einmal in Erinnerung gerufen (z. B. „Ich kann handeln“) und auf der Skala VoC eingeschätzt. Der VoC – Wert für die positive Kognition sollte durch die in der vorigen Phase vorgenommene Verarbeitung der Information gestiegen sein. Die gewählte positive Kognition wird nun mit der zuvor traumatischen Situation verbunden („Denken Sie an die Situation“) und eine weitere Serie von Augenbewegungen folgt. Die positive Kognition wird laut Shapiro durch die bilaterale Stimulation verstärkt und dadurch nachhaltiger aufgenommen.

Die Serien werden so lange fortgesetzt, bis der Wert der VoC mindestens 7 ist und auch nach weiteren Serien von Augenbewegungen nicht mehr steigt.

Wird ein Wert von 7 durch dysfunktionales Material verhindert, so empfiehlt Shapiro, Phase 6 zu überspringen und Vorbereitungen für den Abschluss der Sitzung sowie für die Zwischenzeit bis zur nächsten Sitzung zu treffen. In der nächsten Sitzung sollte an dieser Stelle weiter gearbeitet werden.

Phase 6: Körper-Test

Nach Shapiros Annahme der beschleunigten Informationsverarbeitung, die der EMDR zugrunde liegt, entstehen durch das dysfunktionale Material körperliche Empfindungen, die als Ziel anvisiert werden können. Daher dient Phase 6 der Bearbeitung von Spannungszuständen im Körper.

Wenn die positive Kognition mindestens 7 erreicht und sich die Werte für die VoC durch weitere Stimulation nicht mehr verändern, wird in dieser Phase der Patient gebeten, während er sich das Bild und die zugehörige Kognition vorstellt, den Körper „abzutasten“, um eventuell noch verbleibende sensorische Erinnerungsfragmente („Körpererinnerungen“) des Traumas zu entdecken. Findet der Patient keine Spannungen (mehr), folgen noch einige Stimulationen zur Stärkung der nun angenehmen Empfindungen.

Finden sich noch negative Körperempfindungen, dann werden diese in den folgenden Augenbewegungsserien zu Zielen.

Phase 7: Abschluss

Vor dem Ende der Sitzung wird der Patient auf die Zeit bis zur nächsten Sitzung vorbereitet. Shapiro ist es wichtig, ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass sicher gegangen wird, dass für den Patienten keine Gefahr besteht, wenn er das Behandlungszimmer verlässt.

Zunächst wird mit dem Patienten besprochen, dass zwischen den Sitzungen Belastungen auftreten können, die nach dem Modell der beschleunigten Informationsverarbeitung darauf hinweisen, dass die Verarbeitung weitergeführt wird. Durch Tagebuchaufzeichnungen kann sich der Patient von diesen belastenden Situationen distanzieren. Auch Möglichkeiten der Entspannung werden besprochen (z.B. „innerer sicherer Ort“).

Diese Phase ist nach Shapiro wichtig, damit der Patient gut auf eventuell auftretende emotionale Belastungen vorbereitet ist und damit umgehen kann, anstatt ihnen zu erliegen.

Noch verbliebene, unbearbeitete Elemente der Ziel-Erinnerung werden u. a. durch Distanzierungstechniken wieder „verpackt“ und Verhaltensmaßnahmen für den Notfall besprochen.

Phase 8: Überprüfung

Shapiro geht davon aus, dass diese Phase eine für den gesamten Prozess besonders wichtige Phase ist, die ab der 2. Sitzung nach Beginn der EMDR-Behandlung jede Sitzung einleitet.

Hier wird geprüft, ob die traumatische Erinnerung, an der gearbeitet wurde, durch die Arbeit aufgelöst ist, d.h. ob das gesamte mit dieser Ziel-Erinnerung assoziierte negative Material verarbeitet ist. Es geht außerdem auch darum, herauszufinden, ob assoziiertes Material neu aktiviert wurde, an dem nun gearbeitet werden muss. Hierfür sind auch die Tagebuchaufzeichnungen nützlich.

Im nächsten Schritt müssen Therapeut und Patient beurteilen, ob alle relevanten Ziel-Erinnerungen verarbeitet wurden, so dass der Patient mit seiner Vergangenheit Frieden schließen kann, sich im Vollbesitz seiner Kraft und Fähigkeiten fühlt und angemessene Entscheidungen für die Zukunft treffen kann.

Die Anzahl der Phase der Überprüfung ist individuell verschieden und auch von der Art und Häufigkeit des Traumas abhängig. Auf die letzte Überprüfung folgt meist eine Behandlungsperiode, in der in immer länger werdenden Intervallen immer wieder das Behandlungsergebnis überprüft wird (z.B. Sitzungen mit 2 Wochen Abstand, später 1-mal monatlich etc.).

Jede Überprüfung gliedert sich in drei Stufen: 1) Arbeit an der Vergangenheit, 2) Arbeit an der Gegenwart (welche aktuellen Stimuli aktivieren immer noch das dysfunktionale, belastende Material?), 3) Arbeit an der Zukunft (Anvisieren eines positiven Verhaltensmusters für zukünftige Situationen). Dieser letzte Aspekt der Phase 8 dient der Entscheidung, ob es ratsam ist, die Therapie zu beenden.

Zusammengefasst konzentriert sich das Standardverfahren für eine Sitzung EMDR (nach Anamnese und Vorbereitung) nacheinander auf folgende 11 Punkte:

- 1) das Bild (welches das traumatische Ereignis repräsentiert)
- 2) die negative Kognition
- 3) die positive Kognition (von der der Patient hofft, dass sie einmal Wirklichkeit wird)
- 4) die Bewertung der Stimmigkeit der Kognition (VoC)
- 5) die Emotion
- 6) das subjektive Belastungsniveau (SUD)
- 7) den Ort des Auftretens der Körperempfindung
- 8) die Desensibilisierung
- 9) die Verankerung der positiven Kognition
- 10) den Körpertest
- 11) den Abschluss.

Abschluss der Therapie

Wenn in den Tagebuchberichten und in der Phase der Überprüfung keine neuen Aspekte mehr auftauchen, die bearbeitet werden müssen, können die Sitzungen in größeren Zeitabständen durchgeführt werden. Dabei sind aber weiterhin Tagebuchaufzeichnungen wichtig. Shapiro gibt EMDR Therapeuten drei wichtige Prinzipien mit auf den Weg:

1. *Nehmen Sie niemals an, dass alle unbewussten Dysfunktionen eines Klienten innerhalb einer bestimmten Zahl von EMDR-Sitzungen aufgelöst worden sein müssen (d.h. die erfolgreiche Verarbeitung aller am Behandlungsbeginn genannten Probleme bedeutet nicht, dass in Zukunft nicht irgendwelche anderen Probleme auftauchen können)*
2. *Klienten sollten unbedingt darauf hingewiesen werden, dass anderes Material auftauchen kann und dass dies kein Beweis für ein Versagen ihrerseits, sondern Ausdruck eines natürlichen Entwicklungsprozesses ist. (mit der Integration von Veränderungen und neuen Lebenserfahrungen tauchen geradezu zwangsläufig andere Probleme auf – Ermutigung, dem eventuell auftauchenden neuen Material mit Offenheit und Bereitschaft zur Auseinandersetzung entgegenzutreten)*
3. *Es ist notwendig, Klienten ein Bewusstsein der eigenen Fähigkeiten zu vermitteln sowie dessen, dass sie ihrer Fähigkeit, ihre Situation nach dem Ende der Therapie selbst zu beobachten, vertrauen können*

Elemente der Wirksamkeit der EMDR

Theorien, die die Wirkung von EMDR zu erklären versuchen, sind nach der Entdeckung der empirischen Tatsachen entstanden und konnten bisher noch nicht verifiziert werden.

Shapiro benennt mehrere Elemente, die möglicherweise die Wirksamkeit der EMDR beeinflussen:

Der Patient ist einer dosierten **Exposition** und zwar wiederholt und kurzzeitig und hoch belastend ausgesetzt.

Durch die wiederholte Konzentration auf die Ziel-Erinnerung wird einer **Vermeidungsreaktion entgegen gewirkt** (die ein Teil der Pathologie darstellt und durch die die Pathologie aufrechterhalten wird). Die Anweisung, alles Auftauchende einfach wahrzunehmen **unterstützt die Exposition und wirkt der „Angst vor der Angst“ entgegen**.

Der Patient lernt, dass **er selbst die belastenden Ereignisse kontrollieren** kann und nicht umgekehrt.

Durch die absichtliche Konzentration auf die Ziel-Erinnerung und das Erleben einer Veränderung von mit der Ziel-Erinnerung assoziierten Gefühlen lernt der Patient, dass **Empfindungen veränderlich** sind.

Umdeutung und Veränderung negativer Kognitionen unterstützen den therapeutischen Prozess.

Während einer EMDR-Behandlung werden verschiedene Komponenten der Ziel-Erinnerung aktiviert (Emotionen, Kognitionen, Körperempfindungen), die es dem Patienten ermöglichen, seine **Erfahrungen in einen Sinnzusammenhang bringen**. Dadurch wird nach Shapiro die Speicherung im narrativen Gedächtnis unterstützt.

Während des Behandlungsprozesses wird der Patient immer wieder nach neu auftauchendem Material gefragt, das dann bearbeitet wird („was taucht jetzt bei Ihnen auf?“). Dadurch wird **genau das Material bearbeitet, das für den Klienten im Moment wichtig** ist. Shapiro nimmt an, dass die Methode daher sehr **effektiv** ist.

Die Augenbewegungen (oder alternativen Stimulationen) **lenken den Patienten vom Trauma ab und verhindern somit die Verstärkung des traumatischen Materials**. Möglicherweise kommt es durch die gleichzeitige Stimulation bei der Vorstellung der Ziel-Erinnerung durch **Veränderungen an den Synapsen**. Shapiro erwägt außerdem die Möglichkeit, dass die geleiteten **Augenbewegungen dieselben Prozesse stimulieren können, wie es der REM-Schlaf** tut. Untersuchungen zeigen, dass EMDR die langsamen Hirnwellen in beiden Hemisphären synchronisiert und dadurch eine **Verarbeitung** stattfindet.

Zusammenhang zu anderen psychologischen Behandlungsmethoden

Shapiro bezeichnet EMDR als „... interaktive, intrapsychische, kognitive, verhaltenspsychologische körperorientierte Therapie. ... Wichtige Elemente all dieser therapeutischen Ansätze werden von EMDR genutzt, um Klienten ganzheitlich zu beraten. ...“ (Shapiro 1998, S.87).

Bezüge lassen sich nach Shapiro zu den meisten psychologischen Behandlungsmethoden finden: die Bedeutung frühkindlicher Erinnerungen für die EMDR korrespondiert mit psychodynamischen Ansätzen, die Fokussierung auf dysfunktionales Verhalten deckt sich mit Ansätzen des klassischen Behaviorismus. Kognitive Ansätze der EMDR finden sich in der Bearbeitung positiver und negativer Selbsteinschätzungen, verhaltenspsychologische Entsprechungen in der Exposition und Verhinderung von Vermeidung.

Wichtige Hinweise von Francine Shapiro zur Arbeit mit EMDR

In Shapiros Handbuch zur EMDR finden sich eine Reihe von Hinweisen, die für die Behandlung mit EMDR wichtig sind, die aber auch für die Bewertung von Studien zur EMDR eine tragende Rolle spielen können:

Hinweise für Therapeuten, die mit EMDR behandeln wollen

Shapiro betont immer wieder, wie wichtig eine fundierte Ausbildung und Supervision für Therapeuten, die mit EMDR arbeiten wollen, ist. Keinesfalls sollte eine „Behandlung“ allein aufgrund der Lektüre ihres Handbuches erfolgen. Therapeuten, die mit EMDR arbeiten, sollten über ein sehr gutes klinisches Urteilsvermögen verfügen. Therapeuten sollten in der Anamnese besonders sorgfältig eventuelle Dissoziationen des Patienten eruieren und erst dann EMDR bei Patienten mit dissoziativen Störungen anwenden, wenn sie im Umgang mit solchen Patienten erfahren sind.

EMDR sollte nicht generell bei allen Klienten angewendet werden. Eine sorgfältige Anamnese und Überprüfung der Behandlungsziele sind unvermeidbar.

Therapeuten, die mit EMDR arbeiten wollen, müssen zuvor ausreichend Trainingsseminare mit autorisierten EMDR-Trainern besucht haben.

Wichtig ist Shapiro auch, dass die Ziel-Erinnerung sorgfältig ausgewählt wird und dass diese für den Patienten (nicht für den Therapeuten) wichtig ist. Alle acht Phasen der Behandlung müssen durchlaufen werden.

Weiterhin wichtig ist es Shapiro, dass eine tragfähige therapeutische Beziehung entstanden ist, bevor mit der Reprozessierung begonnen wird. Shapiro betont diesen für Therapeuten eigentlich selbstverständlichen Punkt in ihrem Handbuch mehrfach, da es durch zu frühzeitigen Beginn ohne tragfähiges Arbeitsbündnis zu starken Retraumatisierungen oder zur Dissoziation während der Behandlung kommen kann. Erst wenn der Patient bereit ist, sollte mit der Arbeit begonnen werden.

Als Grundgerüst für die Therapie bezeichnet Shapiro das Standard-Protokoll, das vor Abschluss der Therapie vollständig durchgearbeitet sein muss (Arbeit an der Vergangenheit, der Gegenwart, der Zukunft entsprechend der acht Phasen). Erst dann, wenn der Patient ein neues positives Verhaltensmuster für zukünftige Situationen entwickelt hat, ist die Behandlung vollständig.

Auch eine umfassende Nachbetreuung, nach Abschluss des Standardprotokolls, auch dann, wenn nur an einem einmaligen traumatischen Ereignis gearbeitet wurde, wird von Shapiro betont.

Behandlungszeit und -dauer:

Als Sitzungszeit empfiehlt Shapiro 90 Minuten. In der ersten Auflage des Handbuches spricht sie sich ausdrücklich gegen eine Behandlungszeit von 50 Minuten aus, „... weil dadurch die Wahrscheinlichkeit erhöht wird, dass ein Klient die Behandlung in einem relativ stark belasteten Zustand verlässt und dieser Belastungsgrad auch die Bearbeitungsaktivität in der Zwischenzeit bis zur nächsten Sitzung kennzeichnet. ... (Shapiro 1998, S. 137)“

In der Neuauflage heißt es, etwas „weicher“ formuliert: „...auch wenn eine 50 minütige Behandlungssitzung nicht generell empfohlen wird, so deutet eine neuere Untersuchung darauf hin, dass ihr Einsatz durch erfahrene EMDR-Therapeuten bei zivilen Populationen erfolgreich sein kann. ... (Shapiro 2013, S. 141/142)“. Solche Modifikationen könnten durch äußere Umstände notwendig sein (z.B. dass ein Patient sich Doppelstunden finanziell nicht leisten kann), entsprechen aber nicht Shapiros Behandlungsidee.

Bezüglich der Dauer einer Therapie äußert sich Shapiro so:

„... EMDR ist keine Schnellheilungsmethode... (Shapiro 1998, S. 438; Shapiro 2013, S. 492)“. Therapeuten sollten also keinerlei Aussagen darüber treffen, wann die Verarbeitung abgeschlossen sein sollte.

„...Eine EMDR-Behandlung kann nicht in einer einzigen Sitzung zum Abschluss gebracht werden ... (Shapiro 1998, S. 213; Shapiro 2013, S. 219/220)“ Die Verarbeitung des traumatischen Materials findet Shapiro zufolge auch nach der Sitzung noch statt und hat eine Veränderung der innerpsychischen Dynamik zur Folge. Daher ist die Phase der Überprüfung so bedeutsam. Und daher sollte auch nach erfolgreicher Verarbeitung einer einmaligen traumatischen Situation in der folgenden Woche eine weitere Sitzung stattfinden.

„... EMDR ist keine Therapie, die in einer einzigen Sitzung abgeschlossen werden kann, und die Therapeutin sollte ein klares Bild von den Problemen des Klienten und von der Reihenfolge haben, in der an ihnen gearbeitet werden sollte. ... (Shapiro 1998, S. 157; Shapiro 2013, S. 162)“

Wenn Patienten mit multiplen Traumata behandelt werden sollen, bspw. Kriegsveteranen mit chronischer PTBS, geht Shapiro von einer Mindestbehandlungsdauer von 12 Sitzungen (je 90 Minuten) aus. Für Patienten mit nur einer traumatischen Erfahrung empfiehlt sie 3-6 Sitzungen: „... So wären etwa für Patienten mit multiplen Traumata ... zwölf neunzigminütige Sitzungen sehr viel wahrscheinlicher erfolgreich als die drei bis sechs Sitzungen, wie sie für traumatisierte Personen mit nur einer traumatischen Erfahrung empfohlen werden... (Shapiro 2013, S. 439).“

Notwendige Eigenschaften/Fähigkeiten von Patienten:

Therapeuten sollen sich vor Beginn einer EMDR-Behandlung davon überzeugen, dass der Patient mit dem hohen Maß an Belastungen umgehen kann, das die wiederholte Beschäftigung mit traumatischen Ereignissen mit sich bringt. Shapiro rät von einer EMDR-Behandlung ab, wenn der Therapeut daran Zweifel hat, oder wenn das Arbeitsbündnis nicht tragfähig zu sein scheint.

Shapiro argumentiert, dass, wenn es in den ersten Sitzungen nicht gelingt, das traumatische Material angemessen zu verarbeiten, entweder die Methode nicht sachgerecht angewendet worden ist, oder EMDR sich für den Klienten im Moment nicht eignet.

Klienten müssen befähigt werden, ihren Gefühlen standzuhalten und sie zu beobachten, ohne den Versuch, sie in irgendeiner Weise zu vermeiden. Shapiro empfiehlt das Bild eines Autos, das durch einen Tunnel fährt. Wenn man den Fuß auf dem Gas behält, ist man schnell wieder draußen. Stoppt man im Prozess, bleibt man im Tunnel stehen. „... Wenn Sie die unangenehmen Emotionen möglichst schnell loswerden wollen, ist es am besten, die Augenbewegungen fortzusetzen, bis die Sache ausgestanden ist. ... (Shapiro 1998, S. 168, Shapiro 2013, S. 172)“.

Was ist EMDR laut ihrer Erfinderin?

Eine theoretische Grundannahme der EMDR-Behandlung ist es, dass vorherige Erfahrungen des Patienten (die nicht unbedingt aus der Kindheit stammen müssen) aktuelle dysfunktionale Reaktionen bedingen.

„... Vielleicht wäre es am treffendsten, EMDR als interaktive, intrapsychische, kognitive, verhaltenspsychologische körperorientierte Therapie zu beschreiben. Wichtige Elemente all dieser therapeutischen Ansätze werden von EMDR genutzt, um Klienten ganzheitlich zu behandeln. ...“ schreibt Shapiro in ihrem Handbuch zur EMDR (Shapiro 1998, S. 87; Shapiro 2013, S. 88). Der Therapeut fungiert hier als Helfer zur Selbsthilfe, das bedeutet, dass er den Selbstheilungsprozess des Patienten in Gang setzt, unterstützt und begleitet.

Shapiro betont, dass die stimulierende Arbeit (Augenbewegungen, Fingertippen etc.) allein nicht reicht, den Verarbeitungsprozess zum Ende zu bringen. Therapeuten sollten also auch über andere therapeutische Strategien verfügen. Shapiro versteht die EMDR als Ergänzung anderer klinischer Fähigkeiten „... So wie jede therapeutische Methode sollte auch EMDR anderweitige klinische Fähigkeiten ergänzen, sie also keinesfalls ersetzen. ... (Shapiro 1998, S. 160; Shapiro 2013, S. 164 .)“

Die Augenbewegungen, so Shapiro, (oder andere Formen der Stimulation) tragen neben dem Effekt auf den Verarbeitungsprozess dazu bei, dass das Arbeitsbündnis gestärkt wird, handelt es sich doch um eine Art „Team-Arbeit“ (Augenbewegung des Patienten, Fingerbewegung des Therapeuten).

Als eine wichtige Komponente im Behandlungsprozess sieht Shapiro die Exposition mit dem traumatischen Material, damit eine Desensibilisierung und Reprozessierung möglich ist. Dass die Patienten jederzeit die Kontrolle über das Geschehen haben, unterstützt die Motivation, sich immer wieder in geringer Dosis einer Exposition auszusetzen.

Im Gegensatz zu massiver Reizkonfrontation und Implosion ist die EMDR und ihre Ausbildung standardisiert.

Bilaterale Stimulation

„... Bis heute ist die eigentliche Grundlage der Nützlichkeit jedes dieser Elemente [Elemente aus Therapieschulen und die duale Stimulation] unsicher. ... (Shapiro 2013, S. 393)“.

Um mehr aussagekräftige Daten dazu zur Verfügung zu haben betont Shapiro die Wichtigkeit klinisch guter Komponentenstudien.

Kriterien für die Forschung

Shapiro plädiert dafür, dass Studien sich an den Goldstandard der Forschungsmethodik nach Foa und Meadows (1997) und erweitert nach Maxfield und Hyer (2002) halten. Folgende Grundkriterien hält sie für die Erforschung der EMDR für besonders wichtig:

Methodentreue: Shapiro fordert, dass Wissenschaftler, die die EMDR anwenden, die gesamte Methodik im Rahmen einer Ausbildung kennen gelernt haben sollen und gründlich mit ihr vertraut sein sollen. Sie sollten die Protokolle anwenden, die in der klinischen Praxis benutzt werden und sich während der gesamten Behandlung an das Protokoll halten. Eine Prüfung der Methodentreue sollte von erfahrenen Therapeuten durchgeführt werden. Shapiro benennt Studienergebnisse, nach denen der Behandlungserfolg in direktem Zusammenhang mit der Methodentreue steht (Maxfield & Hyer 2002, Shapiro 1999).

Auswahl der Messmethoden: Die Messinstrumente sollten an die Parameter der Therapie angepasst sein. Beispielsweise könne mit allgemeinen Skalen (SCL-90-R) nicht die Veränderung eines einzelnen traumatischen Ereignisses bei einem Patienten mit vielen Traumata gemessen werden. Shapiro empfiehlt die VoC, betont aber, dass Patienten darauf hingewiesen werden müssen, dass sie jeweils nur die Veränderung der gerade bearbeiteten Ziel-Erinnerung beurteilen sollen. Neben der VoC wird die SUD als Indikator für Veränderung einer einzelner (unter vielen) Ziel-Erinnerungen genannt.

Auswahl der Testteilnehmer: Es sollte sichergestellt werden, dass ein Therapieerfolg realistisch ist (keine Doppeldiagnosen, kein sekundärer Krankheitsgewinn).

Vergleichende Untersuchungen: Shapiro wünscht sich kontrollierte vergleichende Studien, bei denen EMDR direkt mit anderen Standardbehandlungen verglichen werden (Exposition, systematische Desensibilisierung, SSRI). Der Vergleich sollte, wenn ethisch vertretbar, auch eine unbehandelte Kontrollgruppe mit einschließen. Wirksamkeit, Behandlungsdauer und Generalisierbarkeit sollten überprüft werden. Wichtig ist Shapiro, die Übereinstimmung der Behandlungseffekte mit entscheidenden klinischen Variablen zu überprüfen.

Komponentenanalysen: Die Untersuchung der verschiedenen Komponenten der EMDR erachtet Shapiro als besonders wichtig. Komponentenanalysen können dazu beitragen herauszufinden, ob eine Komponente wirksam und essentiell ist. Studien zur Komponentenanalyse der therapeutischen Ergebnisse sollten sich an folgende Richtlinien halten:

- 1) Die Studienteilnehmer sollten eine klinisch gültige Diagnose haben.
- 2) Die Patienten sollten ein einziges traumatisches Erlebnis haben und keinen sekundären Krankheitsgewinn.
- 3) Die Anzahl Studienteilnehmer muss ausreichend groß sein.
- 4) Die getesteten Komponenten und deren Weglassen sollten sorgfältig gewählt sein (so sollte, wenn es um die Rolle der Augenbewegungen geht, in der Kontrollgruppe mit geschlossenen oder unfixierten Augen gearbeitet werden).
- 5) Shapiro hält eine große Bandbreite an psychometrischen Messungen bei der Komponentenanalyse für notwendig, um möglichst viele therapeutische Parameter untersuchen zu können.
- 6) Studien sollten sich an die höchsten Standards klinischer Forschung halten.

B-8.2 Diagnoseverfahren

B-8.2.1 Vorbemerkungen

Während der Studiauswertung wurden die Auswerter mit zahlreichen testdiagnostischen Instrumenten konfrontiert, die in den Publikationen zur Sicherung der Diagnose einer PTBS aber auch zur Verlaufskontrolle eingesetzt wurden. Um bezüglich der Studienbewertung einen einheitlichen Umgang mit der Vielzahl der Instrumente zu finden und diese hinsichtlich ihrer Eignung zur Beantwortung der Fragestellung der Arbeitsgruppe zu beurteilen, wurde durch ein Mitglied der Arbeitsgruppe die nachfolgende Übersicht erstellt.

Im Verlauf der Auswertung fiel auf, dass in den Primärstudien verwendete Diagnoseinstrumente manchmal uneinheitlich benannt wurden.

In einigen Fällen wurde ein und dasselbe Verfahren mit unterschiedlichen Abkürzungen versehen. So wurde beispielsweise die Impact-of-Event-Scale nach Horowitz meist als „IES“, manchmal aber auch als „IOS“ abgekürzt. Wir haben uns bei der Verwendung von Abkürzungen an die Abkürzungen der Autoren der Originalpublikation gehalten. Daher weichen in einigen Fällen die Abkürzungen in der von der AG erstellten Studientabelle und die gewählten Abkürzungen in der Primärquelle voneinander ab.

Umgekehrt wurden manchmal in den auszuwertenden Primärstudien für ein und dieselbe Abkürzung unterschiedliche Langnamen angegeben, z.B. für PDS einmal „Posttraumatic Stress Diagnostic Scale“ und einmal „Posttraumatic Diagnostic Scale“. Auch hier haben wir uns an die Abkürzungen der Originalpublikation gehalten.

Auch bei der Langschreibung von Diagnoseinstrumenten wurden teilweise für ein und dasselbe Instrument verschiedene Namen verwendet. Beispielsweise wird das von Keane 1988 entwickelte Verfahren teils als „Mississippi Civilian PTSD Scale – MISS“, aber auch als „Mississippi Scale for Civilian PTSD – CMS“ bezeichnet. Hier haben wir, wie oben schon beschrieben, den von den Entwicklern des Diagnoseinstruments verwendeten Namen angegeben, so erklären sich weitere Abweichungen der Namen in den Publikationen von denen in unserer Studientabelle.

In einem Fall (Carlson, 1998) wurde für ein Diagnoseinstrument ein Name angegeben, ohne eine Quelle zu bezeichnen („PTSD Symptom Scale“). Wir haben diese Skala wegen nicht überprüfbarer Validität und Reliabilität bei der Bewertung der Studie unberücksichtigt gelassen. Die Ergebnisse dieser Skala fanden keinen Eingang in unsere Metaanalyse.

Das vorliegende Kapitel erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit hinsichtlich diagnostischer Verfahren zur Beurteilung einer PTBS und dient einzig zur Beurteilung verwendeter psychometrischer Instrumente der von der AG eingeschlossenen Literatur.

Zunächst werden die diagnostischen Kriterien der beiden international gebräuchlichen Klassifikationsinstrumente (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM und International Classification of Diseases, ICD) benannt und Unterschiede zwischen beiden Klassifikationsmanualen dargestellt. Anschließend erfolgt eine Beschreibung der testdiagnostischen Instrumente, die in den von der AG eingeschlossenen Primärstudien verwendet wurden.

B-8.2.2 DSM-IV-Kriterien der PTBS

Kriterium A: Traumatisches Ereignis mit folgenden Kriterien:

- Bedrohung durch Tod, ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer und
- Heftige Angst, Hilflosigkeit, Entsetzen **Plus**

Kriterium B: Traumatisches Wiedererleben durch (mindestens eine)

- Intrusionen
- Träume
- Flashbacks (Erinnerungsattacken) etc. **Plus**

Kriterium C: Vermeidungsreaktionen, emotionale Störungen (mindestens 3)

- Vermeidung von traumaassoziierten Gedanken, Gefühlen, Gesprächen
- Vermeidung von traumaassoziierten Aktivitäten, Orten, Menschen
- Erinnerungsverlust für bestimmte Traumaaspekte
- Verminderte Teilnahme/Interesse an wichtigen Aktivitäten
- Gefühl der Entfremdung von anderen
- Verminderte emotionale Resonanz
- Gefühl eingeschränkter Zukunft **Plus**

Kriterium D: Hyperarousal (Übererregbarkeit) mindestens 2

- Ein- und Durchschlafprobleme
- Reizbarkeit, Wutausbrüche
- Konzentrationsstörungen
- Hypervigilanz
- Starke Schreckhaftigkeit **Plus**

Kriterium E: Beschwerdebild dauert länger als 1 Monat. **Plus**

Kriterium F: Erhebliche Beeinträchtigung in mehreren Lebensbereichen

B-8.2.3 ICD-10-Forschungskriterien der PTBS

Keine der in der AG EMDR eingeschlossene Publikation bezieht sich auf eine Diagnosestellung einer PTBS nach den Kriterien der ICD-10. Da eine Diagnose für eine PTBS in Deutschland aber nach der ICD-10 Klassifikation erfolgt, werden auch die Kriterien der ICD-10 hier genannt. Für die ICD-10 Klassifikation existieren getrennte Kriterien für die Forschung und klinische Praxis. Im Folgenden werden nur die als verbindlich geltenden Forschungskriterien aufgeführt.

Kriterium A: Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde. **Plus**

Kriterium B: Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen. **Plus**

Kriterium C: Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Vermeiden bestand nicht vor dem belastenden Ereignis. **Plus**

Kriterium D: Entweder 1 oder 2:

- 1) Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
- 2) Anhaltende Symptome (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale: Schlafstörungen, Reizbarkeit/ Wutausbrüche, Konzentrationsprobleme, Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit **Plus**

Kriterium E: Die Kriterien B, C, D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. In einigen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden

B-8.2.4 Vergleich beider Diagnosesysteme

In beiden Diagnosesystemen ist ein traumatisches Ereignis zur Diagnosestellung gefordert. Die Hauptsymptomgruppen Wiedererleben, Vermeidung und erhöhtes Arousal stimmen ebenfalls miteinander überein.

Die Vorgaben des DSM-IV für die Diagnose einer PTBS sind enger gefasst als die Vorgaben der ICD-10 (Maercker 1997).

Nach Meyer und Steil sind die wesentlichsten Unterschiede folgende (Meyer & Steil, 1998):

Das DSM-IV betont den Aspekt des subjektiven Erlebens des Traumas (wie z.B. Angst, Hilflosigkeit, Entsetzen), wohingegen die ICD-10 die objektiven Bedingungen hervorhebt – das Trauma wird hier als ein Ereignis beschrieben, das bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde.

Eine eindeutige Diagnose einer PTBS darf nach ICD-10 nur vergeben werden, wenn die Symptomatik innerhalb von 6 Monaten nach dem Trauma einsetzt; im DSM-IV wird ein verzögerter Beginn (mindestens 6 Monate nach dem Trauma) aufgeführt.

In der ICD-10 reicht das Vorliegen von wiederholten, unausweichlichen Erinnerungen oder der Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen nach einem traumatischen Ereignis ohne ein Kriterium der Mindestdauer zur Diagnosestellung aus, während nach DSM-IV diese Symptome sowie eine deutliche Beeinträchtigung des psychischen Funktionsniveaus über mindestens ein Monat hinweg vorliegen müssen.

Die enger gefassten Kriterien des DSM-IV haben zur Folge, dass Prävalenzzahlen unterschiedlich hoch ausfallen, je nachdem, welches System zur Diagnosestellung herangezogen wird. Nach Andrews et al. (1999) beträgt die Auftretenswahrscheinlichkeit einer PTBS bei Erwachsenen, beurteilt nach ICD-10 fast 7 %, wohingegen sie nach DSM-IV diagnostiziert nur 3 % beträgt.

In einem Vergleich beider Diagnoseverfahren lag die Übereinstimmung der vergebenen PTBS bei 35 %, d.h. nur 35 % der Patienten mit einer PTBS-Diagnose nach dem einen System erhalten diese Diagnose auch nach dem anderen System (Andrews et al. 1999).

B-8.2.5 Weiterentwicklung

Im Verlauf der klinischen Erfahrungen mit der Behandlung der PTBS hat sich das Verständnis über die Natur der Störung verändert. Das spiegelt sich unter anderem in der Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme wider. Es stellt sich daher die Frage, ob die Anwendung einer älteren Version eines Klassifikationssystems die Qualität der Diagnosestellung beeinträchtigt. Am Beispiel der DSM-Klassifikation soll dies verdeutlicht werden:

Während in den Vorversionen des DSM das Kriterium A für die Beschreibung des zugrundeliegenden Traumas eher unspezifisch formuliert war (erinnerbarer Stressor), fordert das DSM-IV nach diesem objektiven Kriterium nun zusätzlich ein subjektives Kriterium: das Erleben von Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen zum Zeitpunkt der Traumatisierung.

Nach der Definition der Arbeitsgruppe wird das Vorliegen einer PTBS dann anerkannt, wenn die Diagnose nach den anerkannten Klassifikationssystemen DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV oder ICD-10 gestellt wurde. Dabei sollte die zum Zeitpunkt der Studienplanung jeweils gültige Version des Klassifikationssystems zur Diagnosestellung herangezogen werden. Diese Forderung beschäftigte die Arbeitsgruppe insbesondere bei Studien, die nach 1993 durchgeführt wurden, jedoch eine PTBS-Diagnose nach der nunmehr abgelösten DSM-III vergeben haben. Nach eingehender fachlicher Diskussion wurde die mögliche Verzerrung der Ergebnisse durch die inhaltliche Weiterentwicklung der DSM III zur DSM IV für die Fragestellung der Arbeitsgruppe als vernachlässigbar eingeschätzt. Für die Literaturbewertung wurden somit alle Studien berücksichtigt, bei denen eine PTSD-Diagnose nach den gängigen Diagnoseklassifikationen ICD und DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV vergeben wurde.

Die Weiterentwicklung der DSM fand in folgenden Jahren statt:

Jahresangaben:

DSM-II	1968
DSM-III	1980
DSM-III-R	1987
DSM-IV	ab 1994.

Unzulässig wäre es, wenn eine Studie aus den 90er Jahren auf Kriterien des DSM-II zurückgriffe.

Für eine korrekte Diagnosestellung ist die Anwendung eines validen und reliablen Fremdbeurteilungsverfahrens unabdingbar. Zusätzlich kann ein Testverfahren zur Selbstbeurteilung angewendet werden.

B-8.2.6 Verwendete Diagnoseverfahren der eingeschlossenen Primärstudien

Im Folgenden werden die Diagnoseverfahren absteigend nach dem Jahr ihrer Veröffentlichung benannt.

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I: First 1996)

Das SCID-I ist ein halbstrukturiertes klinisches Interview, das zur Eingangs- und Verlaufsdagnostik von psychischen Störungen eingesetzt werden kann. Grundlage sind die Kriterien des DSM-IV. Es sind Wortlaut, Reihenfolge und Sprungregeln zum Auslassen von Fragen als Leitfaden vorgegeben. Der Interviewer kann aber auch zusätzliche Fragen stellen und kodiert nicht direkt die Antwort des Patienten, sondern entsprechend seiner klinischen Einschätzung, ob das Kriterium erfüllt ist.

Das SCID-I beginnt mit einem kurzen Explorationsleitfaden, mit dessen Hilfe sich der Interviewer einen Überblick über die Hauptproblematik des Probanden machen kann. Im strukturierten Teil werden Symptome und Beschwerden mit Hilfe vieler offener Fragen systematisch erhoben. Neben jeder Frage ist das dazugehörige DSM-IV Kriterium aufgeführt, so dass der Interviewer sofort einschätzen kann, ob die Beantwortung der Frage für eine Beurteilung des Symptoms ausreicht, oder ob noch Nachfragen nötig sind.

Es wurden gute Reliabilität (Inter-Rater-Reliabilität: Kappe .57 bis 1.0; Test-Retestreliabilität: Kappa .60 und höher) und gute Validität, verglichen mit der Diagnose eines Erstgesprächs: Kappa > .60 berichtet. Das Verfahren zeigte außerdem gute Spezifität und Sensitivität (81,2 %).

Bewertung: Klinisch relevantes Verfahren, das zur Diagnosestellung empfohlen wird und sich zur Verlaufsdagnostik eignet. Um eine Beeinträchtigung der Reliabilität zu vermeiden, sollte das SCID nur von erfahrenen, trainierten Interviewern durchgeführt werden.

Clinician Administered PTSD Scale (CAPS: Blake et al. 1995)

Bei der Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) handelt es sich um ein halbstrukturiertes Interview, das für Kliniker und klinisch Forschende mit Erfahrungen in der Diagnostik einer PTBS entwickelt wurde. Mit der CAPS können sowohl Symptome einer aktuellen PTBS erfasst werden, als auch Symptome einer PTBS im Verlauf des Lebens. Das Interview enthält 30 Items, mit denen alle 17 Symptome (Kriterien B, C und D) nach DSM-III-R durch standardisierte Fragen sowie empfohlene weiterführende Fragen erfasst werden. Frequenz und Intensität jedes vorhandenen Symptoms werden auf einer 5-stufigen Likertskala abgebildet. Dadurch kann die Symptomschwere eingeschätzt werden. Die verbleibenden 13 Items fragen assoziierte Symptome (8 Items, z.B. zu Schuldgefühlen, Hoffnungslosigkeit, Gedächtnisschwächen) sowie das soziale und berufliche Funktionsniveau ab (Kriterium F). Die Kriterien A (Erleben eines Traumas) und E (Beschwerden dauern länger als einen Monat) werden durch die CAPS nicht erfasst. Ein Symptom wird als vorhanden gekennzeichnet, wenn es mindestens 1 mal im Monat mit einer Intensität von mindestens 2 auftritt. Es kann auch konservativer bewertet werden; dann muss die Summe aus Frequenz und Intensität eines Symptoms mindestens 4 betragen, damit das Symptom als vorhanden bewertet wird. Die Gütekriterien wurden an 123 Kriegsveteranen erhoben. Die CAPS erreicht gute Werte für Reliabilität (Test-Retest-Reliabilität Gesamtscore .90-.98) und Validität (Konvergenzvalidität Gesamtschwerescore $r = 0.77 - .91$), sowie gute Spezifität (95 %) und

Sensitivität (84 %), im Vergleich zum SCID. Die Autoren weisen darauf hin, dass die CAPS nur für erfahrene Bewerter geeignet ist, da sonst die Gefahr der Überschätzung der Symptomschwere bestehe. Es existieren mehrere Varianten (u.a. für Kinder, für 1-Wochen-Symptome).

Bewertung: Klinisch relevantes Verfahren, dass in Zusammenhang mit Anamnesedaten für erfahrene Bewerter zur Diagnosestellung und Verlaufskontrolle einer PTBS nach DSM-III-R geeignet ist.

PTSD-Symptom Scale (PSS) (Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum 1993)

Die PTSD Symptom Scale (PSS) wurde entwickelt, um das Vorhandensein und die Schwere von Symptomen einer möglichen PTBS bei Menschen mit einer bekannten Traumageschichte abzubilden.

Es existieren 2 Versionen der PSS: ein halbstrukturiertes Interview (PSS-I) sowie ein Fragebogen zur Selbstauskunft (PSS-SR).

Das PSS-I besteht aus 17 Items, die alle 17 Symptome einer PTBS nach DSM-III-R abfragen (Kriterien B-D). Die Symptomschwere eines jeden Symptoms wird auf einer 4-stufigen Likert-Skala vom Interviewer erfasst (0= nicht vorhanden bis 3= sehr schwer). Aus der Summe der Einzelitems kann durch Addition ein Summenscore gebildet werden. Auch eine Einteilung in die Kategorien „Wiedererleben“, „Vermeidung“ und „Übererregbarkeit“ ist möglich. Ein Symptom gilt als vorhanden, wenn es mindestens mit 1 (ein wenig vorhanden) bewertet ist. Eine Diagnose wird analog zu den geforderten Kriterien des DSM-III-R vergeben.

Der Fragebogen zur Selbstauskunft (PSS-SR) ist analog aufgebaut, allerdings wurden 6 Items so umgeschrieben, dass sie für Patienten verständlicher sind.

Reliabilität und Validität beider Versionen wurden an 118 Frauen mit Gewalterfahrungen erhoben und ergab gute Werte für beide Kriterien¹. Eine Überprüfung der Übereinstimmung beider Verfahren ergab, dass 67 % der Patientinnen, die die Kriterien für eine Diagnose einer PTBS nach dem Interview erhalten hätten, diese Diagnose auch nach PSS-SR erfüllten. Das Interview misst also weniger konservativ.

Bewertung: Klinisch relevantes Verfahren, dass in Zusammenhang mit Anamnesedaten (für Einschätzung der Kriterien A, E und F) für erfahrene Bewerter zur Diagnosestellung und Verlaufskontrolle einer PTBS nach DSM-III-R geeignet ist.

Modified PTSD Symptom Scale-self report (MPSS-SR) (Falsetti, Resnick, Resnick & Kilpatrick 1993)

Bei der Modified PTSD Symptom Scale – Self report (MPSS-SR) handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren, das aus der PTSD Symptom Scale (PSS, Foa) entwickelt wurde. Anliegen dieser Modifizierung war, neben der Schwere der Symptome auch deren Frequenz zu erfassen. Die Skala besteht aus 17 Items, die die Kriterien für PTBS nach DSM-III-R abbilden. Von den 17 Fragen der PSS wurden 6 umformuliert. Zu jedem Item kann die Frequenz auf einer Skala von 0 (nie) bis 3 (5 mal oder öfter pro Woche/sehr stark/fast immer) eingeschätzt werden. Auch die Schwere des Symptoms wird auf einer 5-stufigen

¹ PSS-I: Interne Konsistenz: Cronbachs Alpha Gesamtscore .81; Test-Retest-Reliabilität Gesamtscore $r=.80$, Interrater-Reliabilität Kappa .91; Konvergenzvalidität (zu SCID): $r=.94$. Sensitivität 88%, Spezifität 96%

PSS-SR: Interne Konsistenz: Cronbachs Alpha Gesamtscore .91; Test-Retestreliabilität Gesamtscore $r=.74$; Sensitivität 62%, Spezifität 100%

Skala (A=nicht beeinträchtigend, 0 Punkte, bis E=extrem beeinträchtigend, 4 Punkte) angegeben. Wie bei der PSS wird nach Symptomen in den letzten 2 Wochen gefragt.

Neben dem reinen Auszählen der vorhandenen Symptome nach den Kriterien B, C und D des DSM-III-R wurden cut-off-scores für die Allgemeinbevölkerung und Patienten entwickelt, die eine Diagnosevergabe einer PTBS nach DSM-III-R erlauben.

Bei Überprüfung der Gütekriterien an Patientengruppen und Stichproben der Allgemeinbevölkerung erwies sich die Skala als sehr gut intern konsistent (Alpha= .96 - .97). Verglichen mit dem SCID erzielte die MPSS-SR gute Werte bezüglich der Validität.

Bewertung: Klinisch relevantes Verfahren, dass als Screeninginstrument eingesetzt werden kann. In Zusammenhang mit Fremdbeurteilung und Anamnesedaten (für die Einschätzung der Kriterien A, E und F) ist es für erfahrene Bewerter zur Diagnosestellung nach DSM-III-R geeignet. Auch eine Verlaufskontrolle und Therapieeffekte können abgebildet werden.

SI-PTSD Structured Interview for PTSD (SI-PTSD/SIP) (Davidson, Smith & Kudler 1989)

Das „Structured Interview for PTSD (SI-PTSD)“ wurde zur Diagnosestellung und zur Erfassung der Symptomschwere einer PTBS entwickelt. Die Kriterien des DSM-III wurden dabei als Items operationalisiert. Für 13 Items werden auf einer Skala von 0 (nicht vorhanden) bis 4 (extrem schwer) verschiedene Symptome einer PTBS vom Interviewer hinsichtlich ihrer Schwere eingeschätzt. Für jedes Symptom kann sowohl der aktuelle Zustand als auch der „schlimmste jemals vorhandene“ Zustand angegeben werden. Eine Diagnose einer PTBS wird anhand der Bewertung der aktuellen Symptomschwere dann vergeben, wenn das Kriterium A zusätzlich vorhanden ist und mindestens ein Item der Kategorie B und C und zwei der Kategorie D mit mindestens einer Schwere von 2 angegeben werden.

Die Testgütekriterien wurden an verschiedenen Stichproben von Kriegsveteranen erhoben. Der SI-PTSD erwies sich als ausreichend valides (Kappa 0.786) und reliables (Inter-Rater-Korrelation .073-1.00; Test-Retest-Korrelation Gesamtwert .71) Instrument mit guter Sensitivität (96 %) und Spezifität (80 %). Allerdings waren die Gruppen der Probanden teilweise sehr klein (14 Pbn).

Bewertung: Dieses klinisch relevante Verfahren eignet sich für erfahrene Bewerter in Zusammenhang mit Anamnesedaten (um das Kriterium A beurteilen zu können) zur Diagnosestellung einer PTBS nach DSM-III. Auch Therapieeffekte können mit dem SI-PTSD erfasst werden.

Mississippi scale for combat-related PTSD (M-PTSD) (Keane, Caddell & Taylor 1988)

Die Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder (M-PTSD) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das unterstützend zur Diagnosestellung einer PTBS bei Kriegsveteranen herangezogen werden kann. Die 35 Items der Skala orientieren sich an den Symptomen einer PTBS nach DSM-III und beziehen zusätzlich bei Kriegsveteranen häufig zu beobachtende assoziierte Symptome (z.B. Substanzmissbrauch, Suizidalität) mit ein. Die Items werden bezüglich ihrer Schwere auf einer 5-stufigen Likert-Skala vom Patienten eingeschätzt. Durch Addition kann ein Gesamtschwerescore ermittelt werden. In mehreren Studien wurden Reliabilität und Validität des Verfahrens überprüft. Die Überprüfung der internen Konsistenz der Skala ergab ein Alpha von .94. Die Skala erwies sich als sehr gut reliabel (Test-Retest-Reliabilität nach einer Woche ohne Behandlung $r=.97$). Bei der Validitätsprüfung konnte die Skala signifikant Vietnam-Veteranen mit einer diagnostizierten

PTBS von Veteranen mit anderen psychischen Störungen und Veteranen ohne psychiatrische Auffälligkeiten trennen. Die Sensitivität lag bei 93 %, die Spezifität bei 89 %.

Beurteilung: Die M-PTSD wurde für Kriegsteilnehmer entwickelt, um Selbstauskünfte zur Symptomatik einer PTBS zu erhalten. Sie eignet sich daher nur als zusätzliches Instrument zur Verifizierung einer PTBS-Diagnose nach DSM-III bei Kriegsveteranen. Sie ist gut zur Verlaufsmessung geeignet.

Impact of Event Scale-revidierte Form (IES-R) (Horowitz,Wilner, & Alvarez 1979)

Die Impact of Event Scale (IES) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren. Die Skala wurde entwickelt, um ein Instrument zur Verfügung zu haben, das das Ausmaß des subjektiven Einflusses eines spezifischen Ereignisses darstellen kann. Da aus Studien bekannt war, dass Menschen nach traumatischen Ereignissen an Intrusionen (ungebetene Gedanken, Bilder, Albträume, überwältigende Gefühle) litten und Vermeidungsverhalten zeigten, wurden diese beiden Charakteristiken als zwei unabhängige Unterskalen operationalisiert. Die IES bestand zunächst aus 7 Items, die der Unterskala Intrusion zugeordnet werden konnten und acht Items der Unterskala Vermeidung. Jedes der Items wird die Auftretenshäufigkeit in der letzten Woche auf einer 4-stufigen Skala (gar nicht-oft) eingeschätzt. Durch Addition können Summenwerte für jede der Unterskalen sowie ein Gesamtwert gebildet werden. Die Items der IES sind unabhängig von den Kriterien des DSM oder der ICD formuliert. Die IES wurde 1996 durch Weiss und Marmer mit einer zusätzlichen Unterskala „Hyperarousal“ zur IES-R erweitert. Die Ermittlung der Gütekriterien erfolgte an verschiedenen klinischen und nichtklinischen Stichproben. Die Test-Retest-Reliabilität für die Gesamtskala betrug .87. Für die revidierte Fassung werden Test-Retestreliabilitäten von .66 bis .80 für die drei Unterskalen angegeben.

Bewertung: Die IES ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der drei Hauptsymptome Intrusion, Vermeidung, Übererregbarkeit. Sie ist nicht zur Diagnosestellung entwickelt. Die Items wurden aus klinischen Beobachtungen von Patienten mit PTBS entwickelt, damit hat die Skala eine gute klinische Relevanz. Sie ist zum Abbilden von Therapieeffekten geeignet.

B-8.3 Ankündigung des Bewertungsverfahrens

B-8.3.1 Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger

Bundesanzeiger 2011, Nr. 99, Seite 2394

■ Bundesministerium für Gesundheit

[1102 A]

**Bekanntmachung
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über weitere Beratungsthemen
zur Überprüfung gemäß § 135 Absatz 1
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V):
Eye-Movement-Desensitization
and Reprocessing (EMDR)
als Methode im Rahmen von Einzelpsychotherapie
bei Erwachsenen im Anwendungsbereich
Posttraumatische Belastungsstörungen**

Vom 9. Juni 2011

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Absatz 1 SGB V für die vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue psychotherapeutische Behandlungsmethoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Methode ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht bzw. verordnet werden darf.

Der G-BA veröffentlicht die neuen Beratungsthemen, die aktuell zur Überprüfung anstehen. Entsprechend der Festsetzung des G-BA vom 17. Februar 2011 wird das folgende Thema beraten:

EMDR als Methode im Rahmen von Einzelpsychotherapie
bei Erwachsenen im Anwendungsbereich
Posttraumatische Belastungsstörungen

Mit dieser Veröffentlichung wird insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Psychotherapeuten- und Ärztegesellschaften und psychotherapeutischen Fachgesellschaften sowie Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Die Stellungnahmen zu dem oben genannten Beratungsthema sind anhand eines Fragenkatalogs innerhalb einer Frist von einem Monat nach dieser Veröffentlichung möglichst in elektronischer Form an folgende E-Mail-Adresse zu senden:

EMDR@g-ba.de

Den Fragenkatalog sowie weitere Erläuterungen erhalten Sie auf Anfrage an die vorgenannte E-Mail-Adresse oder per Post an die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung M-VL
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Berlin, den 9. Juni 2011

Unterausschuss Methodenbewertung

Der Vorsitzende
Dr. H. Deisler

B-8.3.2 Fragenkatalog zur strukturierten Einholung von Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens

Der Beratungsgegenstand Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing als Methode im Rahmen von Einzelpsychotherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen wird im Folgenden abgekürzt durch EMDR.

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

1. Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis der EMDR.
2. Gibt es Hinweise auf Risiken durch Anwendung der EMDR?
3. Ist eine spezifische Überlegenheit der EMDR bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu anderen Methoden nachweisbar?
4. Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?
5. Welche störungsspezifische Diagnostik sollte vor Anwendung von EMDR durchgeführt werden?
6. Welche Kriterien müssen für die Stellung der Indikation zur Durchführung von EMDR erfüllt sein?
7. Gibt es Kontraindikationen? Wenn ja, welche?
8. In welchem therapeutischen Rahmen sollte EMDR erbracht werden? Als eigenständige Methode? Als Methode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes einer Verhaltenstherapie oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie? Mit der Bitte um konkrete Begründung der Zuordnung.

Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

9. Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit der EMDR im Versorgungskontext unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, des Verlaufes und der Behandelbarkeit der Erkrankung? Bitte machen Sie insb. 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))

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

10. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der EMDR im Vergleich zu den anderen in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Methoden und Verfahren. Bitte machen Sie insb. 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))

Ergänzungen

11. Stehen psychometrische Messinstrumente zur störungsspezifischen Diagnostik zur Verfügung und wenn ja, welche sind das? Bitte benennen Sie diese und machen Sie Angaben zur Validität, Reliabilität und Objektivität dieser Instrumente.
12. Welche Ausbildung/Weiterbildung sollte der Therapeut haben?
13. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Fragen zu möglichen Interessenkonflikten

14. 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.

B-8.3.3 Übersicht der eingegangenen Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens

Stellungnehmer	Ansprechpartner	Eingangsdatum
Prashant Gogia		19.07.2011
Birgit Rominger		20.07.2011
Michael Maas		31.07.2011
EMDRIA Deutschland e.V.	Sabine Schröder	03.08.2011
Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Tina Wessels	04.08.2011
Dr. Peter Zimmermann		04.08.2011
DFT e. V.	Prof. Dr. R. Richter	05.08.2011
Dr. Michael Hase		05.08.2011
Barbara Kalinowski		05.08.2011
Stephan Stolz		05.08.2011
Arbeitsgemeinschaft Verhaltensmodifikation AVM Deutsche Ärztliche Fachgesellschaft für Verhaltenstherapie DÄVT Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie DVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie DGPs	Heiner Vogel	05.08.2011
Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie	Dr. Martin Sack	05.08.2011
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung	Barbara Lubisch	06.08.2011
PD Dr. Ursula Gast		08.08.2011
Prof. Dr. Harald Gündel		17.08.2011

B-8.3.4 Wesentliche Inhalte der Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens

1. Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis der EMDR.	
Prashant Gogia	
Birgit Rominger	
Michael Maas	
EMDRIA Deutschland e.V.	<p>Der Nutzen der EMDR-Methode bezüglich einer Reduktion bzw. Auflösung einer durch eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bedingten Symptomatik bei Erwachsenen ist in 19 kontrollierten und randomisierten Studien (bzw. 25 kontrollierten Studien) belegt. Die Ergebnisse aus mehr als 5 Metaanalysen bestätigen den Befund, dass EMDR und kognitivbehaviorale Verhaltenstherapie die am besten empirisch belegten Behandlungsmethoden für PTBS sind. Im Kinder- und Jugendbereich liegen derzeit zur Behandlung der PTBS 10 kontrollierte und randomisierte Studien und sowie eine Metaanalyse vor.</p> <p>Bisson & Andrew (2007) konnten in ihrer Cochrane Metaanalyse zeigen, dass in den untersuchten Studien EMDR und traumadaptierte kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapien in der Behandlung von erwachsenen Patienten mit einer diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung anderen Therapien, wie Hypnotherapie, Entspannungstraining und dynamischer Psychotherapie, überlegen sind.</p> <p>Beide Therapieformen wiesen im metaanalytischen Vergleich ähnlich hohe Effektstärken auf, sowohl direkt nach der Therapie als auch zu späteren Katamnesezeitpunkten. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in früheren Metaanalysen und in der Metaanalyse (mit 7 kontrollierten Studien) im Kinder und Jugendbereich (Rodenburg 2009).</p> <p>Bei ähnlich guter Wirksamkeit beschreiben die Metaanalyse von van Etten & Taylor (1998) und Rodenburg et al. (2009) allerdings für EMDR eine signifikant kürzere Behandlungsdauer als bei den kognitiv-behavioralen Therapien. In den anderen Metaanalysen wurden die Unterschiede in der Behandlungszeit nicht untersucht.</p>
Bundespsychotherapeutenkammer	<p>In einem aktuellen Cochrane-Review zu psychologischen Therapien der Posttraumatischen Belastungsstörungen (Bisson & Andrew, 2007) wurden für den Vergleich zwischen EMDR und Wartelistengruppe/Routineversorgung insgesamt sechs Studien mit ausreichender methodischer Qualität in die Meta-Analyse eingeschlossen (Jensen et al., 1994, Power et al., 2002, Rothbaum et al., 2005, Rothbaum et al., 1997, Vaughan et al., 1994, Carlson et al., 1998).</p> <p>Bei den spezifischen Vergleichen nach Zielparametern wurden dabei jeweils fünf bzw. sechs dieser Studien eingeschlossen. Hinsichtlich des Zielkriteriums der Schwere der PTBS-Symptomatik, erfasst über eine klinische Fremdeinschätzungsskala, konnten fünf von fünf Studien zum Behandlungsende eine signifikante Überlegenheit der EMDR-Behandlung gegenüber der Kontrollbedingung nachweisen, mit einer Standardisierten Mittelwertsdifferenz von SMD (95 % CI) = -1.51 (-1.87 bis - 1.15) für die gepoolten Daten von 81 Patienten in der EMDR-Gruppe und 81 Patienten in der Kontrollgruppe. Darüber hinaus erfüllten in fünf von sechs Studien signifikant mehr Patienten in der EMDR-Behandlung zum Behandlungsende nicht mehr die vollständigen diagnostischen Kriterien</p>

	<p>der PTBS. Für den gepoolten Datensatz ergab sich eine signifikante Überlegenheit der EMDR-Behandlung mit einem relativen Risiko RR (95 % CI) = 0.47 (0.25 bis 0.85).</p> <p>Hinsichtlich des Zielparameters PTBS-Symptomschwere in Selbsteinschätzungsskalen ist die Befundlage heterogen. In drei von fünf Studien zeigte sich eine Überlegenheit der EMDR-Behandlung, zwei Studien konnten dagegen keinen signifikanten Effekt zum Behandlungsende demonstrieren. Für den gepoolten Datensatz bildet sich lediglich eine Tendenz zugunsten der EMDR-Behandlung ab (SMD (95 % CI) = - 1.07 (-2.04 bis -0.10)). Auch bezogen auf die sekundären Zielparameter „depressive Symptomatik“ und „Angstsymptomatik“ ließ sich in jeweils fünf von fünf Studien eine signifikante Überlegenheit der EMDR-Behandlung gegenüber der Kontrollgruppe nachweisen.</p> <p>Zudem kommt ein narrativer Review (Schubert & Lee, 2009), der sich teilweise auf die gleichen Studien wie der Cochrane-Review bezieht, zu dem Schluss, dass die EMDR-Behandlung bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen wirksam ist.</p> <p>Vor dem Hintergrund dieser Befunde empfehlen sowohl die deutsche S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1“ aus dem Jahr 2011 als auch die englische NICE-Guideline „Post-traumatic stress disorder“ aus dem Jahr 2005 den Einsatz der EMDR-Methode bei Patienten mit PTBS.</p>
<p>Bundeswehrkrankenhaus Berlin Dr. P. Zimmermann</p>	<p>Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.</p>
<p>Diana Klinik Bad Bevensen Dr. Michael Hase</p>	<p>Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.</p>
<p>DFT e. V.</p>	
<p>Barbara Kalinowski</p>	<p>Siehe EMDRIA e.V.</p>
<p>Stephan Stolz</p>	
<p>Gemeinsame Stellungnahme von AVM DÄVT DVT DGVT Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs</p>	<p>Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat im Jahr 2005 bereits eine ausführliche Bewertung zum Stand der Wirksamkeitsforschung zur EMDR vorgenommen. Auf dieses Gutachten wird ausdrücklich verwiesen. In der Zwischenzeit sind neben einem sorgfältigen Cochrane-Review (Bisson & Andrew, 2007) auch Leitlinien erschienen, auf die ebenfalls verwiesen wird, einerseits im Jahr 2005 vom National Institute of Clinical Excellence, andererseits eine AWMF-Leitlinie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) aus diesem Jahr (Flatten et al., 2011). Beide empfehlen die Anwendung von EMDR bei Patienten mit PTBS.</p> <p>Bisson und Andrew (2007) konnten mit der Cochrane-üblichen sorgfältigen Methodik aufzeigen, dass genügend qualifizierte Studien vorliegen, um zusammenfassende Bewertungen vorzunehmen und dass diese zeigen, dass eine signifikante Überlegenheit von EMDR gegenüber unbehandelten Kontrollgruppen und gegenüber Vergleichsgruppen besteht, und zwar sowohl im Hauptkriterium Störungsschwere bei PTBS (Fremdbewertung) als auch in den Sekundärproblematiken Depression und Angst.</p> <p>Unklar bleibt, ob die Wirksamkeit tatsächlich auf den postulierten Verarbeitungsprozess mit dem zentralen Aspekt der bilateralen Stimulation zurückzuführen ist. Dismantling-Studien haben für diese These keine</p>

	<p>Unterstützung gefunden. Vielmehr kann angenommen werden, dass es sich um eine stark strukturierte graduierte Konfrontation in-sensu handelt (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2007).</p>
<p>Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie</p>	<p>Die Wirksamkeit von EMDR zur Behandlung von Patienten mit PTBS bei Erwachsenen ist mittlerweile in 19 randomisiert-kontrollierten Behandlungsstudien nachgewiesen. Entsprechend wird EMDR in den aktuellen Metaanalysen sowie in den Behandlungsleitlinien der internationalen psychotraumatologischen Fachgesellschaften als eine wirksame Behandlungsmethode mit dem höchsten Evidenzgrad zur Behandlung der PTBS eingeschätzt (Bisson J, 2007). EMDR ist damit ein Verfahren der 1. Wahl zur Behandlung der PTBS.</p> <p>Wie die vorliegenden Forschungsergebnisse deutlich machen, kann EMDR zur Behandlung der PTBS ohne psychische Komorbidität als effektive und eigenständige Behandlungsmethode eingesetzt werden (National Institute for Clinical Excellence, 2005). Bei Patienten, die an PTBS und komorbiden Störungsbildern (z.B. Depressive Störung, Angststörung, Suchtproblematik, Dissoziativen Störungen, Selbstverletzen, Persönlichkeitsstörungen) leiden, muss die konfrontative Behandlung mit EMDR nach klinischer Erfahrung zwingend in einen Gesamtbehandlungsplan integriert werden, der die Komorbidität und die sich daraus ableitenden zusätzlichen Therapienotwendigkeiten berücksichtigt (Flatten et al. 2004). Erfahrungen aus der bisherigen Anwendung von EMDR haben gezeigt, dass eine Integration von EMDR in die bestehenden Richtlinienverfahren mit Gewinn erfolgen kann.</p>
<p>Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung</p>	
<p>PD Dr. Ursula Gast</p>	
<p>Uniklinik Ulm Prof. Dr. Harald Gündel</p>	<p>Siehe EMDRIA e. V.</p>

2. Gibt es Hinweise auf Risiken durch Anwendung der EMDR?	
Prashant Gogia	Eine unkritische Anwendung von EMDR kann zu einer erhöhten Belastung des Patienten führen. Risiken und Nebenwirkungen des Verfahrens lassen sich jedoch durch eine präzise Diagnostik, Berücksichtigung der Patientenstabilität, Behandlungsplanung und sorgfältige Arbeit mit der Methode EMDR minimieren (Hase und Hoffman, 2005)
Birgit Rominger	
Michael Maas	Eine unkritische Anwendung von EMDR kann zu einer erhöhten Belastung des Patienten führen. Risiken und Nebenwirkungen des Verfahrens lassen sich jedoch durch eine präzise Diagnostik, Berücksichtigung der Patientenstabilität, Behandlungsplanung und sorgfältige Arbeit mit der Methode EMDR minimieren (Hase und Hoffman, 2005)
EMDRIA Deutschland e.V.	<p>Bei Anwendung der EMDR-Methode besteht nur ein geringes Risiko bezüglich unerwünschter Wirkungen: (Hase & Hofmann 2005)</p> <p>Selten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spontandiagnostik komplexer dissoziativer Störungen mit eventuellen Dekompensationen (dissoziative Störungen sollten daher vor einer EMDR Behandlung diagnostiziert werden) - Dekompensation bei instabiler komplexer Ausprägungen einer PTBS mit vielen Komorbiditäten (z.B. bei Opfern sexualisierter Gewalt in der Kindheit) <p>Bei diesen Patienten ist eine Stabilisierung im Rahmen der EMDR Behandlung vor Beginn der Arbeit mit traumatischen Erinnerungen erforderlich. Auf diese Aspekte wird im Rahmen der anerkannten EMDR-Ausbildung besonders hingewiesen, so dass die unerwünschten Wirkungen bei methodengetreuer Anwendung so gut wie auszuschließen sind.</p> <p>Sehr selten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mögliche Krampfanfälle bei vorbekannten somatischem Anfallsleiden (Schneider 2005; Rodenburg 2009). Eine fachärztliche Konsultation wird bei entsprechenden Patienten empfohlen. Psychogene Anfälle scheinen sich unter EMDR zu bessern (Kelly und Benbadis 2007, Tumani 2010). - Verschlechterung psychotischer Symptome bei vorbekannter Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis möglich (2 unveröffentlichte Fallberichte). Daher wird zu einer vorherigen fachärztlichen Konsultation vor Beginn der EMDR Behandlung entsprechend gefährdeter Patienten geraten.
Bundespsychotherapeutenkammer	Bislang mangelt es an einer systematischen Untersuchung der Risiken und möglichen Nebenwirkungen durch die Anwendung der EMDR. Nach unserer Kenntnis adressierte lediglich eine komparative randomisiert-kontrollierte Studie auch Aspekte der negativen Wirkungen drei verschiedener psychotherapeutischer Behandlungsansätze bei Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung, Expositionsbehandlung, EMDR und Entspannungstherapie (Taylor et al., 2003). In dieser Studie wurden allerdings negative Wirkungen der Behandlungsansätze operationalisiert als Anteil der Patienten mit einer Verschlechterung hinsichtlich der Kernsymptomatik der PTBS im Verlauf der Behandlung. Zum Behandlungsende trat eine

	<p>Symptomverschlechterung lediglich bei einem der Patienten aus der Gruppe mit Entspannungstraining auf. Zum 3-Monats-follow-up traf dies auf je einen Patienten aus der Gruppe mit Entspannungstraining und EMDR zu. Signifikante Unterschiede hinsichtlich des Auftretens von Symptomverschlechterungen ließen sich zwischen den drei Behandlungsgruppen nicht nachweisen. Daneben gibt es einen Fallbericht, der im Kontext einer EMDR-Behandlung nach 12 Sitzungen von einer erheblichen Verschlechterung der psychischen Verfassung des Patienten bis hin zu einer akuten Suizidalität und der Entwicklung von schweren Panikattacken berichtet (Kaplan & Manicavasagar, 1998).</p> <p>In dem Antrag der Fachgesellschaft EMDRIA e.V. beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie auf wissenschaftliche Anerkennung der EMDR als Methode zur Behandlung der PTBS wird im Abschnitt 8.2. „Unerwünschte Wirkungen der Therapie“ dargelegt, dass bei circa 10 bis 20 Prozent der Patienten eine mangelnde Wirksamkeit der Therapie zu verzeichnen und deren Ursache unklar sei. Das Risiko für unerwünschte Wirkungen wird insbesondere für solche Behandlungen gesehen, bei denen vor der EMDR-Behandlung keine Stabilisierungsbehandlung durchgeführt wurde.</p> <p>Ferner geben die Antragssteller an, dass es unter der Behandlung mit EMDR zu plötzlichen sogenannten „Abreaktionen“ kommen könne, bei denen der Patient plötzlich unter heftigen emotionalen Reaktionen von seinen traumatischen Erinnerungen überflutet wird. Hierbei sei es Aufgabe des Psychotherapeuten, dass der Patient nicht emotional retraumatisiert wird. Bei stärker dissoziierten Patienten wird das Risiko der Auslösung dissoziativer Krisen gesehen. Bei Suchtpatienten könne eine vorübergehende Erhöhung des Suchtdrucks ohne ausgleichende Stabilisierung zu einem Rückfall führen. Für sämtliche der genannten Risiken liegen jedoch keine systematischen Erhebungen zu unerwünschten Wirkungen einer EMDR-Behandlung vor, die es erlauben würden, dass Risiko für derartige Wirkungen genauer zu beziffern.</p> <p>Schließlich werden als Kontraindikationen für eine EMDR-Behandlung noch floride Psychosen, schwere hirnorganische Störungen und somatische Erkrankungen genannt, welche die Belastbarkeit der Patienten stark reduzieren. Hinsichtlich der Abbrecherrate in klinischen Studien - als ein indirekter Indikator für unerwünschte Wirkungen - kommt ein aktueller Cochrane-Review auf der Grundlage von sieben Studien mit insgesamt 268 Patienten zu dem Ergebnis, dass sich zwischen EMDR-Behandlung und traumafokussierter kognitiver Verhaltenstherapie keine signifikanten Unterschiede nachweisen lassen (Bisson & Andrew, 2007). Gleiches gilt auch für den Vergleich der Abbrecherrate zwischen EMDR und Stressmanagementtherapie, die in drei Studien untersucht wurde.</p>
<p>Bundeswehrkrankenhaus Berlin Dr. P. Zimmermann</p>	<p>Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.</p>
<p>Diana Klinik Bad Bevensen Dr. Michael Hase</p>	<p>Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.</p>
<p>DFT e. V.</p>	
<p>Barbara Kalinowski</p>	<p>Siehe EMDRIA e.V.</p>

Stephan Stolz	Die Behandlung mit der EMDR-Methode ist bei sachgerechter Anwendung sicher. Hierzu verweise ich auf folgende Literaturquellen: Bisson & Andrew 2007; van Etten & Taylor 1998; Marcus, Marquis & Sakai 1997, 2004; Power et al. 2002; Karatzias et al. 2006; Sprang 2001 und Hase & Hofmann 2005.
Gemeinsame Stellungnahme von AVM DÄVT DVT DGVT Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs	Bisson und Andrew (2007) finden keine systematischen Unterschiede in der Quote der Abbrecher gegenüber Vergleichsbehandlungen. In anderen Studien wird davon berichtet, dass durch „emotionale Abreaktionen“ Krisensituationen entstehen können, insbesondere, wenn die vorherige psychische Stabilisierung nicht ausreichend war. Es wird berichtet, dass von einer Anwendung bei Patienten mit psychotischen Störungen abzuraten ist, und dass der „Suchtdruck“ während der Behandlung steigt, so dass auch bei Patienten mit Suchtproblemen eine vorsichtige Indikation gestellt werden sollte. Ebenfalls wird von einem Einsatz bei Patienten mit akuten körperlichen Erkrankungen sowie bei schweren Angst- und Depressionserkrankungen (ggf. mit Suizidalität) abgeraten.
Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie	
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung	
PD Dr. Ursula Gast	
Uniklinik Ulm Prof. Dr. Harald Gündel	Siehe EMDRIA e. V.

<p>3. Ist eine spezifische Überlegenheit der EMDR bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu anderen Methoden nachweisbar?</p>	
Prashant Gogia	
Birgit Rominger	
Michael Maas	
EMDRIA Deutschland e.V.	<p>EMDR ist nicht-traumaadaptierten Psychotherapiemethoden bei der Behandlung einer PTBS deutlich überlegen (Bisson et al. 2007; Marcus, 1997; NICE, 2005). Dieser in den internationalen Leitlinien anerkannte Befund ist aber bei weitem noch nicht in der Versorgung in Deutschland umgesetzt.</p> <p>Ein Beispiel dafür sind die ca. 50 % Menschen die über sexuelle Übergriffe berichten und die nach einer in der Regel nicht traumaadaptierten Psychotherapie große Unzufriedenheit und nur geringe symptomatische Verbesserung berichten (Bergmann 2011a). Eine Folge war die Empfehlung des „runden Tisches“, dass eine Integration und</p> <p>Übernahme von Kosten für traumatherapeutische Verfahren erfolgen sollte und ein Ausbau der (traumaspezifischen) Aus- und Weiterbildung für Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten und Ärzteschaft empfohlen wurde (Bergmann 2011b). Ein Teil der deutschen Psychotherapeuten hat dies schon von sich aus getan: von der Stichprobe von Psychotherapeuten, die von der Arbeitsgruppe des runden Tisches befragt wurden, berichten schon viele, dass sie traumaadaptierte Methoden, z.B. die EMDR-Methode</p> <p>in Behandlungen einsetzen (Bergmann 2011a).</p> <p>Es gibt jedoch aus den Studien Hinweise, dass EMDR auch der traumafokussierten Verhaltenstherapie (TF-VT) in einigen Punkten überlegen zu sein scheint. Unter den gut untersuchten Methoden hat EMDR die gleiche Wirksamkeit bezüglich der PTBS wie eine traumaspezifische Verhaltenstherapie TF-VT (Bisson 2007, van Etten 1998).</p> <p>EMDR benötigt jedoch eine signifikant geringere Zahl von Behandlungssitzungen dafür (van Etten 1998). Bei EMDR sind ebenfalls keine Hausaufgaben nötig und in einer Untersuchung fand sich, dass die Zahl der patienteninduzierten Arztbesuche in der Nachuntersuchung signifikant niedriger ist als bei TF-VT (Power 2002, Karatzias et al. 2006).</p> <p>Bei traumatischer Trauer zeigt sich nicht nur ein schnellerer Eintritt der Entlastung der PTBS wie in anderen Untersuchungen. Es findet sich auch in der EMDR Behandlung deutlich häufiger das Auftauchen von positiven Erinnerungen an den Verstorbenen. Dieser signifikante Unterschied im Vergleich zur traumafokussierten Verhaltenstherapie (TF-VT) bleibt auch in der Nachuntersuchung nach 9 Monaten erhalten (Sprang 2001).</p> <p>Hinweise auf eine Überlegenheit der EMDR-Methode zeigen sich auch im Bereich der Studien mit Kindern und Jugendlichen. (De Roos, 2011, Rodeburg 2009)</p>

<p>Bundespsychotherapeutenkammer</p>	<p>Methodisch aussagekräftige komparative Studien zur EMDR-Behandlung liegen lediglich für den Vergleich mit der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie und der Stressmanagementtherapie vor. Die Heterogenität der Studien zum Vergleich mit der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie schränkt dabei die Aussagekraft dieser Befunde insgesamt ein.</p> <p>Der Cochrane-Review von Bisson & Andrew (2007) kommt je nach Zielparameter auf der Basis von sechs bzw. sieben Studien mit insgesamt 187, 206 bzw. 260 Patienten hinsichtlich des Vergleichs zwischen EMDR und der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie zu dem Ergebnis, dass sich für keinen der primären und sekundären Zielparameter signifikante Unterschiede in der Wirksamkeit nachweisen lassen. Auch hinsichtlich der Rate an Therapieabbruchern bestehen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsansätzen. Ein systematischer Review von Mendes et al. (2008) kommt dagegen unter Einschluss weiterer Studien zu dem Schluss, dass die Remissionsrate für die kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zur EMDR-Behandlung signifikant höher ausfällt.</p> <p>Drei Studien untersuchten die Wirksamkeit der EMDR-Behandlung im Vergleich zur Stressmanagementtherapie (Taylor et al., 2003, Carlson et al., 1998, Vaughan et al., 1994). Dabei erlauben die Studien wegen fehlender statistischer Power keine klaren Aussagen über eine mögliche Überlegenheit einer der beiden Behandlungen. Hinsichtlich der primären Zielparameter ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsansätzen zeigen. Dagegen war die EMDR-Behandlung hinsichtlich der Reduktion der Angstsymptomatik der Stressmanagementtherapie signifikant überlegen (Bisson & Andrew, 2007).</p> <p>Eine aktuelle Studie hat darüber hinaus bei 46 Patienten mit PTBS die EMDR-Behandlung mit einer neuen experimentellen Therapie "emotional freedom techniques" verglichen (Karatzias et al., 2011). Während sich für beide Therapiebedingungen signifikante Verbesserungen zeigten, ließen sich zwischen den beiden Gruppen weder zum Behandlungsende noch zur Dreimonatskatamnese signifikante Unterschiede in der Wirksamkeit nachweisen.</p>
<p>Bundeswehrkrankenhaus Berlin Dr. P. Zimmermann</p>	<p>EMDR ist nicht-traumaadaptierten Psychotherapiemethoden bei der Behandlung einer PTBS deutlich überlegen (Bisson et al. 2007; Marcus, 1997; NICE, 2005).</p> <p>Dieser in den internationalen Leitlinien anerkannte Befund ist aber bei weitem noch nicht in der Versorgung in Deutschland umgesetzt.</p> <p>Ein Beispiel dafür sind die ca. 50 % Menschen die über sexuelle Übergriffe berichten und die nach einer in der Regel nicht traumaadaptierten Psychotherapie große Unzufriedenheit und nur geringe symptomatische Verbesserung berichten (Bergmann 2011a).</p> <p>Eine Folge war die Empfehlung des „runden Tisches“, dass eine Integration und Übernahme von Kosten für traumatherapeutische Verfahren erfolgen sollte und ein Ausbau der (traumaspezifischen) Aus- und Weiterbildung für Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten und Ärzteschaft empfohlen wurde (Bergmann 2011b).</p> <p>Ein Teil der deutschen Psychotherapeuten hat dies schon von sich aus getan: von der Stichprobe von Psychotherapeuten, die von der</p>

	<p>Arbeitsgruppe des runden Tisches befragt wurden, berichten schon viele, das sie traumaadaptierte Methoden, z.B. die EMDRMethode in Behandlungen einsetzen (Bergmann 2011a).</p> <p>Es gibt jedoch aus den Studien Hinweise, dass EMDR auch der traumafokussierten Verhaltenstherapie (TF-VT) in einigen Punkten überlegen zu sein scheint.</p> <p>Unter den gut untersuchten Methoden hat EMDR die gleiche Wirksamkeit bezüglich der PTBS wie eine traumaspezifische Verhaltenstherapie TF-VT (Bisson 2007, van Etten 1998). EMDR benötigt jedoch eine signifikant geringere Zahl von Behandlungssitzungen dafür (van Etten 1998). Bei EMDR sind ebenfalls keine Hausaufgaben nötig und in einer Untersuchung fand sich, dass die Zahl der patienteninduzierten Arztbesuche in der Nachuntersuchung signifikant niedriger ist als bei TF-VT (Power 2002, Karatzias et al. 2006).</p> <p>In einer Studie der Bundeswehr wurden Patienten, die im Rahmen eines stationären Behandlungssettings mit EMDR behandelt wurden, katamnestisch nach 28 Monaten postalisch nachbefragt. Dabei zeigte sich in der Impact-of-Event-Scale eine signifikante Überlegenheit der mit EMDR behandelten Gruppe gegenüber einer stationären Kontrollgruppe mit supportiven Gesprächen (Zimmermann et al. 2005, 2007).</p>
<p>Diana Klinik Bad Bevensen Dr. Michael Hase</p>	<p>EMDR ist nicht-traumaadaptierten Psychotherapiemethoden bei der Behandlung einer PTBS deutlich überlegen (Bisson et al. 2007; Marcus, 1997; NICE, 2005).</p> <p>Dieser in den internationalen Leitlinien anerkannte Befund ist aber bei weitem noch nicht in der Versorgung in Deutschland umgesetzt. Ein Beispiel dafür sind die ca. 50 % Menschen die über sexuelle Übergriffe berichten und die nach einer in der Regel nicht traumaadaptierten Psychotherapie große Unzufriedenheit und nur geringe symptomatische Verbesserung berichten (Bergmann 2011a).</p> <p>Eine Folge war die Empfehlung des „runden Tisches“, dass eine Integration und Übernahme von Kosten für traumatherapeutische Verfahren erfolgen sollte und ein Ausbau der (traumaspezifischen) Aus- und Weiterbildung für Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten und Ärzteschaft empfohlen wurde (Bergmann 2011b).</p> <p>Ein Teil der deutschen Psychotherapeuten hat dies schon von sich aus getan: von der Stichprobe von Psychotherapeuten, die von der Arbeitsgruppe des runden Tisches befragt wurden, berichten schon viele, das sie traumaadaptierte Methoden, z.B. die EMDRMethode in Behandlungen einsetzen (Bergmann 2011a).</p> <p>Es gibt jedoch aus den Studien Hinweise, dass EMDR auch der traumafokussierten Verhaltenstherapie (TF-VT) in einigen Punkten überlegen zu sein scheint.</p> <p>Unter den gut untersuchten Methoden hat EMDR die gleiche Wirksamkeit bezüglich der PTBS wie eine traumaspezifische Verhaltenstherapie TF-VT (Bisson 2007, van Etten 1998). EMDR benötigt jedoch eine signifikant geringere Zahl von Behandlungssitzungen dafür (van Etten 1998). Bei EMDR sind ebenfalls keine Hausaufgaben nötig und in einer Untersuchung fand sich, dass die Zahl der patienteninduzierten Arztbesuche in der Nachuntersuchung signifikant niedriger ist als bei TF-VT (Power 2002, Karatzias et al.</p>

	<p>2006).</p> <p>In einer Studie der Bundeswehr wurden Patienten, die im Rahmen eines stationären Behandlungssettings mit EMDR behandelt wurden, katamnestisch nach 28 Monaten postalisch nachbefragt. Dabei zeigte sich in der Impact-of-Event-Scale eine signifikante Überlegenheit der mit EMDR behandelten Gruppe gegenüber einer stationären Kontrollgruppe mit supportiven Gesprächen (Zimmermann et al. 2005, 2007). Der hier nachgewiesene Effekt der EMDR-Methode ist bei dieser hochbelasteten Patientengruppe umso bedeutsamer, da kaum medikamentöse Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen (Krystal et al. 2011).</p>
DFT e. V.	
Barbara Kalinowski	Siehe EMDRIA e.V.
Stephan Stolz	Ist eine Psychotherapie bei einer diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung indiziert, ist EMDR methodischen Ansätzen aus der Richtlinienpsychotherapie eindeutig in ihrer nachhaltigen Wirksamkeit nicht nur unter ökonomischen Gesichtspunkten, sondern vor allem auch hinsichtlich eines raschen Behandlungserfolges und möglichen Heilung der PatientInnen überlegen.
<p>Gemeinsame Stellungnahme von AVM DÄVT DVT DGVT Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs</p>	Bisson und Andrew (2007) finden nur systematische Vergleiche mit kognitiver Verhaltenstherapie, die auswertbar sind. Hier zeigt sich keine Überlegenheit.
Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie	
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung	
PD Dr. Ursula Gast	EMDR ist eine psychotherapeutische Methode mit eigenem Krankheits- und Veränderungsmodell, dem AIP-Modell nach F. Shapiro (Shapiro & Maxfield 2002). EMDR ist nachgewiesenermaßen in der Behandlung der PTBS wirksam und anderer Psychotherapie überlegen.
Uniklinik Ulm Prof. Dr. Harald Gündel	Siehe EMDRIA e. V.

4. Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?	
Prashant Gogia	
Birgit Rominger	
Michael Maas	
EMDRIA Deutschland e.V.	<p>Bei einer Studie mit Lokführern, die nach einem Suizid vor der Bahn eine PTBS erlitten hatten, zeigte sich EMDR als effektiv und die Ergebnisse waren 35 Monate nach der Behandlung stabil (Högberg 2008). Viele der anderen kontrollierten Studien zu EMDR weisen Katamnesen mit 3, 9 und 15 Monaten auf. Die Behandlungsergebnisse hier sind stabil.</p> <p>Die einzigen Katamnesen, in denen die Behandlungsergebnisse mit EMDR nicht stabil waren, sind komplex traumatisierte Patienten (Kriegsveteranen), die mit einer zu geringen Zahl von Behandlungsstunden behandelt worden waren (Pitman 1996, Macklin 2005). Wurde die Zahl der Behandlungsstunden deutlich erhöht, waren die Behandlungsergebnisse bei dieser Behandlungsgruppe auch in der Katamnese stabil (Carlson 1998). Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Behandlungsergebnisse mit EMDR stabil sind. Die Ergebnisse entsprechen damit den Katamneserisultaten anderer effektiver Psychotherapie.</p>
Bundespsychotherapeutenkammer	<p>Die Mehrzahl der vorliegenden Studien zur EMDR mit einer katamnestischen Nachuntersuchung bezieht sich auf einen Katamnesezeitraum von circa drei Monaten. Für diesen Zeitraum ist die Stabilität der erreichten Therapieerfolge gut belegt (z. B. Vaughan et al., 1994, Ironson et al., 2002, Lee et al., 2002). Eine Studie von Power et al. (2002) beinhaltet auch eine Katamneseuntersuchung nach 15 Monaten. Nach Angaben der Autoren belegen die Daten, dass die Behandlungserfolge auch zur Katamnese erhalten blieben, allerdings ist die Ergebnisdarstellung in der Publikation so unvollständig, dass dies nur eingeschränkt nachvollzogen werden kann. Eine Studie von Edmond & Rubin (2004) gibt darüber hinaus Hinweise auf die anhaltende Wirksamkeit der EMDR-Behandlung bei Patienten mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit.</p> <p>Schließlich erbrachte eine Studie von Hogberg et al. (2008) Hinweise auf die Stabilität der Therapieerfolge einer EMDR-Behandlung für einen Zeitraum von knapp drei Jahren nach Therapieende.</p>
Bundeswehrkrankenhaus Berlin Dr. P. Zimmermann	Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.
Diana Klinik Bad Bevensen Dr. Michael Hase	Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.
DFT e. V.	
Barbara Kalinowski	Siehe EMDRIA e.V.
Stephan Stolz	Die Behandlungsergebnisse sind nach meiner Erfahrung und auch in längeren Katamnesen stabil.

<p>Gemeinsame Stellungnahme von AVM DÄVT DVT DGVT Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs</p>	<p>Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (2005) geht davon aus, dass eine Stabilität der Ergebnisse über einen Katamnesezeitraum von 6 Monaten als belegt gelten kann. In jüngster Zeit sind weitere Studien erschienen, die das zu bestätigen scheinen (z.B. Hogberg et al., 2008).</p>
<p>Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie</p>	
<p>Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung</p>	
<p>PD Dr. Ursula Gast</p>	
<p>Uniklinik Ulm Prof. Dr. Harald Gündel</p>	<p>Siehe EMDRIA e. V.</p>

5. Welche störungsspezifische Diagnostik sollte vor Anwendung von EMDR durchgeführt werden?	
Prashant Gogia	
Birgit Rominger	
Michael Maas	
EMDRIA Deutschland e.V.	<p>Als Procedere bei der Diagnostik empfiehlt es sich, die folgende Sequenz einzuhalten (siehe Hofmann, Liebermann & Flatten 2001).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erhebung der Traumavorgeschichte sowie der Spontansymptomatik in der Anamnese; • Klinische Diagnose der PTBS und Prüfung der verursachenden traumatischen Erlebnisse. (Diagnosekriterien nach ICD-10); • Durchführung eines Fragebogentests (z.B. IES-R) zur Erfassung der Symptomintensität (Maercker 1998); <p>Bei Verdacht auf eine komplexe Traumafolgestörung bzw. eine dissoziative Störung (durch z.B. Gewalt oder Missbrauch in der Kindheit) sollte Diagnostik bezüglich einer dissoziativen Störung durchgeführt werden (nach ICD-10) und mit Hilfe üblicher Screeninguntersuchungen. Als klinisch gut einsetzbares Screening-Instrument gilt im deutschsprachigen Raum der Fragebogen für Dissoziative Störungen (FDS; Freyberger, Spitzer, Striglitz, Kuhn, Magdeburg & Bernstein-Carlson 1999). Er stellt eine Übersetzung und Erweiterung der DES (Dissociative Experience Scale) von Bernstein & Putnam (1986) dar und ist inzwischen gut validiert.</p> <p>Eine weitere Diagnostik ist möglich, ist aber im klinischen Kontext meist aufwendig und erhöht die Kosten ohne dringende Notwendigkeit (Gast et al. 2004).</p>
Bundespsychotherapeutenkammer	<p>Vor Anwendung der EMDR sollte neben der spezifischen Diagnostik der PTBS mit den geeigneten diagnostischen Instrumenten (siehe hierzu Antwort zu Frage 11) auch eine differenzialdiagnostische Abklärung möglicher komorbider psychischer Störungen erfolgen, die ggf. eine vorherige Behandlung erforderlich machen könnten oder als eine relative Kontraindikation für eine EMDR-Behandlung einzuschätzen wären, z. B. stark ausgeprägte dissoziative Störungen, schwere depressive Störungen, ggf. mit akuter Suizidalität, psychotische Erkrankungen, substanzbezogene Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, etc..</p>
Bundeswehrkrankenhaus Berlin Dr. P. Zimmermann	Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.
Diana Klinik Bad Bevensen Dr. Michael Hase	Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.
DFT e. V.	
Barbara Kalinowski	<p>Ich möchte hier anmerken, dass traumaspezifische Tests in Ergänzung zu den üblichen klinischen Testverfahren wie SCL-90, FPI, SKID und PSSI u.ä. bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung sinnvoll und notwendig sind.</p> <p>Bewährt haben sich z.B. IES-R bei Akuttrauma, FDS zur Abklärung</p>

	<p>dissoziativer Symptome und Fragebögen zur Erfassung dysfunktionaler, traumatischer, kognitiver Verzerrungen (z.B. Clark & Ehlers).</p> <p>Mit Hilfe der Testergebnisse lässt sich u.a. der richtige Zeitpunkt für die EMDR-Intervention in einer laufenden Therapie einschätzen. Eine bessere Wirksamkeit des Verfahrens ist dadurch gegeben.</p> <p>Bei einer komplexen PTBS suchen die Patienten oft zunächst mit einer anderen klinischen Störung (z.B. Depression, psychosomatische Beschwerden, Bluthochdruck) einen Behandler auf. Diese sollten natürlich auch mit störungsspezifischen Tests wie BDI, SOMS etc. erfasst werden. Erst im Laufe einer Psychotherapie zeigt sich der meist in der Vergangenheit liegende posttraumatische Hintergrund für aktuelle Beschwerden (z.B. langanhaltender Mißbrauch im Kindesalter).</p> <p>Wichtig ist von daher die Anwendung des EMDR nach einer kompetenten anamnestischen und diagnostischen Vorbereitung, wie es, im Rahmen der EMDR-ausbildung mit hohem Standard (wie bei EMDRIA), geschulte Therapeuten leisten können.</p>
Stephan Stolz	
<p>Gemeinsame Stellungnahme von AVM DÄVT DVT DGVT Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs</p>	<p>Eine Indikation der EMDR besteht für die Behandlung von Personen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen, die nach den entsprechenden Kriterien gesichert sein muss. Geklärt werden müssen Komorbiditäten oder Kontraindikationen wie das Vorliegen einer floriden Psychose, akute Suchtproblematik oder schwere körperliche Erkrankung.</p>
Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie	
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung	
PD Dr. Ursula Gast	
Uniklinik Ulm Prof. Dr. Harald Gündel	Siehe EMDRIA e. V.

6. Welche Kriterien müssen für die Stellung der Indikation zur Durchführung von EMDR erfüllt sein?	
Prashant Gogia	
Birgit Rominger	Ich wende EMDR in meiner Beratungsarbeit an, bei traumatischen Erlebnissen - z. B. Krebserkrankung, Mißbrauch, Prüfungsscheitern, Unfällen, lebensbedrohlichen Situationen (z.B. vom Blitz getroffen, Brand etc.) und Ängsten an.
Michael Maas	
EMDRIA Deutschland e.V.	<p>Der Indikationsbereich von EMDR umfasst die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)(ICD-10: F 43.1) sowie Teilsyndrome der PTBS.</p> <p>EMDR kann nur im Rahmen eines Behandlungsplanes zur Anwendung kommen. Der Gesamtbehandlungsplan orientiert sich an dem für die EMDR—Methode spezifischen Modell der adaptiven Informationsverarbeitung, das sich von anderen Modellen der Informationsverarbeitung unterscheidet. (Shapiro 2001; Schubert & Lee, 2009; Shapiro 2002) Dieser Behandlungsplan kann bei einfacher PTBS nach der derzeitigen Studienlage ausschließlich mit der EMDR-Methode entwickelt werden (Shapiro 2001, Hofmann 1999). Bei PTBS mit mehreren Komorbiditäten sollte die Behandlung mit EMDR in den Behandlungsplan eines der Richtlinienverfahren eingebettet sein (tiefenpsychologische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, psychoanalytische Psychotherapie).</p> <p>Insofern muss bei der Indikationsstellung sowohl der PTBS als auch den anderen psychischen Störungen Rechnung getragen werden.</p> <p>Die Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Störungen liegen zwischen 62 % (Davidson, Hughes, Blazer & George 1991) und 92 % (Shore, Vollmer & Tatum 1989; Yehuda & McFarlane 1995). Die häufigsten komorbiden Störungen sind Angststörungen, depressive Störungen, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Suchterkrankungen und die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Zanarini & Frankenburg, 1997).</p> <p>Entsprechend ist beim Vorliegen von PTBS und komorbider Symptomatik sowohl eine Indikation für den Einsatz eines Richtlinienverfahrens zur Behandlung der komorbiden Symptomatik als auch eine Indikation für EMDR zur Behandlung der PTBS zu stellen.</p> <p>Vor Beginn einer Behandlung mit EMDR müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein (Shapiro 1995; Hofmann 1999, 2004):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein tragfähiges Arbeitsbündnis muss vorhanden sein; • Es muss eine ausreichende Motivation des Patienten zu einer aufdeckenden Psychotherapie vorhanden sein; • Schwere körperliche Krankheiten müssen behandelt sein; • Es muss Sicherheit im sozialen Bereich gewährleistet sein. Insbesondere darf kein anhaltender Täterkontakt bestehen; • Die relevante Komorbidität muss ausreichend behandelt sein. Eine

	<p>behandlungsbedürftige Depression oder Angststörung muss behandelt worden sein;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine ausreichende Fähigkeit zur Affektregulierung muss vorhanden sein.
Bundespsychotherapeutenkammer	<p>Wesentliches Kriterium für die Indikationsstellung zur Durchführung der EMDR-Behandlung ist zunächst die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung.</p> <p>Darüber hinaus kann eine Indikation zur EMDR-Behandlung auch bestehen bei subsyndromalen oder partiellen Posttraumatischen Belastungsstörungen, bei denen die Kriterien einer PTBS nach ICD-10 nicht vollständig erfüllt, die Krankheitswertigkeit der psychischen Belastung in den Symptombereichen Intrusionen, Vermeidungsverhalten/ psychische Betäubung und Hyperarousal jedoch gegeben ist. Prozessbezogen müssen für die Indikationsstellung zur EMDR-Behandlung weitere Kriterien erfüllt sein. So muss eine Einbettung der EMDR-Behandlung in einen Gesamtbehandlungsplan gegeben sein, in dem auch bedeutsame psychische und somatische Komorbidität ausreichend mitberücksichtigt wird. Im Falle der Substanzabhängigkeit sollte – mit Ausnahme der Patienten in Substitutionsbehandlung - der Zustand der Abstinenz erreicht worden sein. Darüber hinaus muss eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut worden sein und bei dem Patient sollte eine ausreichende Fähigkeit zur Affektregulation bestehen. Darüber hinaus gilt, wie bei anderen psychotraumatologischen Interventionen, dass eine hinreichende Sicherheit des Patienten in seinen sozialen Bezügen gewährleistet sein muss, insbesondere darf im Falle interpersoneller Traumatisierung kein anhaltender Kontakt zum Täter mit fortgesetzter Traumatisierung des Patienten bestehen.</p>
Bundeswehrkrankenhaus Berlin Dr. P. Zimmermann	Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.
Diana Klinik Bad Bevensen Dr. Michael Hase	Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.
DFT e. V.	
Barbara Kalinowski	Siehe EMDRIA e.V.
Stephan Stolz	
Gemeinsame Stellungnahme von AVM DÄVT DVT DGVT Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs	Eine Anwendung von EMDR setzt eine hinreichende psychische Stabilität und stabile therapeutische Beziehung voraus. Die Stabilität der sozialen Integration und auch die Möglichkeit des Fortbestehens der traumatischen Belastung müssen geklärt werden.

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Deutschesprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie	
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung	
PD Dr. Ursula Gast	
Uniklinik Ulm Prof. Dr. Harald Gündel	Siehe EMDRIA e. V.

7. Gibt es Kontraindikationen? Wenn ja, welche?	
Prashant Gogia	
Birgit Rominger	Kontraindikation ist, wenn die lebensbedrohliche Belastung/Trauma weiterhin besteht.
Michael Maas	
EMDRIA Deutschland e.V.	<p>Als Kontraindikation müssen nach derzeitigem Stand des Wissens akute Psychosen gelten (siehe Shapiro, 1995; Hofmann, 1999, 2004).</p> <p>Als relative Kontraindikation für die Anwendung des EMDR-Standardprotokolls gelten</p> <ul style="list-style-type: none"> • komorbide schwere dissoziative Symptome, • komorbide schwere Persönlichkeitsstörungen, • organische bedingte Anfallsleiden und • somatische Erkrankungen (z.B. schwere Herzrhythmusstörungen). <p>Unter relativer Kontraindikation soll verstanden werden, dass bei Vorliegen dieser komorbiden Störungen der Einsatz der EMDR-Methode die entsprechende Erfahrung des Therapeuten im Umgang mit diesen Störungsbildern und mit der EMDR-Methode voraussetzt und dass der Therapeut auf diese Störungsbilder abgestimmte EMDR-Techniken beherrscht (Paulsen 1995; Twombly 2000; Lazrove & Fine 1996; Fine & Berkowitz 2001; Korn & Leeds 2002; Hofmann 2010; Wöller 2003).</p>
Bundespsycho- therapeutenkammer	<p>Als Kontraindikationen der EMDR-Behandlung gelten insbesondere akute Psychosen (Hofmann, 1999). Darüber hinaus werden von den Vertretern der EMDR-Behandlung relative Kontraindikationen benannt, bei denen besondere Bedingungen erfüllt sein müssen, damit die Anwendung der EMDR-Behandlung erfolgreich sein kann (EMDRIA, 2005). Hierbei sind analog der Darstellung zu Frage 6 zu nennen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die unzureichende soziale Sicherheit aufgrund eines fortbestehenden Täterkontaktes, einhergehend mit einer anhaltenden Traumatisierung, - akute schwere somatische und psychische Erkrankungen, die zunächst einer suffizienten Behandlung bedürfen, - aktiver Substanzgebrauch (Ausnahme: Patienten in Substitutionsbehandlung) und - unzureichende somatische, psychische und soziale Stabilität.
Bundeswehrkranken- haus Berlin Dr. P. Zimmermann	Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.
Diana Klinik Bad Bevensen Dr. Michael Hase	Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.
DFT e. V.	
Barbara Kalinowski	Siehe EMDRIA e.V.
Stephan Stolz	
Gemeinsame Stellungnahme von AVM	vgl. Punkt 2

DÄVT DVT DGVT Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs	
Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie	
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung	
PD Dr. Ursula Gast	
Uniklinik Ulm Prof. Dr. Harald Gündel	Siehe EMDRIA e. V.

<p>8. In welchem therapeutischen Rahmen sollte EMDR erbracht werden? Als eigenständige Methode? Als Methode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes einer Verhaltenstherapie oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie? Mit der Bitte um konkrete Begründung der Zuordnung.</p>	
Prashant Gogia	EMDR ist eine interdisziplinäre Methode, die aus dem Fundus der Verhaltenstherapie und tiefenpsychologische Therapie schöpft. EMDR kann sowohl in einen tiefenpsychologischen als auch einen verhaltenstherapeutischen Behandlungsplan integriert werden.
Birgit Rominger	EMDR ist für mich sowohl eine eigenständige Methode, die bei einem klar abgegrenzten Trauma eigenständig angewandt werden kann, als auch im Rahmen einer tiefenpsychologisch, systemisch und verhaltenstherapeutischen Therapie angewandt werden kann. Auch im Rahmen einer Suchttherapie kann sie aus meiner praktischen Erfahrung angewandt werden.
Michael Maas	EMDR ist eine interdisziplinäre Methode, die aus dem Fundus der Verhaltenstherapie und tiefenpsychologische Therapie schöpft. EMDR kann sowohl in einen tiefenpsychologischen als auch einen verhaltenstherapeutischen Behandlungsplan integriert werden.
EMDRIA Deutschland e.V.	<p>EMDR sollte nach einer Zulassung durch den GBA eine antragsgebundene Leistung im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien sein. Dies entspricht dem wissenschaftlichen Wert und den Ergebnissen zum zusätzlichen Nutzen der EMDR-Methode (z.B. der Kostenersparnis durch weniger Behandlungsstunden bei der Behandlung einer PTBS im Vergleich zu einer ebenfalls wirksamen traumafokussierten Verhaltenstherapie – Power et al. 2002; van Etten & Taylor 1998). Studien lieferten ausreichend Nachweise einer mindestens vergleichbaren oder überlegenen Wirkung im Vergleich mit etablierten Methoden der Psychotherapie und auch Pharmakotherapie (Marcus et al. 1997; Rothbaum 1997; Ironson et al., 2002; Lee et al., 2002, Power et al., 2002; Rothbaum et al., 2005; Högberg et al. 2007) die auch durch Metaanalysen gestützt werden (Bisson, 2007; Bisson et al. 2007; van Etten & Taylor, 1998; Sack et al., 2001; Maxfield & Hyer, 2002).</p> <p>In der Logik der Differenzierung zwischen Verfahren, Methode und Technik ist EMDR seit 2006 vom WBP als wissenschaftliche Methode zur Behandlung der PTBS anerkannt (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2006). Daraus leitet sich auch ab, dass bei Vorliegen einer PTBS für die Dauer einer entsprechenden Behandlungs-Indikation die Behandlung mit der EMDR-Methode erfolgen kann. Bei einer einfachen PTBS ist dafür – bei der derzeitigen Studienlage auch keine Einbettung in ein Richtlinienverfahren erforderlich. In keiner der vorliegenden kontrollierten Studien zur EMDR Methode (die meist eine einfache PTBS behandelten) war eine Einbettung der EMDR Methode in ein weiteres Behandlungsverfahren erforderlich gewesen. Auch wenn die kurzen Behandlungszeiten der Studien sicher nicht als Behandlungsrahmen für normale klinische Behandlungen gelten dürfen, wäre doch die prinzipielle Hinzufügung von Behandlungsstunden im Sinne des Behandlungsplanes eines zusätzlichen Verfahrens unökonomisch.</p> <p>Da 80 % der Patienten mit einer PTBS auch an einer weiteren</p>

	<p>psychischen</p> <p>Störung leiden (Breslau 1991; Heltzer 1987), kann eine EMDR Behandlung auch in die umfassendere Behandlung eines Richtlinienverfahrens eingebettet werden, das schwerpunktmäßig die Behandlung der Komorbidität fokussiert.</p> <p>Eine Ausbildung in der EMDR-Methode ist nach den internationalen Richtlinien der Fachgesellschaften für EMDR in Deutschland nur für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten möglich. Diese haben bereits eine Psychotherapieausbildung in einem vom GBA anerkannten Psychotherapieverfahren. EMDR wird daher von Psychotherapeuten mit einer Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, von Therapeuten mit einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung wie auch einer psychoanalytischen Ausbildung eingesetzt.</p> <p>Diese Integrierbarkeit in die Verfahren der Richtlinienpsychotherapie findet ihren Niederschlag auch in den Lehrbüchern der Richtlinienverfahren. So hat das Lehrbuch „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden“ von Wöller und Kruse (2001, 2005, 2010) schon seit vielen Jahren ein Kapitel über die Arbeit mit der EMDR-Methode. Das „Verhaltenstherapiemanual“ von Linden und Hautzinger (2000, 2008) hat auch seit über 10 Jahren ein eigenes Kapitel zur EMDR-Methode (S.155ff).</p> <p>Daraus lässt sich schließen, dass die EMDR Methode im Kontext der deutschen Richtlinienpsychotherapie in verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologisch fundierte (psychodynamische), wie auch psychoanalytische Behandlungen integrierbar ist.</p> <p>Für den Einsatz von EMDR als eine antragsgebundene Methode ist es allerdings notwendig, dass Gutachter entsprechend in der Methode ausgebildet sind, die sie beurteilen sollen. So kann z.B. die Suche nach einem bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung häufig nicht behandlungsrelevanten „unbewussten Konflikt“, wie er früher von Gutachtern gefordert wurde, den sinnvollerweise raschen Beginn einer PTBS Behandlung unnötig verzögern.</p> <p>Patienten mit einer komplexen Gewaltvorgeschichte, meist in der Kindheit beginnend, leiden oft nicht nur unter einer PTBS, sondern an mehreren komorbiden Störungen, wie z.B. einer chronischen Depression, einer Persönlichkeitsstörung oder einer schweren dissoziativen Störung (Briere und Runtz 1988; Herman et al. 1998; Zannarini et al. 2002; Boon und Draijer 1993) . Eine dafür charakteristische Gruppe sind z.B. die Patienten, die über körperliche Gewalt oder sexualisierte Gewalt in der Kindheit berichten. Auch bei dieser Patientengruppe ist eine Behandlung mit der EMDR-Methode Erfolg versprechend (van der Kolk, 2007). Ein wichtiges Problem ist jedoch, dass diese Patienten, auch wenn die PTBS-Symptomatik sich in ausgewählten Patientenpopulationen gut bessert und EMDR gute Erfolge zeigt, in der klinischen Realität doch deutlich längere Behandlungen als im Studiensetting, aber auch als in den meisten Richtlinienverfahren vorgesehen, benötigen. So zeigt die Untersuchung der mehr als tausend Kontakte über die Anlaufstelle der unabhängigen Bundesbeauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Missbrauchs, Frau Dr. Bergmann, dass eine große Zahl behandelter Patienten mit komplexer Traumafolgestörung, wie auch die Mehrzahl der befragten Psychotherapeuten, über zu geringe Stundenkontingente für diese</p>
--	--

	<p>Patientengruppe berichteten.(Bergmann 2011a).</p> <p>Entsprechend gehörte zu dem Empfehlungen der unabhängigen Beauftragten des Bundesregierung auch eine Erweiterung der Stundenkontingente in den Behandlungen für die Betroffenen (Bergmann 2011b).</p> <p>Aus Sicht der Fachgesellschaft der EMDR Therapeutinnen und Therapeuten, EMDRIA Deutschland e.V., ist dieser Mangel der unzureichenden Stundenkontingente für Patienten mit einer komplexen Ausprägung einer PTBS zu bestätigen. Für diese umschriebenen Patientengruppen ist es daher sinnvoll, die verfahrensüblichen</p> <p>Stundenkontingente auf Antrag um eine zusätzliche Dauer von 25-50 EMDR-Sitzungen zu erweitern. Diese Regelung sollte aus Kosten-Nutzen Abwägungen auf die Gruppe der Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung mit komorbider komplexer Traumafolgestörung, auf schwere dissoziative Störungen und auf Patienten mit schwerer sexualisierter Gewalt in der Kindheit, die unter einer anderweitigen Traumafolgestörung leiden, eingeschränkt werden.</p>
<p>Bundespsychotherapeutenkammer</p>	<p>Die EMDR-Behandlung sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes einer Verhaltenstherapie oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie erfolgen. Die Notwendigkeit der Einbettung der EMDR-Behandlung in eines der beiden genannten Richtlinienverfahren ergibt sich zum einen bereits aus der hohen psychischen Komorbidität bei Patienten mit einer PTBS. Nach den Ergebnissen der National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R) betrug die psychische Komorbiditätsrate bei Personen mit der 12-Monats-Diagnose einer PTBS 75 Prozent (Kessler et al., 2005). Für die deutsche Bevölkerung fehlen zurzeit noch entsprechend repräsentative Daten zur psychischen Komorbidität bei PTBS.</p> <p>Eine epidemiologische Studie bei 14- bis 24-Jährigen bestätigt allerdings die hohe Komorbiditätsrate der US-amerikanischen Studie (Perkonig et al., 2000). Die hohe Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer komorbiden psychischen Erkrankung, v. a. einer Depression, Suchterkrankung oder Essstörung muss im Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt werden. Aber auch hinsichtlich der Vorbedingungen für eine EMDR-Behandlung, wie dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung, der Entwicklung eines umfassenden Störungsmodells der psychischen Erkrankungen vor dem Hintergrund der Biographie des Patienten und der erforderlichen Stabilisierung des Patienten ist der Einsatz von diagnostischen Methoden und therapeutischen Interventionen des jeweiligen Richtlinienverfahrens erforderlich. Insofern bedarf die Anwendung der EMDR-Behandlung regelhaft der Einbettung in eine Verhaltenstherapie oder eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.</p> <p>Hierfür sprechen auch die Designs der Studien zur Wirksamkeit der EMDR-Behandlung, bei denen sich der EMDR-spezifische Anteil der Intervention vielfach auf wenige Therapiesitzungen beschränkt (z. B. Ironson et al., 2002, Vaughan et al., 1994) und die EMDR-Behandlung als therapeutischer Baustein im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans zur Traumabearbeitung und -integration eingesetzt wird. (Frommberger & Sack, 2008, S. 360).</p> <p>Dabei ist die EMDR-Behandlung gut integrierbar sowohl in eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als in eine verhaltenstherapeutische Behandlung. So steht das Behandlungsmodell</p>

	<p>der EMDR weitgehend im Einklang mit den psychodynamisch-psychotraumatologischen Erklärungs- und Behandlungsansätzen. Beispielhaft kann an dieser Stelle auf das psychodynamische Informationsverarbeitungsmodell von Horowitz (1976, 1979) verwiesen werden, demzufolge die traumatische Information so lange in der aktiven Erinnerung verbleibt und Verarbeitungsversuchen unterzogen wird, bis der Betroffene das Resultat mit seinem inneren Weltbild vereinbaren kann (Shapiro, 1998, S. 48). Ziel dieses psychodynamischen Therapieansatzes ist es, die aus dem traumatischen Ereignis resultierenden intrapsychischen Konflikte zu lösen, wobei dem Psychotherapeuten hinsichtlich der Aktivierung des Verarbeitungsprozesses eine aktive Rolle zukommt (Brom et al., 1989). Weitere traumaadaptierte psychodynamische Ansätze, die die psychodynamische Beziehungsorientierung mit der Anwendung imaginativer Verfahren kombinieren, wie zum Beispiel die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT, Reddemann, 2004) oder die Traumazentrierte Psychotherapie (Sachsse, 2004) beinhalten ebenfalls einen entsprechenden Rahmen, der es erlaubt, die EMDR-Behandlung in der traumabearbeitenden Phase zu integrieren.</p> <p>Die Kompatibilität der EMDR-Behandlung mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatz ist ebenfalls gegeben. So wird ein zentraler Teil der Effektivität der EMDR-Behandlung auf die Expositions-komponente des Behandlungsansatzes analog den Expositionsbehandlungen in der Verhaltenstherapie zurückgeführt, bei der die wiederholte Konfrontation mit der Erinnerung an das traumatische Ereignis zur Habituation führt. Weiteres gemeinsames Merkmal sind die kognitiven Umstrukturierungen, die ergänzend zur Konfrontation in sensu durchgeführt werden und bei denen in der EMDR-Behandlung u. a. negative durch positive Gedanken ausgetauscht werden (Frommberger & Sack, 2008, S. 360).</p>
<p>Bundeswehrkrankenhaus Berlin Dr. P. Zimmermann</p>	<p>Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.</p>
<p>Diana Klinik Bad Bevensen Dr. Michael Hase</p>	<p>Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.</p>
<p>DFT e. V.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.) EMDR sollte nach seiner Zulassung durch den GBA eine antragsgebundene Leistung im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien werden. Dies entspricht der klinischen und wissenschaftlichen Bedeutung der Methode und dem zusätzlichen Nutzen (z.B. der Kostenersparnis durch weniger Behandlungsstunden bei PTBS) der EMDR-Methode. Studien lieferten ausreichend Nachweise einer mindestens vergleichbaren oder überlegenen Wirkung im Vergleich mit etablierten Methoden der traumaadaptierten Psychotherapie und auch Pharmakotherapie (Marcus et al. 1997; Rothbaum 1997; Ironson et al., 2002; Lee et al., 2002, Power et al., 2002; Högberg et al. 2007) die auch durch Metaanalysen gestützt werden (Bisson et al. 2007; van Etten & Taylor, 1998; Maxfield & Hyer, 2002). 2.) Keine der oben genannten kontrollierten Studien hat eine „Einbettung“ von EMDR in einen Gesamtbehandlungsplan der tiefenpsychologischen Psychotherapie untersucht (oder ein anderes Richtlinien-Verfahren). Es ist daher sinnvoll, beim Vorliegen einer einfachen PTBS die Möglichkeit vorzusehen, die EMDR-Methode –

	<p>ohne Einbettung in ein Verfahren – durchzuführen. Ca. die Hälfte der qualifizierten EMDR-Therapeuten verfügen über eine tiefenpsychologisch fundierte Grundausbildung haben. Aufgrund ihrer Erfahrungen ist bei einer PTBS mit Komorbiditäten eine Einbettung von EMDR in eine Tiefenpsychologisch fundierte Behandlung indiziert und möglich. In der Ausbildungsliteratur für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie finden sich schon seit vielen Jahren entsprechende Hinweise für die Behandlung von Opfern psychischer Traumatisierungen (Wöller und Kruse 2001, 2005, 2010; Reddemann et al. 2004).</p> <p>3.) Für den Einsatz von EMDR als antragsgebundener Methode ist es allerdings notwendig, dass auch die Gutachter über eine nachgewiesene Qualifikation in der EMDR-Methode verfügen. Nur so ist eine sachgerechte Beurteilung des EMDR-Behandlungsplans und der Prognose möglich. Das kann durchaus auch bedeuten, auf die Suche nach einem bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung häufig nicht behandlungsrelevanten „unbewußten Konflikt“ zu verzichten, wie er früher von tiefenpsychologischen oder psychoanalytischen Gutachtern gefordert wurde, den sinnvollerweise raschen Beginn einer PTBS Behandlung unnötig verzögern.</p> <p>4.) Patienten mit einer komplexen Gewaltvorgeschichte, meist in der Kindheit beginnend, leiden oft nicht nur unter einer PTBS, sondern an vielfachen komorbiden Störungen. Nicht selten liegen Persönlichkeitsstörung, sogenannte komplexe PTBS oder eine schwere dissoziative Störung vor (Briere und Runtz 1988; Herman et al. 1998; Zanarini et al. 2002; Reddemann et al. 2004). Auch bei dieser Patientengruppe ist eine Behandlung mit der EMDR-Methode Erfolg versprechend (van der Kolk, 2007). Ein wichtiges Problem ist jedoch, dass diese Patienten, auch wenn die PTBS-Symptomatik sich in ausgewählten Patientenpopulationen gut bessert und EMDR gute Erfolge zeigt, in der klinischen Realität doch deutlich längere Behandlungen als im Studiensetting, aber auch als in den meisten Richtlinientherapien vorgesehen, benötigen. So zeigt die Untersuchung der mehr als tausend Kontakte über die Anlaufstelle der Unabhängigen Bundesbeauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Missbrauchs (Frau Dr. Bergmann), dass eine große Zahl behandelter Patienten mit komplexer Traumafolgestörung, wie auch die Mehrzahl der befragten Psychotherapeuten, über zu geringe Stundenkontingente für diese Patientengruppe berichteten (Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2011 a + b).</p> <p>Wir regen daher an, beim Einsatz von EMDR durch qualifizierte Therapeuten die verfahrensspezifischen Stundenkontingente auf Antrag um eine zusätzliche Dauer von 25-50 EMDR-Sitzungen zu erweitern. Diese Regelung kann aus Kosten-Nutzen Abwägungen auf die Gruppe der Patienten mit einer Borderline-Symptomatik mit komorbider komplexer Traumafolgestörung, auf schwere dissoziative Störungen und auf Patienten mit schwerer sexualisierter Gewalt in der Kindheit, die unter einer anderweitigen Traumafolgestörung leiden, eingeschränkt werden.</p>
Barbara Kalinowski	EMDR ist von Francine Shapiro in Amerika im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt worden. Es bewirkt eine Aktivierung neuronaler Netzwerke mit Verbesserung der assoziativen, affektiven und kognitiven Verknüpfungen und wirkt dadurch psychodynamisch.

Meiner Einschätzung nach sollte EMDR als Methode zusätzlich zur Richtlinien-therapie (VT, PT, PA) mit einem erhöhten Stundenkontingent eingesetzt werden.

Ein erhöhtes Stundenkontingent ist vor allem für die Verhaltenstherapeuten und tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden Therapeuten wichtig.

EMDR sollte nach seiner Zulassung durch den GBA eine antragsgebundene Leistung im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien sein. Dies entspricht dem wissenschaftlichen Wert und den Ergebnissen zum zusätzlichen Nutzen (z.B. der Kostenersparnis durch weniger Behandlungsstunden bei PTBS) der EMDR-Methode. Studien lieferten ausreichend Nachweise einer mindestens vergleichbaren oder überlegenen Wirkung im Vergleich mit etablierten Methoden der Psychotherapie und auch Pharmakotherapie (Marcus et al. 1997; Rothbaum 1997; Ironson et al., 2002; Lee et al., 2002, Power et al., 2002; Rothbaum et al., 2005; Högberg et al. 2007) die auch durch Metaanalysen gestützt werden (Bisson, 2007; Bisson et al. 2007; van Etten & Taylor, 1998; Sack et al., 2001; Maxfield & Hyer, 2002).

In der Logik der Differenzierung zwischen Verfahren, Methode und Technik ist EMDR seit 2006 vom WBP als Methode zur Behandlung der PTBS anerkannt. Daraus leitet sich auch ab, dass bei Vorliegen einer PTBS für die Dauer einer entsprechenden Behandlungsindikation die Behandlung mit der EMDR-Methode erfolgen kann. Bei einer einfachen PTBS ist dafür bei der derzeitigen Studienlage auch keine Einbettung in ein Richtlinienverfahren erforderlich.

Da 80 % der Patienten mit einer PTBS auch an einer weiteren psychischen Störung leiden (Breslau 1991; Heltzer 1987), kann eine EMDR Behandlung in die umfassendere Behandlung eines Richtlinienverfahrens eingebettet werden, das schwerpunktmäßig die Behandlung der Komorbidität fokussiert.

Eine Ausbildung in der EMDR-Methode ist nach den internationalen Richtlinien der Fachgesellschaften für EMDR in Deutschland nur für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten möglich. Diese haben bereits eine Psychotherapieausbildung in einem vom GBA anerkannten Psychotherapieverfahren. EMDR wird daher von Psychotherapeuten mit einer Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, von Therapeuten mit einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung wie auch einer psychoanalytischen Ausbildung eingesetzt.

Diese Integrierbarkeit in die Verfahren der Richtlinienpsychotherapie findet ihren Niederschlag auch in den Lehrbüchern der Richtlinienverfahren. So hat das Lehrbuch „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden“ von Wöller und Kruse (2001, 2005, 2010) schon seit vielen Jahren ein Kapitel über die Arbeit mit der EMDR-Methode. Das „Verhaltenstherapiemanual“ von Linden und Hautzinger (2000, 2008) hat auch seit über 10 Jahren ein eigenes Kapitel zur EMDR-Methode (S.155ff).

Daraus lässt sich schließen, dass die EMDR Methode im Kontext der deutschen Richtlinien-therapie in verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologisch fundierte (psychodynamische), wie auch psychoanalytische Behandlungen integrierbar ist.

Für den Einsatz von EMDR als eine antragsgebundene Methode ist es allerdings notwendig, dass auch Gutachter entsprechend in der Methode

	<p>ausgebildet sind, die sie beurteilen sollen. So kann z.B. die Suche nach einem bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung häufig nicht behandlungsrelevanten „unbewußten Konflikt“, wie er früher von Gutachtern gefordert wurde, den sinnvollerweise raschen Beginn einer PTBS Behandlung unnötig verzögern.</p> <p>Patienten mit einer komplexen Gewaltvorgeschichte, meist in der Kindheit beginnend, leiden oft nicht nur unter einer PTBS, sondern an mehreren komorbiden Störungen, wie z.B. einer chronischen Depression, einer Persönlichkeitsstörung oder einer schweren dissoziativen Störung (Briere und Runtz 1988; Herman et al. 1998; Zanarini et al. 2002; Boon und Draijer 1993) . Eine dafür charakteristische Gruppe sind z.B. die Patienten, die über körperliche Gewalt oder sexualisierte Gewalt in der Kindheit berichten. Auch bei dieser Patientengruppe ist eine Behandlung mit der EMDR-Methode Erfolg versprechend (van der Kolk, 2007). Ein wichtiges Problem ist jedoch, dass diese Patienten, auch wenn die PTBS-Symptomatik sich in ausgewählten Patientenpopulationen gut bessert und EMDR gute Erfolge zeigt, in der klinischen Realität doch deutlich längere Behandlungen als im Studiensetting, aber auch als in den meisten Richtlinientherapien vorgesehen, benötigen. So zeigt die Untersuchung der mehr als tausend Kontakte über die Anlaufstelle der unabhängigen Bundesbeauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Missbrauchs, Frau Dr. Bergmann, dass eine große Zahl behandelter Patienten mit komplexer Traumafolgestörung, wie auch die Mehrzahl der befragten Psychotherapeuten, über zu geringe Stundenkontingente für diese Patientengruppe berichteten.(Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2011).</p> <p>Aus Sicht der Fachgesellschaft der EMDR Therapeutinnen und Therapeuten, EMDRIA Deutschland e.V., ist dieser Mangel der unzureichenden Stundenkontingente für Patienten mit einer komplexen Ausprägung einer PTBS zu bestätigen.</p> <p>Für diese umschriebenen Patientengruppen ist es daher sinnvoll, die verfahrensüblichen Stundenkontingente auf Antrag um eine zusätzliche Dauer von 25-50 EMDR-Sitzungen zu erweitern.</p>
Stephan Stolz	<p>EMDR ist mehr als eine reine Technik, sondern eine höchst effektive Psychotherapiemethode zur Behandlung bei PTBS.</p> <p>Darüber hinaus besteht bei komplexen psychischen Störungen wie beispielsweise der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F60.3), die in der Regel aus einer komplexen Traumatisierung in der Kindheit und Jugend resultiert und mit erheblichen komorbiden psychischen Störungen einhergeht die Möglichkeit,EMDR als Psychotherapiemethode in die Behandlungsplanung des Richtlinienverfahrens zu integrieren. Hierzu verweise ich auf folgende</p> <p>Literaturquellen: van der Kolk et al. 2007; Kelly und Benbadis 2007; Tumani 2010.</p> <p>EMDR verfügt über eine eigenständige Krankheitstheorie (Shapiro 2002) und bietet Behandlungspläne für die Behandlung der PTBS (Shapiro In der Logik der Differenzierung zwischen Verfahren, Methode und Technik ist EMDR seit 2006 vom WBP als wissenschaftliche Methode zur Behandlung der PTBS anerkannt (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2006). Daraus leitet sich auch ab, dass</p>

	<p>bei Vorliegen einer PTBS für die Dauer einer entsprechenden Behandlungs-Indikation die Behandlung mit der EMDR-Methode erfolgen kann. Bei einer einfachen PTBS ist dafür – bei der derzeitigen Studienlage auch keine Einbettung in ein Richtlinienverfahren erforderlich. In keiner der vorliegenden kontrollierten Studien zur EMDR-Methode (die meist eine einfache PTBS behandelten) war eine Einbettung der EMDR-Methode in ein weiteres Behandlungsverfahren erforderlich gewesen. Auch wenn die kurzen Behandlungszeiten der o.a. Studien sicher nicht als Behandlungsrahmen für normale klinische Behandlungen gelten dürfen, wäre doch die prinzipielle Hinzufügung von Behandlungsstunden im Sinne des Behandlungsplanes eines zusätzlichen Verfahrens unökonomisch. Bei einer sozialrechtlichen Umsetzung ist die Schaffung von EBM-Abrechnungsziffern notwendig.</p> <p>Bei komplexen Traumafolgestörungen mit Komorbidität kann EMDR in die Behandlung im Richtlinienverfahren eingebettet werden (Wöller, 2003; Wöller & Kruse 2010; Linden & Hautzinger 2008).</p>
<p>Gemeinsame Stellungnahme von AVM DÄVT DVT DGVT Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs</p>	<p>Theoretische Erklärung, Funktionsweise und Indikationsbereich machen deutlich, dass EMDR nur von approbierten Psychotherapeuten mit ausreichenden Kenntnissen im Bereich der Traumatherapie angewendet werden sollte. Theoretisch lassen die angenommenen Funktionsweisen sowie die Therapietechnik eine besondere Nähe zur kognitiven Verhaltenstherapie erkennen. Die professionelle Rezeption der Methode zeigt sich in Deutschland jedoch auch in psychodynamisch ausgerichteten Aus- und Fortbildungen. Das Erlernen von EMDR als Psychotherapiemethode kann und soll daher nur im Kontext der Aus-/Weiterbildung in Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapie oder im Rahmen einer (curricularen) Fortbildung nach der Approbation bzw. der abgeschlossenen Psychotherapieweiterbildung (für Ärzte) erfolgen.</p>
<p>Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie</p>	
<p>Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung</p>	<p>Da eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) häufig nicht isoliert auftritt sondern mit weiteren psychischen Störungen wie Depression, Essstörung, Abhängigkeitserkrankung etc. verbunden ist, muss vor Beginn einer EMDR-Behandlung ein Gesamtbehandlungsplan mit umfassender Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung erstellt werden. Dazu sind Elemente der Verfahren Psychodynamische Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie heranzuziehen, um ein umfassendes individuelles Störungsmodell vor dem Hintergrund der Biographie des Patienten zu entwickeln.</p> <p>Bei vorliegender Komorbidität sollte die EMDR-Behandlung eingebettet im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes einer Verhaltenstherapie oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie erfolgen. Die Einbettung in analytische Psychotherapie wird von Vertretern des Verfahrens unterschiedlich beurteilt und sollte deshalb noch einmal geprüft werden. Ebenfalls ist zu prüfen, ob es bei ausgeschlossener Komorbidität und gegebener Behandlungsindikation einer einfachen PTBS als sinnvoll erscheint, EMDR unabhängig von einem verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Behandlungsplan durchzuführen.</p> <p>Der namensgebende ‚Augenbewegungs‘-Anteil an der EMDR-</p>

	<p>Behandlung ist nur ein Teil des therapeutischen Vorgehens. EMDR als verfahrensunabhängige Methode umfasst traumabezogene ätiologische Modelle, spezifisches diagnostisches Vorgehen (‘Trauma-Landkarte‘ etc.), Stabilisierungstechniken (z.B. Ressourcenaufbau mittels Absorptionstechnik, ‘Butterfly-hug‘ etc.) sowie unterschiedliche Behandlungstechniken für verschiedene patientenbezogene Behandlungssituationen (Standardprotokoll, Akutprotokoll, Dialog-Protokoll, Vier-Felder-Technik etc.). Danach führt die traumatische Erfahrung zu gestörter Informationsverarbeitung und kognitiver wie emotionaler Überlastung. Im achtphasigen Vorgehen nach dem Standardprotokoll erfolgt die Konzentration des Patienten auf Teile seiner trauma-tisierenden Erinnerung bei gleichzeitiger bilateraler Stimulation (visuell, auditiv od. taktil). Dies fördert den Verarbeitungsprozess durch Verbindung von Elementen der traumatisierenden Erinnerungen mit Elementen aus dem biographischen Gedächtnis, oft verbunden mit affektiver Abreaktion. Die emotionale Entlastung und das Verblässen der traumatischen Erinnerung können als Wiederherstellung der Informationsverarbeitungsmöglichkeiten, als Lösung eines inneren Konflikts, als Dekonditionierung durch (wiederholte) imaginäre Exposition, oder als kognitive Umstrukturierung verstanden werden.</p> <p>Daher ist EMDR gut integrierbar in eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder in eine verhaltenstherapeutische Behandlung.</p> <p>Verschiedene traumaorientierte psychodynamische Behandlungsmodelle sehen explizit eine gute Vereinbarkeit von psychodynamischem Vorgehen und EMDR, z.B. Reddemann (Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT, 2004), Fischer (Lehrbuch der Psychotraumatologie, 2009). Anerkannte psychodynamische Lehrbücher beinhalten EMDR, z.B. Wöller und Kruse (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, 2001). Diesen Ansätzen ist gemeinsam, dass der Therapeut auf dem Boden einer psychodynamischen Beziehungsorientierung eine aktive Rolle einnimmt, um die Verarbeitung der durch das Trauma ausgelösten innerpsychischen Konflikte zu ermöglichen. Sowohl die theoretischen Annahmen als auch das aktive Vorgehen des Therapeuten im EMDR lassen sich so gut integrieren.</p> <p>Die Vereinbarkeit von EMDR mit verhaltenstherapeutischer Behandlung ist ebenfalls zu bejahen. Ein Teil der Effektivität der EMDR-Behandlung wird auf die imaginative Exposition zurückgeführt, die große Ähnlichkeit zur Expositionsbehandlung in der Verhaltenstherapie aufweist. Die für das EMDR wesentliche Arbeit an den positiven und negativen Kognitionen kann als analog zur kognitiven Umstrukturierung in der Verhaltenstherapie angesehen werden. Auch Linden und Hautzinger (Verhaltenstherapiemanual, 2008) sehen die Vereinbarkeit als gegeben an.</p>
<p>PD Dr. Ursula Gast</p>	<p>EMDR sollte als antragsgebundene Leistung in den Psychotherapie-Richtlinien verankert sein. Bei einfacher PTBS ist in der Regel die Anwendung der EMDR-Methode ausreichend und keine weitere Einbettung in ein Richtlinienverfahren erforderlich und ökonomisch auch nicht sinnvoll. Sofern die Psychotherapie schwerpunktmäßig auf eine Komorbidität (Depression, Angsterkrankung etc.) zielt, kann EMDR auch in eine umfassendere Behandlung eines der drei Richtlinienverfahren eingebettet sein.</p>

<p>Uniklinik Ulm Prof. Dr. Harald Gündel</p>	<p>Siehe EMDRIA e. V.</p> <p>Insbesondere die Bereitstellung von erweiterten Stundenkontingenten bei Psychotherapie-Patienten mit schweren Kindheitstraumata im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie erscheinen mir aus eigener klinischer Erfahrung sehr wichtig:</p> <p>Als Wissenschaftler konnten wir auch selbst erste Hinweise finden, dass das zusätzliche Vorliegen von Kindheitstraumatisierungen bei Patienten mit chronischen somatoformen Schmerzen zusätzliche neuronale, d.h. im ZNS nachweisbare Spuren hinterläßt (Noll-Hussong et al., 2010).</p> <p>Mit EMDR steht heute eine spezifische traumatherapeutische Technik zur Verfügung, die – in Kombination mit Verfahren der Richtlinienpsychotherapie - eine Behandlung auch solcher schwerer Traumafolgestörungen ermöglicht. Erste Erfahrungsberichte legen die</p> <p>Wirksamkeit von EMDR auch bei der Behandlung von chronischen Schmerzen nahe. Es besteht die Vermutung, dass EMDR über die Integration nicht ausreichend verarbeiteter traumatischer und nichttraumatischer Gedächtnisinhalte eine Schmerzreduktion erzielen</p> <p>kann. Hier werden für die Zukunft weitere wissenschaftliche Studien benötigt. Über ein in diesem Rahmen erzielbares verbessertes Verständnis des Schmerzgedächtnisses und dessen Beeinflußbarkeit erhoffen wir uns klinische Fortschritte in der Behandlung</p> <p>chronischer Schmerzzustände.</p>
--	---

<p>9. Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit der EMDR im Versorgungskontext unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, des Verlaufes und der Behandelbarkeit der Erkrankung? Bitte machen Sie insb. Angaben</p> <p>a) zur Relevanz der medizinischen Problematik</p> <p>b) zum Spontanverlauf der Erkankung und</p> <p>c) zu diagnostischen und therapeutischen Alternativen (VerfO 2. Kapitel, § 10 Abs. 2 Nr. 2 a) bis c))</p>	
Prashant Gogia	<p>a.) Lebenszeitprävalenz für PTSD i. d. Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 1 % bis 7 %. Doch neben den vorhandenen Statistiken wäre es sehr interessant zu erfahren wie relevant Sie die Problematik von PTSD in ihrem beruflichen Alltag erleben.</p> <p>c.) PTBS galt lange als schwer behandelbar und die Behandlungsmethoden als langwierig, anstrengend und begrenzt wirksam (Solomon, Gerrity, & Muff, 1992). 1995 wurde EMDR von unabhängigen Gutachtern der APA1 in die Liste empirisch validierter Verfahren als „wahrscheinlich wirksam“ für PTBS im zivilen Bereich aufgenommen (Chambless et al., 1998). Mittlerweile kann EMDR auf Grund von 14 randomisierten Untersuchungen mit Kontrollgruppendesign als Behandlungsstandard für PTBS gelten. 1995 wurde EMDR von unabhängigen Gutachtern der APA2 in die Liste empirisch validierter Verfahren als „wahrscheinlich wirksam“ für PTBS im zivilen Bereich aufgenommen (Chambless et al., 1998).</p>
Birgit Rominger	
Michael Maas	<p>a.) Lebenszeitprävalenz für PTSD i. d. Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 1 % bis 7 %. Doch neben den vorhandenen Statistiken wäre es sehr interessant zu erfahren wie relevant Sie die Problematik von PTSD in ihrem beruflichen Alltag erleben. Ich arbeite regelmäßig mit EMDR im Rahmen von PTBS bei Patienten, die über die Berufsgenossenschaft vermittelt wurden.</p> <p>c.) PTBS galt lange als schwer behandelbar und die Behandlungsmethoden als langwierig, anstrengend und begrenzt wirksam (Solomon, Gerrity, & Muff, 1992). 1995 wurde EMDR von unabhängigen Gutachtern der APA1 in die Liste empirisch validierter Verfahren als „wahrscheinlich wirksam“ für PTBS im zivilen Bereich aufgenommen (Chambless et al., 1998). Mittlerweile kann EMDR auf Grund von 14 randomisierten Untersuchungen mit Kontrollgruppendesign als Behandlungsstandard für PTBS gelten. 1995 wurde EMDR von unabhängigen Gutachtern der APA2 in die Liste empirisch validierter Verfahren als „wahrscheinlich wirksam“ für PTBS im zivilen Bereich aufgenommen (Chambless et al., 1998).</p>
EMDRIA Deutschland e.V.	<p>PTBS ist eine nicht selten auftretende Störung, die im Spontanverlauf häufig viele Jahre dauert. Die Einschränkungen, die mit einer PTBS verbunden sind, sind vergleichbar oder größer als die Einschränkungen durch andere psychische Störungen, die schwere Einschränkungen verursachen.</p> <p>Die Einschränkungen durch eine PTBS sind speziell Probleme bei Ausbildungen, im Beruf, in Partnerschaften wie auch im täglichen Funktionsniveau. Suizidversuche, ein Indikator von schweren Belastungen, sind besonders hoch bei Menschen mit einer PTBS.</p>

	<p>Menschen mit einer PTBS entwickeln häufig weitere psychische Störungen wie Angststörungen, Depressionen oder Suchterkrankungen. (Kessler 2000).</p> <p>Am schwersten sind die Menschen betroffen, die längere Zeit in der Kindheit in einer traumatisierenden Umgebung leben und z.B. mit elterlicher Gewalt, Alkoholismus des Vaters und Depressionen der Mutter aufwachsen. Von diesen Kindern entwickeln etwa 30 % später eine PTBS (Mulvihill 2003).</p> <p>Forscher konnten eine deutliche Beziehung zwischen Kindheitstraumatisierungen und schweren körperlichen Erkrankungen wie koronarer Herzkrankheit, Krebserkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen und Lebererkrankungen nachweisen (Perry & Azad 1999).</p>
<p>Bundespsychotherapeutenkammer</p>	<p>a.) Für Deutschland gibt es bislang keine umfassende Datenlage zur Prävalenz der PTSD im Erwachsenenalter. Studien aus den USA berichten eine Lebenszeitprävalenz von 7,8 Prozent (Kessler et al., 2005). Eine deutsche epidemiologische Studie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen fand eine Prävalenzrate von 0,8 Prozent bei Männern und 2,2 Prozent bei Frauen (Perkonigg et al., 2000). Die Posttraumatische Belastungsstörung tritt dabei gehäuft komorbid zu anderen psychischen Störungen auf, die sowohl als primäre Erkrankung bereits vor der PTBS entstanden sind als auch sekundär infolge der PTBS auftreten. Das Ausmaß der Symptombelastung und der Beeinträchtigung wird dabei bei über einem Drittel der Patienten mit der Diagnose einer PTBS als besonders schwerwiegend eingestuft (Kessler et al., 2005).</p> <p>b.) Die Längsschnitterhebung dieser Studie konnte dabei für einen Dreijahreszeitraum eine erhebliche Chronizität der Erkrankung nachweisen. Knapp die Hälfte der Patienten mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllte auch drei Jahre nach der ersten Erhebung unverändert die vollständigen diagnostischen Kriterien der PTBS (Perkonigg et al., 2005). Chronische Verläufe der PTBS sind dabei mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung weiterer sekundärer psychischer Erkrankungen assoziiert.</p> <p>c.) Als therapeutische Alternativen stehen die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie als Bestandteil des Richtlinienverfahrens Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologische Psychotherapie mit ihren genuinen psychotraumatologischen Behandlungsansätzen und die analytische Psychotherapie zur Verfügung. Zu letzteren beiden Psychotherapieverfahren existieren bislang nur wenige kontrollierte Studien zur Wirksamkeit der Behandlungsansätze. Darüber hinaus stehen als Behandlungsalternative in der Versorgung psychopharmakologische Therapien zur Verfügung. Am besten untersucht ist hierbei die Substanzklasse der SSRI (Stein et al., 2006). Allerdings sind die Effektstärken in den Studien klein und die Evidenz für die Wirksamkeit der Pharmakotherapie wird als unzureichend eingeschätzt, so dass diese nicht als Therapie der ersten Wahl empfohlen werden kann (Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, 2008).</p>
<p>Bundeswehrkrankenhaus Berlin Dr. P. Zimmermann</p>	<p>Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.</p>

Diana Klinik Bad Bevensen Dr. Michael Hase	Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.
DFT e. V.	
Barbara Kalinowski	<p>Nach meiner klinischen Erfahrung stellt EMDR ein sehr effizientes therapeutisches Instrument dar.</p> <p>Aus meiner Arbeit mit akuttraumatisierten Patienten ist es nicht mehr wegzudenken.</p> <p>Gerade bei der Behandlung von Personen, die aufgrund ihrer Funktion im öffentlichen Raum angegriffen werden, z.B. Mitarbeiter der Verkehrsbetriebe, der Arbeitsämter, der Feuerwehr, der Polizei und der Bundeswehr, werden dringend qualifizierte Therapeuten benötigt und die Nachfrage übersteigt bei weitem das Angebot.</p> <p>Chronifizierung der Störungen bei Nicht- oder Falschbehandlung erzeugen unnötige Kosten im Gesundheitswesen und Invalidisierung der Betroffenen.</p> <p>Bei Personen mit komplexer Traumatisierung ist eine Bearbeitung des Traumas oft erst nach einer Behandlung der im Vordergrund stehenden aktuellen Beschwerden und klinischen Symptomatik, sowie nach einer Stabilisierungsphase möglich. Hier ist die qualifizierte Ausbildung der Therapeuten im EMDR-Verfahren wichtig, um EMDR angemessen und effizient in den Behandlungsverlauf einzubetten.</p>
Stephan Stolz	
Gemeinsame Stellungnahme von AVM DÄVT DVT DGVT Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs	<p>Posttraumatische Belastungsstörungen sind psychische Störungen, die die Lebensqualität der Betroffenen erheblich einschränken, wie sich bereits aus den diagnostischen Kriterien ergibt. Art und Dauer des zugrunde liegenden traumatischen Ereignisses haben Einfluss auf Ausmaß der Störung. Sie haben – richtig diagnostiziert – eine hohe zeitliche Stabilität und verlaufen meistens chronisch, ziehen unbehandelt nicht selten Folgestörungen nach sich, wie Angst- oder depressive Störungen. PTBS können sich durch Therapien deutlich bessern, auch Spontanremissionen treten auf. Eine frühzeitige psychotherapeutische Intervention kann der Entwicklung einer PTBS entgegenwirken.</p> <p>Sowohl in der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) als auch innerhalb der psychodynamischen Therapieansätze wurden spezielle Techniken zu Behandlung von PTBS entwickelt, die bis heute erfolgreich eingesetzt werden (z.B. spezielle Konfrontationstherapien bei der KVT oder psychodynamisch-imaginative Traumatherapie – beide Konzepte versuchen integrativ Anleihen bei unterschiedlichen psychotherapeutischen Vorgehensweisen). Das EMDR, das sich als relativ kurzes Behandlungsverfahren darstellt, kann von dafür qualifizierten Psychotherapeuten angewandt, eine sinnvolle Alternative für andere psychotherapeutische Ansätze sein, auf die der Patient oder die Patientin nicht angesprochen hat.</p> <p>Alternativen sind Psychopharmaka (mit verhältnismäßig geringer Effektivität, so die vorliegenden Studien) oder die genannten KVT-Ansätze oder solche im Rahmen der psychodynamischen Therapien.</p>
Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie	Die Bevölkerungsprävalenz von PTBS in Deutschland beträgt je nach Quelle ca. 2-5 %. Der Spontanverlauf der PTBS ab dem Zeitraum von 4 Wochen nach einer Traumatisierung ist von einer hohen

	<p>Chronifizierungsrate und geringer Spontanremission gekennzeichnet. EMDR ist damit eine spezifische Methode zur Behandlung von Traumafolgestörungen mit hoher Versorgungsrelevanz. Behandlungsalternativen bestehen im Einsatz von anderen evidenzbasierten konfrontativen Behandlungstechniken beispielsweise der klassischen Expositionsbehandlung oder der kognitivbehavioralen Traumatherapie. Nach der aktuellen Studienlage ist EMDR als gleich effektiv wie die verhaltenstherapeutische konfrontative Behandlung einzuschätzen (Bisson J, 2007).</p>
<p>Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung</p>	
<p>PD Dr. Ursula Gast</p>	
<p>Uniklinik Ulm Prof. Dr. Harald Gündel</p>	<p>Siehe EMDRIA e. V.</p>

<p>10. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der EMDR im Vergleich zu den anderen in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Methoden und Verfahren. Bitte machen Sie insb. Angaben zur</p> <p>a) Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten</p> <p>b) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten</p> <p>c) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekostenabschätzung, und</p> <p>d) Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden.</p> <p>(VerfO 2. Kapitel, § 10 Abs. 2 Nr. 3 a) bis d))</p>	
Prashant Gogia	<p>b.) EMDR ist zur Behandlung von PTSD effektiver als eine medikamentöse Behandlung (van der Kolk et al., 2007). In Hinsicht auf die Nebenwirkungen von Medikamenten, stellt EMDR auch eine schonende Behandlung des Patienten da.</p> <p>c.) Die zerstörerischen lebenslangen Folgen von belastenden Ereignissen in der Kindheit werden gerade in medizinischen Praxen unterschätzt. Dabei sind chronische Erkrankungen wie diabetis mellitus, koronare Herzerkrankungen und Übergewicht häufig tertiäre Konsequenzen dieser traumatischen Ereignisse. Durch die Erfassung dieser könnten einige nicht adäquate medizinische Therapien und aufwendige Diagnose Verfahren eingespart werden (Felitti, 2002).</p> <p>d.) Die Wirkung von EMDR ist ähnlich hoch wie die der kognitiven Verhaltenstherapie und überlegen gegenüber anderen Verfahren in der Behandlung von Erwachsenen mit diagnostizierter PTSD. Dazu ist die durchschnittliche Behandlungsdauer gegenüber der kognitiven Verhaltenstherapie deutlich geringer: 5 Sitzungen gegenüber 8 Sitzungen bei einer kognitiv behaviouralen Therapie (Etten & Taylor, 1998; Wagner, 2004).</p>
Birgit Rominger	<p>Der enorme Vorteil von EMDR ist, daß einzelne stark belastende Erlebnisse aus der Vergangenheit fokussiert und mit wenigen Stunden bearbeitet werden können. Gerade in einer Beratungsstelle, die einem Klienten wenig Stunden anbieten kann, ist diese Methode geeignet, traumatische Erlebnisse, die ins heute hineinreichen und im Zusammenhang mit heutigen Schwierigkeiten stehen, schnell zu bearbeiten. Bei komplexen Störungen können traumatische Erlebnisse bearbeitet werden, die allein durch Gespräche nicht zu bearbeiten sind. EMDR hilft, die Arbeitsfähigkeit schneller wieder herzustellen. In meiner Arbeit in der Beratungsstelle begegnen mir häufig Menschen, die bereits eine Psychotherapie gemacht haben aber traumatische Erlebnisse nicht verarbeitet haben. Hier können wenige Stunden und eine EMDR-Bearbeitung eine Psychotherapie vervollständigen.</p>
Michael Maas	<p>b.) EMDR ist zur Behandlung von PTSD effektiver als eine medikamentöse Behandlung (van der Kolk et al., 2007). In Hinsicht auf die Nebenwirkungen von Medikamenten, stellt EMDR auch eine schonende Behandlung des Patienten da.</p> <p>c.) Die zerstörerischen lebenslangen Folgen von belastenden Ereignissen in der Kindheit werden gerade in medizinischen Praxen unterschätzt. Dabei sind chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankungen und Übergewicht häufig tertiäre Konsequenzen dieser traumatischen Ereignisse. Durch die Erfassung dieser könnten einige nicht adäquate medizinische Therapien und aufwendige Diagnose Verfahren eingespart werden</p>

	<p>(Felitti, 2002).</p> <p>d.) Die Wirkung von EMDR ist ähnlich hoch wie die der kognitiven Verhaltenstherapie und überlegen gegenüber anderen Verfahren in der Behandlung von Erwachsenen mit diagnostizierter PTSD. Dazu ist die durchschnittliche Behandlungsdauer gegenüber der kognitiven Verhaltenstherapie deutlich geringer: 5 Sitzungen gegenüber 8 Sitzungen bei einer kognitiv behavioralen Therapie (Etten & Taylor, 1998; Wagner, 2004).</p>
<p>EMDRIA Deutschland e.V.</p>	<p>a-c.) In der Analyse zu den Kosten der PTBS stellte Kessler, der wesentliche Daten aus seiner repräsentativen nationalen Komorbiditätsstudie bezieht, folgendes fest (2000): Die gesellschaftlichen Kosten der PTBS umfassen eine deutlich erhöhte Rate von Ausbildungsabbruchern (40 % erhöhte Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu Befragten ohne PTBS), frühen ungewollten Schwangerschaften (30 % erhöht) und Partnerkonflikten (60 % erhöht). In der Studie war auch das Risiko der Arbeitslosigkeit bei Befragten mit einer PTBS gegenüber denen ohne eine PTBS deutlich erhöht (150 %). Alles dies sind Hauptfaktoren die in westlichen Gesellschaften wesentlich zu Abhängigkeiten von sozialen Hilfesystemen beitragen. Addiert man die Zeiten des Arbeitsausfalls verursacht durch PTBS in den USA, kommt man bei Betroffenen auf durchschnittlich 3,6 Arbeitstage pro Monat. Hochgerechnet ergibt dies in den USA einen Produktivitätsverlust von jährlich 3 Milliarden US Dollar, wenn man die PTBS-Prävalenzen von Breslau (1998) zu Grunde legt.</p> <p>Millen und Mitarbeiter (2003) schätzten die jährlichen medizinischen und psychischen Folgekosten von Kriminalität in den USA 1996 auf 166,5 Milliarden US-Dollar. Für die BRD liegen keine konkreten Zahlen vor. Kamolz et al. (2003) rechnen jedoch auch mit Kosten in vergleichbarer Höhe.</p> <p>Stationäre Aufenthalte, Behandlungs- und Medikamentenkosten sind in diesen Untersuchungen nicht eingerechnet. Nur eine Minderheit der Menschen mit einer PTBS wird überhaupt unter dieser Diagnose behandelt. Psychotherapie ist bei einer PTBS in den meisten Fällen die Methode der Wahl. Dabei ist eine traumaadaptierte Behandlung deutlich wirksamer als nicht-traumaadaptierte Psychotherapie (Bisson 2007).</p> <p>Die von Wagner erstellte Metaanalyse (2004) zeigt, dass eine Behandlung mit EMDR von durchschnittlich 5 Sitzungen zu einer signifikanten und klinisch bedeutsamen Reduktion der posttraumatischen Symptomatik führen kann. Darüber hinaus vermag eine Behandlung mit EMDR komorbide Symptome wie Angst und Depression zu verringern.</p> <p>Eines der sparsamsten Gesundheitssysteme in Europa (GB) empfiehlt daher bei einer PTBS mindestens einen Therapieversuch mit einer traumaspezifischen Psychotherapie wie EMDR durchzuführen (NICE 2005).</p> <p>d) Van Etten und Taylor (1998) in ihrer Metaanalyse zu dem Schluss, dass sowohl EMDR als auch kognitive Verhaltenstherapie bei der Behandlung von erwachsenen Patienten mit einer diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung anderen Therapien, wie Hypnotherapie, Entspannungstraining und dynamischer Psychotherapie, überlegen sind. So wiesen beide Therapieformen</p>

im metaanalytischen Vergleich ähnlich hohe Effektstärken auf, sowohl direkt nach der Therapie als auch zu einem späteren Katamnesezeitpunkt. Trotz der ähnlich guten Wirksamkeit bemerkten die Autoren allerdings, dass EMDR effizienter war, da die durchschnittliche Behandlungsdauer bei EMDR geringer war als bei den kognitiv-behavioralen Therapien. So wiesen die EMDR Therapien im Durchschnitt 4,6 Behandlungssitzungen auf, verhaltenstherapeutische Therapien 14,8 Sitzungen. Ein ähnlicher Befund fand sich in der Studienübersicht von Sheperd (2000). In der später durchgeführten Studie von Power (2002), in der die bislang größte Patientenzahl mit PTBS untersucht wurde, bestätigte sich dieser signifikante Unterschied.

Eine ähnliche Beobachtung findet sich in der metaanalytischen Untersuchung von Wagner (2004). Hier zeigte sich eine ähnlich hohe Wirksamkeit von EMDR und kognitivbehavioraler Therapie, sowohl im Vergleich der Prä-/Post-Effektstärken als auch im direkten Post-/Post-Vergleich. Hinsichtlich der Effizienz zeichneten sich jedoch Unterschiede der beiden Therapieformen ab: So betrug im metaanalytischen Vergleich die durchschnittliche Behandlungsdauer bei EMDR 5 Sitzungen, bei der kognitiv-behavioralen Therapie hingegen 8 Sitzungen.

Marcus, Marquis & Sakai (1997) beschreiben in ihrer Studie, dass das Qualitätsmanagement von Kaiser Permanente (der größten gemeinnützigen Gesundheitsorganisation in den USA) in einer unabhängige Analyse ihrer Daten zu folgendem Schluss kommt: Würden alle Kaiser-Mitglieder in Nordkalifornien, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, mit EMDR anstelle einer der üblichen Psychotherapien behandelt, würde dies eine jährliche Einsparung von 2.8 Millionen US Dollar bedeuten.

Bezüglich komplex traumatisierter stationär behandelte PTBS-Patienten ist die Situation weniger gut untersucht. Einzig die Studie von Leichsenring, Vogel und Sachsse (2004) untersuchte die Therapie-Resultate einer traumazentrierten stationären Psychotherapie auf einer Schwerpunkt-Station für PTBS-Patienten mit schweren komplexen Traumatisierungen (häufig Folgen sexualisierter Gewalt in der Kindheit) im Vergleich zu einer Wartegruppe die keine PTBS spezifische Behandlung bekam. Neben weiteren Verfahren wurde EMDR eingesetzt. Die Häufigkeit selbstverletzenden Verhaltens von über sechs Mal pro Monat und die stationäre Behandlungsbedürftigkeit von jeweils mehr als durchschnittlich 67 Tagen pro Jahr in den beiden Jahren vor der Aufnahme charakterisieren die Gruppe als „previously therapy resistant“. Das Behandlungsprogramm mit durchschnittlich 157 Tagen erbrachte im Vergleich zu einer Warteliste-Kontrollgruppe signifikante Verbesserungen mit mittleren Effektstärken bezüglich der PTBS ($d = 0.52$ bis 0.77). Die 1-Jahres-Katamnese zeigte, dass der positive Therapieeffekt aufrecht erhalten werden konnte. Das selbstverletzende Verhalten sank auf weniger als einmal im Monat, die stationären Behandlungstage auf weniger als 10 im Jahr. Die Autoren betonen weiterhin, dass bei Patienten mit Erinnerungen an Traumatisierungen in Kindheit und Jugend, das Programm positive Resultate ermöglicht, die zuvor nicht bekannt waren.

Bundespsychotherapeutenkammer	Zwar sehen eine Reihe von Studiendesigns zur Untersuchung der Wirksamkeit der EMDR-Behandlung, auch im Vergleich zu den durchschnittlichen Behandlungsdauern der Richtlinienpsychotherapie, relativ wenige Behandlungsstunden vor, sodass die EMDR-Behandlung ohne Berücksichtigung weiterer Kostenaspekte mit relativ geringen direkten Behandlungskosten verbunden ist. Allerdings gilt dies in den komparativen Studien auch für die Vergleichsinterventionen der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie und der Stressmanagementtherapie, deren Umfänge häufig nur darauf ausgerichtet sind, im Rahmen der Studie einen Therapieeffekt nachweisen zu können, ohne zugleich eine auf Nachhaltigkeit ausgerichtete suffiziente Therapie anzubieten. Für eine eigentliche Kosten-Nutzen-Bewertung der EMDR-Behandlung liegen nach unserer Kenntnis bislang keine aussagekräftigen Studien vor.
Bundeswehrkrankenhaus Berlin Dr. P. Zimmermann	Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.
Diana Klinik Bad Bevensen Dr. Michael Hase	Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.
DFT e. V.	
Barbara Kalinowski	Siehe EMDRIA e.V.
Stephan Stolz	
Gemeinsame Stellungnahme von AVM DÄVT DVT DGVT Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs	Zu diesem Punkt liegen unseres Wissens keine ausreichenden Forschungsbefunde vor.
Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie	Ein signifikanter Vorteil bezüglich der Wirksamkeit einer der oben angeführten wirksamen Therapieverfahren zur Behandlung der PTBS besteht nicht. Möglicherweise führt EMDR jedoch bereits mit einer besonders niedrigen Therapiedosis zum Behandlungserfolg (fehlende Notwendigkeit von ‚Hausaufgaben‘ oder von täglicher Selbstexposition). Die vorliegenden Metaanalysen zur Behandlung der PTBS zeigen, dass EMDR auch im Kosten-Nutzen Vergleich als eine Behandlungsoption der 1. Wahl gleichrangig mit den konfrontativen Behandlungsmethoden der Verhaltenstherapie einzustufen ist, ohne dass hier einem Verfahren bezüglich Kosten-Nutzen Aspekten aufgrund empirischer Grundlage ein Vorteil zugesprochen werden könnte.
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung	
PD Dr. Ursula Gast	

Uniklinik Ulm Prof. Dr. Harald Gündel	Siehe EMDRIA e. V.
---	--------------------

<p>11. Stehen psychometrische Messinstrumente zur störungsspezifischen Diagnostik zur Verfügung und wenn ja, welche sind das? Bitte benennen Sie diese und machen Sie Angaben zur Validität, Reliabilität und Objektivität dieser Instrumente.</p>	
Prashant Gogia	
Birgit Rominger	
Michael Maas	
EMDRIA Deutschland e.V.	<p>Revidierte Impact of Event Scale (IES-R) Die interne Konsistenz (Cronbachs α) liegt für die Skala Intrusionen bei $\alpha = .90$, IES, für die Skala $\alpha = .79$, für die Skala Übererregung bei $\alpha = .90$. Die Retest-Reliabilität (3 Monate) betrug für Intrusionen $r_{tt} = .80$, Vermeidung $r_{tt} = .66$ sowie Übererregung $r_{tt} = .79$. Maercker und Schützwohl überprüften die konvergente und divergente Validität des IES-R, wofür als konvergente Maße die klinischen Fremdbeurteilungen mittels Diagnostischem Interview bei Psychischen Störungen (DIPS) und für die divergente Validitätsschätzung die Summenwerte der Selbstbeurteilungsmaße SCL-90, BDI und BAI herangezogen wurden (Maercker & Schützwohl 1998). Die Interkorrelationen zwischen den IES-R- und zugehörigen DIPS-Symptomsummenwerten betrugen $r = .53$ (Vermeidung), $r = .59$ (Intrusionen) und $r = .72$ (Übererregung).</p>
Bundespsychotherapeutenkammer	<p>Es liegen eine Reihe deutschsprachiger Instrumente vor, die sich für die störungsspezifische Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung eignen. Idealerweise sollte die Diagnosestellung auf der Grundlage strukturierter diagnostischer Interviews erfolgen, die über entsprechende Module für die Diagnostik der PTBS oder spezifisch für die PTBS entwickelt wurden. Zu nennen sind hier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> das PTBS-Modul des Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (SKIDPTBS), für welches nach Angaben der S3-Leitlinie „PTBS“ eine hohe Übereinstimmung mit den Diagnosen erfahrener Kliniker (Kappa-Koeffizient von $.93$) berechnet wurde. Bei einer Sensitivität von $81,2$ Prozent besteht zugleich ein gewisses Risiko, dass PTBS-Diagnosen übersehen werden. <input type="checkbox"/> die Clinician Administered PTBS Scale (CAPS), ein strukturiertes Interview zur Messung der Häufigkeit und Intensität der 17 Symptome der PTBS nach DSMIV. Sensitivität und Spezifität der CAPS werden gemäß der testpsychologischen Konventionen als gut eingestuft. <input type="checkbox"/> das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS von Schneider und Margraf, 2006), das ebenfalls an den 17 Symptomen der PTBS nach DSMIV ausgerichtet ist, <input type="checkbox"/> das DIA-X-Interview von Wittchen & Pfister, 1997, das als Weiterentwicklung des CIDI zur klassifikatorischen Diagnostik gilt. Darüber hinaus existieren eine Reihe von gut untersuchten Selbsteinschätzungsskalen, die die Diagnostik der PTBS unterstützen und für eine Wirkungsprüfung im Behandlungsverlauf herangezogen werden können. Hierbei sind insbesondere zu nennen: <input type="checkbox"/> Impact of Event Scale (IES) von Horowitz et al. (1979) und IES-R von Weiss & Marmar (1996) Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) von Foa et al. (1995) <input type="checkbox"/> PTBS Symptom Scale-Self-Report (PSS-SR) von Foa et al. (1993) <input type="checkbox"/> Posttraumatic Stress Scale (PTSS-10) von Holen et al. (1983)
Bundeswehrkrankenhaus Berlin Dr. P. Zimmermann	Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.

Diana Klinik Bad Bevensen Dr. Michael Hase	Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.
DFT e. V.	
Barbara Kalinowski	Siehe EMDRIA e.V.
Stephan Stolz	
Gemeinsame Stellungnahme von AVM DÄVT DVT DGVT Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs	Zahlreiche, recht gut evaluierte Instrumente (Interviewverfahren und Fragebögen), die auch in den entsprechenden Studien eingesetzt werden. Wir verweisen hier auf die entsprechende Literatur sowie auf die systematische Übersicht, die mit der Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vorgelegt wurde.
Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie	
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung	
PD Dr. Ursula Gast	
Uniklinik Ulm Prof. Dr. Harald Gündel	Siehe EMDRIA e. V.

12. Welche Ausbildung/Weiterbildung sollte der Therapeut haben?	
Prashant Gogia	
Birgit Rominger	
Michael Maas	
EMDRIA Deutschland e.V.	<p>EMDR ist eine manualisierte Methode, die eine hohe gezielte Aktivität der Behandler während der Behandlungssitzungen verlangt. Es ist daher nicht verwunderlich, dass sich in zwei Metaanalysen der kontrollierten Studien zur Wirksamkeit der EMDR-Methode ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Effektivität von EMDR und der Behandlungstreue der in der Studie behandelnden Therapeuten zeigte (Sack et al. 2001; Maxfield & Hyer 2002). So war in einer Studie, in der die zwei Behandler lediglich einen Workshop zur EMDR-Methode besucht hatten, die Effektivität von 2 Sitzungen EMDR mit der Warteliste identisch, d.h. EMDR war uneffektiv (Jenssen 1994). Auf der anderen Seite war in einer Studie, in der die drei Behandler eine vollständige EMDR-Ausbildung abgeschlossen hatten, sowie über 3-5 Jahre praktische Erfahrung mit EMDR verfügten, die Effektstärke von EMDR über 2 und signifikant der Behandlung mit einer unspezifischen behavioralen oder psychodynamischen Psychotherapie überlegen (Marcus 1997).</p> <p>Bei der derzeitigen kurzen und fokussierten Ausbildung in der EMDR-Methode muss die Eingangsvoraussetzung auf Seite der Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten eine Berechtigung zur Ausübung von Psychotherapie nach dem Psychotherapeutengesetz sein (Approbation als Psychotherapeut/in oder Arzt/Ärztin mit entsprechendem Facharzt- oder Zusatztitel). Falls EMDR im Kinder- und Jugendbereich zugelassen wird, sollten analoge Regelungen gelten. Ein großes Problem der derzeitigen Psychotherapeutenausbildung ist, das bislang in den Aus- und Weiterbildungscurricula der psychologischen Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärzte- und Fachärzte nur unzureichend traumaadaptierte Psychotherapie vorkommt. Der einzige Facharztabschluss in dessen Curriculum traumaadaptierte Psychotherapie erwähnt ist der Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie bei dem das Gebiet Psychotraumatologie explizit in den Theorieinhalten angesprochen wird (Aekno 2008).</p> <p>Es verwundert daher nicht, dass sich die auch in Deutschland zunehmend in evidenzbasierter Behandlung im Bereich der PTBS tätigen Psychotherapeuten mangels nationaler Standards an europäischen und internationalen Standards orientiert haben. Dies hat u.a. zur Gründung von eigenen psychotraumatologisch orientierten Fachgesellschaften geführt. Die von der Mitgliederzahl her größte ist die Fachgesellschaft der EMDR-Therapeutinnen und Therapeuten. EMDRIA Deutschland e.V., die seit 12 Jahren die Qualitätskontrolle der EMDR-Methode in Ausbildung und Anwendung in Deutschland zum Ziel hat. In Deutschland hat EMDRIA Deutschland e.V., derzeit ca. 1500 Mitglieder. Dort hat man sich, mangels nationaler Regelungen entschieden, die bei Einsatz der EMDRMethode bewährten internationalen Regelungen weitgehend auch in Deutschland umzusetzen.</p> <p>Aus diesen Erfahrungen heraus wird die EMDR-Methode daher heute nach den Internationalen Standards zur Qualitätssicherung, in standardisierten Seminaren mit Theorievermittlung, Selbsterfahrung in Kleingruppen und spezifischen Fallsupervisionen theoretisch wie</p>

	<p>praktisch umfassend gelehrt. Die Ausbildung ist nach den europäischen Standards derEMDR Fachgesellschaften überall in Europa angeglichen. Für EMDR-Ausbilder ist eine Erfüllung der Regeln der nationalen und europäischen EMDR- Fachgesellschaften daher aus Gründen der Qualitätssicherung für die Patienten unbedingt zu fordern. Diese verlangt den Nachweis therapeutischer Erfahrung und eine strukturierte Ausbildung zum EMDR-Ausbilder nach den Regeln der Fachgesellschaft.</p> <p>Bis zu einer bundesweiten Regelung durch die Ärzte- oder Psychotherapeutenkammern sollte die Zulassung zur Abrechnung EMDR spezifischer Leistungen nach den Qualitätskriterien der Fachgesellschaft EMDRIA Deutschland e.V. stattfinden, die über viele Jahre bundesweit etabliert wurden. In Abstimmung mit der europäischen Fachgesellschaft EMDREA wurde ein Zertifizierungsprozess entwickelt, so dass die Kompetenz des Therapeuten / der Therapeutin durch ein Zertifikat bestätigt wird. Die Fachgesellschaft hat seit 1998 ca. 1500 ärztliche und psychologische Psychotherapeuten als „EMDRTherapeuten (EMDRIA)“ nach diesen international anerkannten Standards zertifiziert.</p>
<p>Bundespsychotherapeutenkammer</p>	<p>Der die EMDR-Methode anwendende Psychotherapeut sollte über eine im Rahmen seiner Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. seiner Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erworbene Fachkunde in Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie verfügen. Eine berufsrechtlich geregelte spezifische Aus- oder Weiterbildung in EMDR existiert in Deutschland nicht und wäre vor dem Hintergrund der vielfach bestehenden Integration der EMDR in die oben genannten Aus- und Weiterbildungscurricula auch kaum zu rechtfertigen. Zu berücksichtigen ist hierbei auch, dass die EMDR-Behandlung im Verlauf ihrer Weiterentwicklung um traumaspezifische psychotherapeutische Techniken und Behandlungsstrategien ergänzt wurde, die wesentlich den bestehenden Richtlinienverfahren entlehnt bzw. im Kontext der allgemeinen störungsspezifischen Psychotherapieforschung entwickelt wurden.</p> <p>Daher wäre als Qualifikationsvoraussetzung für die behandelnden Psychotherapeuten eher eine umfassende psychotraumatologische Kompetenz zu fordern, die u. a. auch Kenntnisse der EMDR-Behandlung einschließt. Vor dem Hintergrund der bei allen Psychotherapeuten bereits bestehenden psychotraumatologischen Kenntnisse und Kompetenzen sollte dieser Qualifikationsnachweis, wenn er als Voraussetzung für die Abrechnungsgenehmigung für EMDR im Rahmen einer Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie gefordert werden soll, als curriculare Fortbildung definiert werden.</p>
<p>Bundeswehrkrankenhaus Berlin Dr. P. Zimmermann</p>	<p>Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.</p>
<p>Diana Klinik Bad Bevensen Dr. Michael Hase</p>	<p>Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.</p>
<p>DFT e. V.</p>	<p>EMDR ist trotz der kurzen Ausbildung eine komplexe Psychotherapiemethode, deren klinischer Erfolg auch entscheidend von der Kompetenz (und EMDR-Erfahrung) der Therapeuten abhängt. Dies lässt sich auch aus zwei Metaanalysen der kontrollierten Studien zur</p>

	<p>Wirksamkeit der EMDR-Methode ableiten, in denen ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Effektivität von EMDR und der Behandlungstreue der behandelnden Therapeuten gezeigt werden konnte (Sack et al., 2001; Maxfield & Hyer, 2002).</p> <p>Für Ausbilder in EMDR ist eine Erfüllung der Regeln der nationalen und europäischen EMDR-Fachgesellschaften zu fordern. Bis zu einer bundesweiten Regelung durch die Ärzte- und Psychotherapeutenkammern sollte die Zulassung zur Abrechnung der EMDR spezifischen Leistungen nach den Qualitätskriterien der Fachgesellschaft EMDRIA e.V. stattfinden, die in über 10 Jahren bundesweit etabliert wurden.</p>
<p>Barbara Kalinowski</p>	<p>EMDR ist eine traumaadaptierte Methode, die zum Teil eine hohe gezielte Aktivität der Behandler während der Behandlungssitzungen verlangt. Es ist daher nicht verwunderlich, dass sich in zwei Metaanalysen der kontrollierten Studien zur Wirksamkeit der EMDR-Methode ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Effektivität von EMDR und der Behandlungstreue der in der Studie behandelnden Therapeuten zeigte (Sack et al., 2001; Maxfield & Hyer, 2002). So war in einer Studie, in der die zwei Behandler lediglich einen Workshop zur EMDR-Methode besucht hatten, die Effektivität von 2 Sitzungen EMDR mit der Warteliste identisch, d.h. EMDR war uneffektiv (Jenssen, 1994). Auf der anderen Seite war in einer Studie, in der die drei Behandler eine vollständige EMDR-Ausbildung abgeschlossen hatten, sowie über 3-5 Jahre praktische Erfahrung mit EMDR verfügten, die Effektstärke von EMDR über 2 und signifikant der Behandlung mit einer unspezifischen verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Psychotherapie überlegen (Marcus, 1997).</p> <p>Aus diesen klinischen Erfahrungen heraus wird die EMDR-Methode daher heute nach den internationalen Standards zur Qualitätssicherung, in standardisierten Seminaren mit Theorievermittlung, Selbsterfahrung in Kleingruppen und spezifischen Fallsupervisionen theoretisch wie praktisch umfassend gelehrt. Die Ausbildung ist nach den europäischen Standards der EMDR Fachgesellschaften überall in Europa angeglichen. In Deutschland hat die Fachgesellschaft für EMDR, EMDRIA Deutschland e.V., derzeit ca. 1500 Mitglieder. EMDR-Europa hat über 7000 Mitglieder, international gibt es ca. 15 000 Psychotherapeuten, die Mitglieder in EMDR Fachgesellschaften sind.</p> <p>Bei der derzeitigen kurzen und fokussierten Ausbildung in der EMDR-Methode muss die Eingangsvoraussetzung auf Seite der Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten eine Berechtigung zur Ausübung von Psychotherapie nach dem Psychotherapeutengesetz sein (Approbation als Psychotherapeut/in oder Arzt/Ärztin mit entsprechendem Facharzt- oder Zusatztitel). Falls EMDR im Kinder- und Jugendbereich zugelassen wird, sollten analoge Regelungen gelten. Für Ausbilder ist eine Erfüllung der Regeln der nationalen und europäischen EMDR-Fachgesellschaften unbedingt zu fordern. Diese verlangt den Nachweis therapeutischer Erfahrung und eine strukturierte Ausbildung zum EMDR-Ausbilder nach den Regeln der nationalen und europäischen Fachgesellschaft.</p> <p>Bis zu einer bundesweiten Regelung durch die Ärzte- oder Psychotherapeutenkammern sollte die Zulassung zur Abrechnung der EMDR spezifischen Leistungen nach den Qualitätskriterien der Fachgesellschaft EMDRIA e.V. stattfinden, die in über 10 Jahren bundesweit etabliert wurden. Die Fachgesellschaft hat seit 1998 ca. 1500 ärztliche und psychologische Psychotherapeuten als „EMDR-Therapeuten (EMDRIA)“ nach international anerkannten Standards</p>

	zertifiziert.
Stephan Stolz	Zur Aufrechterhaltung des hohen qualitativen Standards sind die Ausbildungsrichtlinien von EMDRIA Deutschland, die sich an Internationalstandards orientieren, aufrechtzuerhalten. Eine Unterschreitung dieser Ausbildungsrichtlinien würde eine Ausbildung nach ethischen Gesichtspunkten nicht gewährleisten. Die Behandlungsergebnisse sind auch von einer guten Ausbildung abhängig (Sack et al. 2001; Maxfield & Hyer 2002). Gleiches gilt für die Ausbildungsrichtlinien für SupervisorInnen und TrainerInnen.
Gemeinsame Stellungnahme von AVM DÄVT DVT DGVT Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs	Vgl. Antwort zu Frage 8 – über die Details und Inhalte einer entsprechenden (curricularen) Fortbildung sollte auch unter Berücksichtigung der bereits erheblichen Aus-/Weiterbildungsumfänge von Psychologischen Psychotherapeuten und ärztlichen Psychotherapeuten beraten werden, die bereits häufig differenzierte Bausteine zur Behandlung einer PTBS umfassen.
Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie	Die Ausbildung in der EMDR-Methode wird nach europaweit verbindlichen Standards durchgeführt. Diese Ausbildung ist für den Indikationsbereich PTBS ohne komorbide Störungen ausreichend. Für Patienten mit PTBS und Achse-I Komorbidität, PTBS und komorbider Persönlichkeitsstörung oder PTBS und komorbider dissoziativer Störungen ist zusätzliche therapeutische Ausbildung notwendig, die allerdings nur teilweise in den grundständigen Ausbildungscurricula für die Richtlinienverfahren enthalten ist. Die DeGPT hält daher für eine über die EMDR-Ausbildung hinausgehende Qualifikation in ‚Spezieller Psychotraumatheorie‘ für erforderlich. Die Ausbildungsstandards zur Qualifikation in ‚Spezieller Psychotraumatheorie‘ können auf der Website der DeGPT (www.degpt.de) eingesehen werden. Darüber hinaus erscheint es notwendig in der Behandlung von Traumafolgestörungen mit EMDR speziell qualifizierte Gutachter zur Begutachtung von Psychotherapieanträgen für den Indikationsbereich PTBS einzusetzen.
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung	Grundlage für eine Anwendung von EMDR ist eine Approbation als Psychologische/r Psychotherapeut/in bzw. eine Weiterbildung zum Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder zum Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Er/sie sollte über die Fachkunde in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder Verhaltens-therapie verfügen. Kenntnisse in der EMDR-Behandlung sind zusätzlich zur Fachkunde in einem Richtlinienverfahren zu erwerben. Dabei erscheint eine umfassende psychotraumatologische Kompetenz, die umschriebene Kenntnisse in EMDR einschließt, sinnvoll. Zur Erlangung einer zusätzlichen Abrechnungsgenehmigung für EMDR ist deshalb ein Qualifikationsnachweis zu fordern, der über eine curriculare Fortbildung oder eine Weiterbildung im Sinne einer Zusatzbezeichnung definiert ist. Entsprechende Fort- oder Weiterbildungen sollten Theorie, Selbsterfahrungsanteile, praktische Übungen sowie Supervision umfassen. Bis zur Verabschiedung entsprechender Regelungen durch die Psychotherapeutenkammern bzw. Ärztekammern soll das Curriculum der Fachgesellschaft als Qualifikationsnachweis

	dienen.
PD Dr. Ursula Gast	Für die Begutachtung im Rahmen des Gutachterverfahrens ist es erforderlich, dass in EMDR ausgebildete Gutachter zu Verfügung stehen. Für die Ausbildung zum EMDR-Therapeuten ist die Approbation zum ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten oder KJP Voraussetzung. Darüber hinaus sollten die nationalen Standards der Fachgesellschaft EMDRIA Deutschland e.V. bei der Ausbildung zugrunde gelegt werden (strukturierte Ausbildung mit Theorievermittlung, Selbsterfahrung, Fallsupervision).
Uniklinik Ulm Prof. Dr. Harald Gündel	Siehe EMDRIA e. V.

13. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?	
Prashant Gogia	EMDR hilft nicht nur bei einer Einzel-Traumatisierung, sondern ist auch bei Komplextraumatisierung sehr wirksam. Des weiteren ist die Methode auch bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfolgreich.
Birgit Rominger	
Michael Maas	EMDR hilft nicht nur bei einer Einzel-Traumatisierung, sondern ist auch bei Komplextraumatisierung sehr wirksam. Des weiteren ist die Methode auch bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfolgreich.
EMDRIA Deutschland e.V.	Wenn EMDR in die Richtlinienpsychotherapie aufgenommen werden sollte, ist es sinnvoll, dass die Gutachtenanträge von Therapeuten, die eine EMDR Behandlung beantragen, auch von Gutachtern beurteilt werden, die in der EMDR-Methode umfassend ausgebildet sind.
Bundespsycho- therapeutenkammer	
Bundeswehrkranken- haus Berlin Dr. P. Zimmermann	Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.
Diana Klinik Bad Bevensen Dr. Michael Hase	Identisch mit den Aussagen der EMDRIA e. V.
DFT e. V.	
Barbara Kalinowski	Wenn EMDR in die Richtlinienpsychotherapie aufgenommen werden sollte, ist es sinnvoll, wenn die Gutachtenanträge von Therapeuten, die eine EMDR Behandlung beantragen auch von Gutachtern beurteilt werden, die in der EMDR-Methode ausgebildet sind.
Stephan Stolz	
Gemeinsame Stellungnahme von AVM DÄVT DVT DGVT Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs	
Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie	
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung	Zur adäquaten Behandlung psychisch traumatisierter Menschen erscheint eine Flexibilisierung der Bewilligungspraxis und Erhöhung der Sitzungskontingente in bestimmten Fällen sinnvoll. Zur Behandlung akut Traumatisierter ist eine kurzfristig einsetzbare Akut-Psychotherapie notwendig, zur Behandlung komplex traumatisierter Menschen werden

	<p>längere Behandlungsmöglichkeiten benötigt. Dies gilt unabhängig vom zugrundeliegenden Richtlinienverfahren (vgl. Bergmann 2011).</p> <p>Bei Beibehaltung des Gutachterverfahrens wird es notwendig sein, dass Gutachter auch in der Methode EMDR Kenntnisse aufweisen, um entsprechende Gesamtbehandlungspläne adäquat beurteilen zu können.</p>
PD Dr. Ursula Gast	
Uniklinik Ulm Prof. Dr. Harald Gündel	Siehe EMDRIA e. V.

<p>14. 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.</p>	
Prashant Gogia	Privatperson, Psychiater
Birgit Rominger	Privatperson, weder in einem Verband Mitglied, noch ambulant tätig
Michael Maas	Privatperson, psychologischer Psychotherapeut eigene Praxis
EMDRIA Deutschland e.V.	EMDRIA Deutschland e.V. ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der EMDR-Therapeutinnen und EMDR-Therapeuten in Deutschland. Ein wichtiges Ziel der Gesellschaft ist die Qualitätssicherung der EMDR-Methode in Behandlung und Ausbildung. Hiermit erklären wir, dass kein Interessenskonflikt besteht.
Bundespsychotherapeutenkammer	Die Bundespsychotherapeutenkammer ist die Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern, in der alle Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten Deutschlands Pflichtmitglied sind. Es bestehen keine Interessenskonflikte der Institution, die den Beratungsgegenstand berühren.
Bundeswehrkrankenhaus Berlin Dr. P. Zimmermann	Oberstarzt Dr. Peter Zimmermann Leitender Arzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie und Leiter des Psychotraumazentrums am Bundeswehrkrankenhaus Berlin Hiermit erkläre ich, dass kein Interessenskonflikt besteht.
Diana Klinik Bad Bevensen Dr. Michael Hase	Dr.med. Michael Hase, Chefarzt Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie an der Diana Klinik Bad Bevensen ist 1. Vorsitzender von EMDRIA Deutschland e.V. Hiermit erkläre ich, dass kein Interessenskonflikt besteht.
DFT e. V.	Die DFT e.V. ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der approbierten psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der ärztlichen Psychotherapeuten
Barbara Kalinowski	Privatperson, niedergelassene Psychotherapeutin
Stephan Stolz	
Gemeinsame Stellungnahme von AVM DÄVT DVT DGVT Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs	Die vorliegende Stellungnahme wird von Vertretern der maßgeblichen Verhaltenstherapiegesellschaften in Deutschland abgegeben. Diese Gesellschaften sind zumeist u.a. im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Verhaltenstherapie sowie von verschiedenen Methoden und Techniken der Psychotherapie engagiert. Konflikte, die sich daraus für die Stellungnahme ergeben, werden allerdings nicht gesehen, denn gerade die Verhaltenstherapie zeichnet sich durch ein offenes Verhältnis zu neuen psychotherapeutischen Ansätzen aus.
Deutschsprachige Fachgesellschaft für	Die Stellungnahme erfolgt im Namen des Vorstandes der DeGPT. Der Unterzeichner ist EMDR Supervisor und leitet eine DFG-geförderte

<p>Psychotraumatologie</p>	<p>Studie zu Wirkmechanismen der EMDR-Behandlung. Darüber hinausgehende Interessenkonflikte insbesondere finanzieller Art bestehen nicht.</p>
<p>Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung</p>	<p>Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) vertritt als Berufsverband die Interessen von 8500 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die überwiegend in der Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung niedergelassen tätig sind. Es bestehen keine Interessenskonflikte, die den Beratungsgegenstand berühren.</p>
<p>PD Dr. Ursula Gast</p>	<p>Privatperson, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie –Psychoanalytikerin</p>
<p>Uniklinik Ulm Prof. Dr. Harald Gündel</p>	<p>Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Uniklinik Ulm</p>

B-8.4 Suchstrategie EMDR

B-8.4.1 Initiale Recherchestrategien

PubMed (Medline) am 04.07.2011

Search	Most Recent Queries
#1	Search Eye Movement Desensitization Reprocessing[MeSH Terms]
#2	Search desensitization, psychologic[mh:noexp]
#3	Search Eye AND movement AND (desensitization OR desensitisation)
#4	Search Eye movement desensitization
#5	Search Eye Movement Desensitization and Reprocessing
#6	Search Eye Movement Desensitization Reprocessing
#7	Search EMDR
#8	Search ((((((#1) OR #2) OR #3) OR #4) OR #5) OR #6) OR #7
#9	Search "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms]
#10	Search posttraumatic OR post-traumatic OR "post traumatic"
#11	Search stress
#12	Search disorder OR disorders OR neurosis OR neuroses
#13	Search ((#10) AND #11) AND #12
#14	Search PTSD
#15	Search Psychological trauma*
#16	Search developmental trauma*
#17	Search Traumatic stress
#18	Search Acute stress reaction*
#19	Search traumatized individual*
#20	Search traumatization OR traumatisation OR traumatism
#21	Search stress symptom*
#22	Search (((((((#9) OR #13) OR #14) OR #15) OR #16) OR #17) OR #18) OR #19) OR #20) OR #21
#23	Search (#8) AND #22
#24	Search "war"[mh:noexp]
#25	Search "combat disorders"[MeSH Terms]
#26	Search Violence[MeSH Terms]
#27	Search "prisoners"[MeSH Terms]
#28	Search (((((((("war"[All Fields]) OR "combat trauma"[All Fields]) OR ("combat experience"[All Fields] OR "combat experiences"[All Fields])) OR ("combat neuroses"[All Fields] OR "combat neurosis"[All Fields])) OR "combat stress*"[All Fields]) OR ("combat disorder"[All Fields] OR "combat disorders"[All Fields])) OR ("shell shock"[All Fields] OR "shell shocked"[All Fields])) OR "battle fatigue"[All Fields]) OR ("combat disease"[All Fields] OR "combat diseases"[All Fields])
#29	Search (((("torture"[All Fields]) OR "terrorism"[All Fields]) OR "terrorist attack"[All Fields]) OR hostage*) OR "kidnapping*"[All Fields]
#30	Search prison* OR captivity
#31	Search ((((((#24) OR #25) OR #26) OR #27) OR #28) OR #29) OR #30
#32	Search (#8) AND #31
#33	Search "circumcision, female"[MeSH Terms]
#34	Search "sex offenses"[MeSH Terms]
#35	Search "crime victims"[MeSH Terms]
#36	Search (Sexual OR genital) AND mutilation
#37	Search (((("sexual abuse"[All Fields]) OR "sexual assault"[All Fields]) OR "sexual violence"[All Fields]) OR "physical violence"[All Fields]) OR "domestic

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

	violence"[All Fields]) OR "rape"[All Fields]
#38	Search (((#33) OR #34) OR #35) OR #36) OR #37
#39	Search (#8) AND #38
#40	Search "disasters"[MeSH Terms]
#41	Search "accidents, traffic"[MeSH Terms]
#42	Search disaster*
#43	Search accident*
#44	Search (((#40) OR #41) OR #42) OR #43
#45	Search (#8) AND #44
#46	Search "dissociative disorders"[MeSH Terms]
#47	Search (((("dissoziation"[All Fields]) OR "dissociation"[All Fields]) OR "dissociative"[All Fields]) OR "dissoziative"[All Fields]
#48	Search "life threatening"[All Fields]
#49	Search ((#46) OR #47) OR #48
#50	Search (#8) AND #49
#51	Search (((((#23) OR #32) OR #39) OR #45) OR #50 Sort by: Author

Cochrane Library am 08.07.2011

ID	Search
#1	MeSH descriptor Eye Movement Desensitization Reprocessing explode all trees
#2	MeSH descriptor Desensitization, Psychologic, this term only
#3	(Eye):ti,ab,kw
#4	(movement):ti,ab,kw
#5	(desensitization):ti,ab,kw or (desensitisation):ti,ab,kw
#6	(#3 AND #4 AND #5)
#7	(#1 OR #2 OR #6)
#8	MeSH descriptor Stress Disorders, Post-Traumatic explode all trees
#9	(posttraumatic):ti,ab,kw or (post-traumatic):ti,ab,kw or (post traumatic):ti,ab,kw
#10	(stress):ti,ab,kw
#11	(disorder):ti,ab,kw or (disorders):ti,ab,kw or (neurosis):ti,ab,kw or (neuroses):ti,ab,kw
#12	(#9 AND #10 AND #11)
#13	(PTSD):ti,ab,kw or (Psychological trauma*):ti,ab,kw or (Traumatic stress):ti,ab,kw or (Acute stress reaction*):ti,ab,kw or (traumatized individual*):ti,ab,kw
#14	(traumatization):ti,ab,kw or (traumatisation):ti,ab,kw or (traumatism):ti,ab,kw or (stress symptom*):ti,ab,kw
#15	(#8 OR #12 OR #13 OR #14)
#16	MeSH descriptor War explode all trees
#17	MeSH descriptor Violence explode all trees
#18	MeSH descriptor Prisoners explode all trees
#19	(war):ti,ab,kw or (combat):ti,ab,kw or (torture):ti,ab,kw or (shell shock*):ti,ab,kw or (battle fatigue):ti,ab,kw
#20	(torture):ti,ab,kw or (prison*):ti,ab,kw or (captivity):ti,ab,kw or (terrorism):ti,ab,kw or (terrorist attack):ti,ab,kw
#21	(hostage*):ti,ab,kw or (kidnapping*):ti,ab,kw or (mutilation):ti,ab,kw or (sex offenses):ti,ab,kw or (crime victims):ti,ab,kw
#22	(abuse):ti,ab,kw or (assault):ti,ab,kw or (violence):ti,ab,kw or (rape):ti,ab,kw
#23	(accident*):ti,ab,kw or (disaster*):ti,ab,kw or (dissociat*):ti,ab,kw or (life threatening):ti,ab,kw
#24	MeSH descriptor Circumcision, Female explode all trees
#25	MeSH descriptor Sex Offenses explode all trees
#26	MeSH descriptor Crime Victims explode all trees
#27	MeSH descriptor Disasters explode all trees
#28	MeSH descriptor Accidents, Traffic explode all trees
#29	(#15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28)
#30	(#7 AND #29)

DB PILOTS am 11.07.2011

(EMDR) or(Eye and Movement and (Desensitization or Desensitisation))

Gesucht in allen Feldern

DIMDI am 05.07.2011

1	HG05 ME66 PY81 PI67 CB85 EM74 BA70 EA08 IN73 IS74
2	CT=Eye Movement Desensitization Therapy
3	CTG=Augenbewegungsdesensibilisierung
4	CT=Eye Movement Desensitization Reprocessing
5	S=4 NOT BASE=EM74
6	CT=Desensitization, Psychologic
7	S=6 NOT BASE=EM74
8	CT=EMDR
9	UT=EMDR
10	IT=EMDR
11	eye
12	movement
13	desensitization OR desensitisation
14	11 AND 12 AND 13
15	((((FT=Eye movement desensitization OR FT=eye movement desensitization "and" reprocessing) OR FT=eye movement desensitization reprocessing) OR FT=EMDR) OR FT=Augenbewegungsdesensibilisierung
16	2 OR 3 OR 5 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 14 OR 15
17	CTG=Posttraumatische Belastungsstörung
18	CT=Posttraumatic Stress Disorder
19	UT=Posttraumatic Stress Disorder
20	IT=Posttraumatic Stress Disorder
21	CT=Post traumatic Stress Disorder
22	CT=Post-traumatic Stress Disorder
23	UT=Post-traumatic Stress Disorder
24	UT=Post traumatic Stress Disorder
25	IT=Post traumatic Stress Disorder
26	IT=Post-traumatic Stress Disorder
27	UT=Posttraumatic-stress-disorder
28	CT DOWN Stress Disorder, Traumatic
29	CT DOWN Acute stress disorder
30	CT=PTSD
31	UT=PTSD
32	IT=PTSD
33	(FT=posttraumatic OR FT=post traumatic) OR FT=post-traumatic
34	FT=stress
35	(FT=disorder OR FT=disorders) OR FT=neuros#s
36	33 AND 34 AND 35
37	(((((FT=PTSD OR FT=Psychological trauma*) OR FT=developmental trauma*) OR FT=traumatic stress) OR FT=acute stress reaction*) OR FT=traumatized individual*) OR FT=traumatization) OR FT=traumatism) OR FT=stress symptom*
38	(((((FT=PTBS OR FT=posttraumatische Belastungsstörung*) OR FT=akute

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

	Belastungsreaktion*) OR FT=Traumafolgeerkrankung*) OR FT=Traumafolgestörung*) OR FT=traumatische Belastung*) OR FT=Traumatisierung*) OR FT=posttraumatische Belastung*) OR FT=traum
39	17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26 OR 27 OR 28 OR 29 OR 30 OR 31 OR 32 OR 36 OR 37 OR 38
40	16 AND 39
41	CTG=Krieg
42	CT=War
43	CTG=Gefechtserfahrung
44	CT=Combat experience
45	CT=Combat disorders
46	CTG=Folter
47	CT=torture
48	CT=Torture survivor
49	CTG=Entführung
50	CT=kidnapping
51	CTG=Terrorismus
52	CT=Terrorism
53	CT DOWN Violence
54	CT=Prisoner
55	CT=Prisoner of war
56	CT=Prisoners
57	CT=Hostage
58	(((((((FT=war OR FT=prison*) OR FT=captivity) OR FT=combat trauma) OR FT=combat experience*) OR FT=combat neuros#s) OR FT=combat stress) OR FT=Combat disorder*) OR FT=combat disease*) OR FT=shell shock*
59	(((((((FT=Battle fatigue OR FT=torture) OR FT=terrorism) OR FT=terrorist attack) OR FT=hostage*) OR FT=kidnapping*) OR FT=Krieg) OR FT=Kriegszittern) OR FT=Kriegsgefangenschaft) OR FT=Kriegserfahrung*
60	(((FT=Politische Haft OR FT=politische Inhaftierung) OR FT=Folter) OR FT=Folterung) OR FT=Terroranschlag) OR FT=Entführung) OR FT=Geiselnahme
61	41 OR 42 OR 43 OR 44 OR 45 OR 46 OR 47 OR 48 OR 49 OR 50 OR 51 OR 52 OR 53 OR 54 OR 55 OR 56 OR 57 OR 58 OR 59 OR 60
62	16 AND 61
63	CTG=Häusliche Gewalt
64	CT DOWN Domestic Violence
65	CTG=Sexuelle Gewalt
66	CTG=Sexualdelikte
67	CT DOWN Sex offenses
68	CT DOWN Sexual abuse
69	CT DOWN Crime Victims
70	CT=Circumcision, female
71	(sexual OR genital) AND mutilation
72	(((((((FT=rape OR FT=sexual abuse) OR FT=sexual assault) OR FT=Sexual violence) OR FT=physical violence) OR FT=domestic violence) OR FT=Körperliche Gewalt) OR FT=Sexualisierte Gewalt) OR FT=Sexueller Missbrauch) OR FT=sexueller mißbrauch
73	(((FT=Sexuelle Misshandlung OR FT=Sexuelle Mißhandlung) OR FT=häusliche gewalt) OR FT=Sexuelle Verstümmelung) OR FT=Vergewaltigung
74	63 OR 64 OR 65 OR 66 OR 67 OR 68 OR 69 OR 70 OR 71 OR 72 OR 73

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

75	16 AND 74
76	CT=Disasters
77	CTG=Unfälle
78	CT DOWN accident
79	CT=accidents
80	CT=Accidents, Traffic
81	CTG=Katastrophen
82	((((FT=disaster* OR FT=accident*) OR FT=katastrophe*) OR FT=Naturkatastrophe*) OR FT=Unfall) OR FT=Unfälle
83	76 OR 77 OR 78 OR 79 OR 80 OR 81 OR 82
84	16 AND 83
85	CT=Dissociative disorder
86	CT=Dissociative disorders
87	CT=Dissociation
88	CTG=Dissoziation
89	((FT=Life threatening disease OR FT=lebensbedrohliche Krankheit) OR FT=Dissoziat*) OR FT=Dissociat*
90	85 OR 86 OR 87 OR 88 OR 89
91	16 AND 90
92	40 OR 62 OR 75 OR 84 OR 91
93	check duplicates: unique in s=40
94	62 OR 75 OR 84 OR 91 OR 93
95	check duplicates: unique in s=94
96	S=95 NOT BASE=ME66

**B-8.4.2 Update - Recherchestrategien
Medline(PubMed) am 03.04.2013**

Suchschritt	Suchfrage
#1	Search Eye Movement Desensitization Reprocessing[MeSH Terms]
#2	Search desensitization, psychologic[mh:noexp]
#3	Search Eye AND movement AND (desensitization OR desensitisation)
#4	Search Eye movement desensitization
#5	Search EMDR
#6	Search (((#1) OR #2) OR #3) OR #4) OR #5
#7	Search "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms]
#8	Search posttraumatic OR post-traumatic OR "post traumatic"
#9	Search stress
#10	Search disorder OR disorders OR neurosis OR neuroses
#11	Search ((#8) AND #9) AND #10
#12	Search PTSD
#13	Search Psychological trauma*
#14	Search developmental trauma*
#15	Search Traumatic stress
#16	Search Acute stress reaction*
#17	Search traumatized individual*

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Suchschritt	Suchfrage
#18	Search traumatization OR traumatisation OR traumatism
#19	Search stress symptom*
#20	Search #7 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19
#21	Search (#6) AND #20
#22	Search "war"[mh:noexp]
#23	Search "combat disorders"[MeSH Terms]
#24	Search Violence[MeSH Terms]
#25	Search "prisoners"[MeSH Terms]
#26	Search (((((((("war"[All Fields]) OR "combat trauma"[All Fields]) OR ("combat experience"[All Fields] OR "combat experiences"[All Fields])) OR ("combat neuroses"[All Fields] OR "combat neurosis"[All Fields])) OR "combat stress*"[All Fields]) OR ("combat disorder"[All Fields] OR "combat disorders"[All Fields])) OR ("shell shock"[All Fields] OR "shell shocked"[All Fields])) OR "battle fatigue"[All Fields]) OR ("combat disease"[All Fields] OR "combat diseases"[All Fields])
#27	Search (((("torture"[All Fields]) OR "terrorism"[All Fields]) OR "terrorist attack"[All Fields]) OR hostage*) OR "kidnapping*"[All Fields]
#28	Search prison* OR captivity
#29	Search ((((((#22) OR #23) OR #24) OR #25) OR #26) OR #27) OR #28
#30	Search (#6) AND #29
#31	Search "circumcision, female"[MeSH Terms]
#32	Search "sex offenses"[MeSH Terms]
#33	Search "crime victims"[MeSH Terms]
#34	Search (Sexual OR genital) AND mutilation
#35	Search (((("sexual abuse"[All Fields]) OR "sexual assault"[All Fields]) OR "sexual violence"[All Fields]) OR "physical violence"[All Fields]) OR "domestic violence"[All Fields]) OR "rape"[All Fields]
#36	Search (((#31) OR #32) OR #33) OR #34) OR #35
#37	Search (#6) AND #36
#38	Search "disasters"[MeSH Terms]
#39	Search "accidents, traffic"[MeSH Terms]
#40	Search disaster*
#41	Search accident*
#42	Search (((#38) OR #39) OR #40) OR #41
#43	Search (#6) AND #42
#44	Search "dissociative disorders"[MeSH Terms]
#45	Search ((("dissoziation"[All Fields]) OR "dissociation"[All Fields]) OR "dissociative"[All Fields]) OR "dissoziative"[All Fields]
#46	Search "life threatening"[All Fields]
#47	Search ((#44) OR #45) OR #46
#48	Search (#6) AND #47
#49	Search (((#21) OR #37) OR #43) OR #48) OR #50
#50	Search #21 OR #30 OR #37 OR #43 OR #48 Filters: Publication date from

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Suchschritt	Suchfrage
	2011/04/01 to 2013/04/03

Cochrane Library am 03.04.2013

Suchschritt	Suchfrage
#1	MeSH descriptor: [Eye Movement Desensitization Reprocessing] explode all trees
#2	MeSH descriptor: [Desensitization, Psychologic] this term only
#3	eye:ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#4	"movement":ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#5	desensitization:ti,ab,kw or desensitisation:ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#6	#3 and #4 and #5
#7	#1 or #2 or #6
#8	MeSH descriptor: [Stress Disorders, Post-Traumatic] explode all trees
#9	posttraumatic:ti,ab,kw or post-traumatic:ti,ab,kw or post traumatic:ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#10	stress:ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#11	disorder:ti,ab,kw or disorders:ti,ab,kw or neurosis:ti,ab,kw or neuroses:ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#12	#9 and #10 and #11
#13	PTSD:ti,ab,kw or Psychological trauma*:ti,ab,kw or Traumatic stress:ti,ab,kw or Acute stress reaction*:ti,ab,kw or traumatized individual*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#14	traumatization:ti,ab,kw or traumatisation:ti,ab,kw or traumatism:ti,ab,kw or stress symptom*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#15	#8 or #12 or #13 or #14
#16	MeSH descriptor: [War] explode all trees
#17	MeSH descriptor: [Violence] explode all trees
#18	war:ti,ab,kw or combat:ti,ab,kw or torture:ti,ab,kw or shell shock:ti,ab,kw or battle fatigue:ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#19	prison*:ti,ab,kw or captivity:ti,ab,kw or terrorism:ti,ab,kw or terrorist attack:ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#20	hostage*:ti,ab,kw or kidnapping*:ti,ab,kw or mutilation:ti,ab,kw or sex offenses:ti,ab,kw or crime victim*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#21	abuse:ti,ab,kw or assault:ti,ab,kw or violence:ti,ab,kw or rape:ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#22	accident*:ti,ab,kw or disaster*:ti,ab,kw or dissociat*:ti,ab,kw or life threatening:ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#23	MeSH descriptor: [Circumcision, Female] explode all trees
#24	MeSH descriptor: [Sex Offenses] explode all trees
#25	MeSH descriptor: [Prisoners] explode all trees
#26	MeSH descriptor: [Crime Victims] explode all trees
#27	MeSH descriptor: [Accidents, Traffic] explode all trees
#28	MeSH descriptor: [Disasters] explode all trees
#29	#15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28
#30	#7 and #29 from 2011 to 2013, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols), Other Reviews, Trials and Technology Assessments

OID am 04.04.2013 in den Datenbanken AMDA, BIOSIS, EMBASE Alert, EMBASE, Medline, Psyn dex, Psycinfo

Suchschritt	Suchfrage
1	Eye Movement Desensitization Therapy/
2	Eye Movement Desensitization Reprocessing/
3	Eye Movement Desensitization Reprocessing/ use prmz
4	Desensitization, Psychologic/
5	Desensitization, Psychologic/ use prmz
6	EMDR/
7	eye.mp. [mp=ab, hw, ti, bc, bo, bt, cb, cc, ds, ge, gn, mc, mi, mq, or, ps, sq, st, tm, tn, sh, ot, dm, mf, dv, kw, nm, kf, rs, ui, tc, id, ax, kp, fw, cw, ia]
8	movement.mp.
9	desensitization or desensitisation .mp.
10	7 and 8 and 9
11	Eye movement desensitization or eye movement desensitization or EMDR or Augenbewegungsdesensibilisierung .mp.
12	1 or 3 or 5 or 6 or 10 or 11
13	Posttraumatic Stress Disorder/
14	Post traumatic Stress Disorder/
15	exp Stress Disorders, Traumatic/
16	exp Acute stress disorder/
17	PTSD/
18	posttraumatic.mp.
19	post traumatic.mp
20	18 or 19
21	stress.mp.
22	disorder or disorders or neuros#s .mp
23	20 and 21 and 22
24	PTSD or Psychological trauma* or developmental trauma* or traumatic stress or acute stress reaction* or traumati#ed individual* or traumati#ation or traumatism or stress symptom* .mp.
25	PTBS or posttraumatische Belastungsst* or akute Belastungsreaktion* or Traumafolgeerkrankung* or Traumafolgest* or traumatische Belastung* or Traumatisierung* or posttraumatische Belastung* or traum .mp.
26	13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 23 or 24 or 25
27	12 and 26
28	war/
29	Combat experience/
30	Combat disorders/
31	torture/
32	Torture survivor/
33	kidnapping/
34	Terrorism/
35	exp Violence/
36	Prisoner/
37	Prisoner of war/
38	Prisoners/
39	Hostage/

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Suchschritt	Suchfrage
40	war or prison* or captivity or combat trauma or combat experience* or combat neuros#s or combat stress or Combat disorder* or combat disease* or shell shock* .mp.
41	Battle fatigue or torture or terrorism or terrorist attack or hostage* or kidnapping .mp.
42	Krieg or Kriegszittern or Kriegsgefangenschaft or Kriegserfahrung* Politische Haft or politische Inhaftierung or Folter or Folterung or Terroranschlag or Entf??hrung or Geiselnahme .mp.
43	28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42
44	12 and 43
45	exp Domestic Violence/
46	exp Sex offenses/
47	exp Sexual abuse/
48	exp Crime Victims/
49	Circumcision, female/
50	sexual or genital and mutilation .mp.
51	rape or sexual abuse or sexual assault or Sexual violence or physical violence or domestic violence .mp.
52	K??rperliche Gewalt or Sexualisierte Gewalt or Sexueller Missbrauch or sexueller mi??brauch or Sexuelle Misshandlung or h??usliche gewalt or Sexuelle Verst??mmelung or Vergewaltigung .mp.
53	45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52
54	12 and 53
55	Disasters/
56	exp accident/
57	accidents/
58	Accidents, Traffic/
59	disaster* or accident* or katastrophe* or Naturkatastrophe* or Unfall or Unf??lle .mp.
60	55 or 56 or 57 or 58 or 59
61	12 and 60
62	Dissociative disorder/
63	Dissociative disorders/
64	Dissociation/
65	Life threatening disease or lebensbedrohliche Krankheit or Dissoziat* or Dissociat* .mp.
66	62 or 63 or 64 or 65
67	12 and 66
68	27 or 44 or 54 or 61 or 67
69	limit 68 to yr="2011 -Current"
70	remove duplicates from 69
71	70 use oemez,emda
72	70 use psyc1,psyc2,psyc3,psyc4,psyc5,psyc6,psyc7
73	70 use psyn

DIMDI am 05.04.2013

1	ME66 PY81 PI67 CB85 EM74 BA70 EA08 IN73 IS74
2	CT=Eye Movement Desensitization Therapy
3	CTG=Augenbewegungsdesensibilisierung
4	CT=Eye Movement Desensitization Reprocessing
5	S=4 NOT BASE=EM74
6	CT=Desensitization, Psychologic
7	S=6 NOT BASE=EM74
8	CT=EMDR
9	UT=EMDR
10	IT=EMDR
11	eye
12	movement
13	desensitization OR desensitisation
14	11 AND 12 AND 13
15	((FT=Eye movement desensitization OR FT=eye movement desensitization "and" reprocessing) OR FT=eye movement desensitization reprocessing) OR FT=EMDR
16	2 OR 3 OR 5 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 14 OR 15
17	CTG=Posttraumatische Belastungsstörung
18	CT=Posttraumatic Stress Disorder
19	UT=Posttraumatic Stress Disorder
20	IT=Posttraumatic Stress Disorder
21	CT=Post traumatic Stress Disorder
22	CT=Post-traumatic Stress Disorder
23	UT=Post-traumatic Stress Disorder
24	UT=Post traumatic Stress Disorder
25	IT=Post traumatic Stress Disorder
26	IT=Post-traumatic Stress Disorder
27	UT=Posttraumatic-stress-disorder
28	CT DOWN Stress Disorder, Traumatic
29	CT DOWN Acute stress disorder
30	CT=PTSD
31	UT=PTSD
32	IT=PTSD
33	(FT=posttraumatic OR FT=post traumatic) OR FT=post-traumatic
34	FT=stress
35	(FT=disorder OR FT=disorders) OR FT=neuros#s
36	33 AND 34 AND 35
37	(((((FT=PTSD OR FT=Psychological trauma*) OR FT=developmental trauma*) OR FT=traumatic stress) OR FT=acute stress reaction*) OR FT=traumatized individual*) OR FT=traumatization) OR FT=traumatism) OR FT=stress symptom*
38	(((((FT=PTBS OR FT=posttraumatische Belastungsstörung*) OR FT=akute Belastungsreaktion*) OR FT=Traumafolgeerkrankung*) OR FT=Traumafolgegestörung*) OR FT=traumatische Belastung*) OR FT=Traumatisierung*) OR FT=posttraumatische Belastung*) OR FT=traum
39	17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26 OR 27 OR 28 OR 29 OR 30 OR 31 OR 32 OR 36 OR 37 OR 38
40	16 AND 39

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

41	CTG=Krieg
42	CT=War
43	CTG=Gefechtserfahrung
44	CT=Combat experience
45	CT=Combat disorders
46	CTG=Folter
47	CT=torture
48	CT=Torture survivor
49	CTG=Entführung
50	CT=kidnapping
51	CTG=Terrorismus
52	CT=Terrorism
53	CT DOWN Violence
54	CT=Prisoner
55	CT=Prisoner of war
56	CT=Prisoners
57	CT=Hostage
58	(((((FT=war OR FT=prison*) OR FT=captivity) OR FT=combat trauma) OR FT=combat experience*) OR FT=combat neuros#s) OR FT=combat stress) OR FT=Combat disorder*) OR FT=combat disease*) OR FT=shell shock*
59	(((((FT=Battle fatigue OR FT=torture) OR FT=terrorism) OR FT=terrorist attack) OR FT=hostage*) OR FT=kidnapping*) OR FT=Krieg) OR FT=Kriegszittern) OR FT=Kriegsgefangenschaft) OR FT=Kriegserfahrung*
60	(((((FT=Politische Haft OR FT=politische Inhaftierung) OR FT=Folter) OR FT=Folterung) OR FT=Terroranschlag) OR FT=Entführung) OR FT=Geiselnahme
61	41 OR 42 OR 43 OR 44 OR 45 OR 46 OR 47 OR 48 OR 49 OR 50 OR 51 OR 52 OR 53 OR 54 OR 55 OR 56 OR 57 OR 58 OR 59 OR 60
62	16 AND 61
63	CTG=Häusliche Gewalt
64	CT DOWN Domestic Violence
65	CTG=Sexuelle Gewalt
66	CTG=Sexualdelikte
67	CT DOWN Sex offenses
68	CT DOWN Sexual abuse
69	CT DOWN Crime Victims
70	CT=Circumcision, female
71	(sexual OR genital) AND mutilation
72	(((((FT=rape OR FT=sexual abuse) OR FT=sexual assault) OR FT=Sexual violence) OR FT=physical violence) OR FT=domestic violence) OR FT=Körperliche Gewalt) OR FT=Sexualisierte Gewalt) OR FT=Sexueller Missbrauch) OR FT=sexueller mißbrauch
73	((((FT=Sexuelle Misshandlung OR FT=Sexuelle Mißhandlung) OR FT=häusliche gewalt) OR FT=Sexuelle Verstümmelung) OR FT=Vergewaltigung
74	63 OR 64 OR 65 OR 66 OR 67 OR 68 OR 69 OR 70 OR 71 OR 72 OR 73
75	16 AND 74
76	CT=Disasters
77	CTG=Unfälle
78	CT DOWN accident
79	CT=accidents
80	CT=Accidents, Traffic

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

81	CTG=Katastrophen
82	(((((FT=disaster* OR FT=accident*) OR FT=katastrophe*) OR FT=Naturkatastrophe*) OR FT=Unfall) OR FT=Unfälle
83	76 OR 77 OR 78 OR 79 OR 80 OR 81 OR 82
84	16 AND 83
85	CT=Dissociative disorder
86	CT=Dissociative disorders
87	CT=Dissociation
88	CTG=Dissoziation
89	((FT=Life threatening disease OR FT=lebensbedrohliche Krankheit) OR FT=Dissoziat*) OR FT=Dissociat*
90	85 OR 86 OR 87 OR 88 OR 89
91	16 AND 90
92	40 OR 62 OR 75 OR 84 OR 91
93	check duplicates: unique in s=40
94	62 OR 75 OR 84 OR 91 OR 93
95	check duplicates: unique in s=94
96	S=95 NOT BASE=ME66
97	96 AND PY=2011 to 2013

B-8.5 Literaturlisten

B-8.5.1 Literatur, die für den Entscheidungsprozess berücksichtigt wurde

Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Melbourne (Australia): ACPMH, 2007

Stellungnahme von AVM, DÄVT, DVT, DGVT und DGPs

Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders - First Revision. World Journal of Biological Psychiatry 2008; 9 (4): 248-312.

Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev 2007; (3): CD003388.pub3.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Herr Stolz
Stellungnahme von AVM, DÄVT, DVT, DGVT und DGPs
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry 2005; 162 (2): 214-27.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Carlson JG, Chemtob CM, Rusnak K, Hedlund NL, Muraoka MY. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress 1998; 11 (1): 3-24.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Cloitre M. Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. CNS Spectr 2009; 14 (1 Suppl 1): 32-43.

Committee on Treatment of posttraumatic Stress disorder. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence. Washington DC: National Academies Press, 2008

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Department of Veterans Affairs (DV), Department of Defense Affairs (DoD). VA/DoD Clinical Practise Guideline for management of post-traumatic stress. Stand: Oktober 2010. Washington: US Department of Veterans Affairs, 2010

EMDRIA. Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Hamburg: EMDRIA, 2005

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Högberg G, Pagani M, Sundin O, Soares J, Aberg-Wistedt A, Tarnell B, Hallstrom T. On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers - a randomized controlled trial. Nord J Psychiatry 2007; 61 (1): 54-61.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Ironson G, Freund B, Strauss JL, Williams J. Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. J Clin Psychol 2002; 58 (1): 113-28.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Jensen JA. Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing as a treatment for PTSD symptoms of Vietnam combat veterans. Madison, Wisconsin: Dissertation, 1992

Jensen JA. An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. Behavior Therapy 1994; 25 (2): 311-25.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Johnson DR, Lubin H. The Counting Method: Applying the Rule of Parsimony to the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Traumatology* 2006; 12 (1): 83-99.

Lapp LK, Agbokou C, Peretti CS, Ferreri F. Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2010; 31 (3): 113-22.

Marcus SV, Marquis P, Sakai C. Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 1997; 34 (3): 307-15.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Herr Stolz
Stellungnahme von Herr Maas
Stellungnahme von Herr Dr. Gogia
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Marcus S, Marquis P, Sakai C. Three- and 6-Month Follow-Up of EMDR Treatment of PTSD in an HMO Setting. *International Journal of Stress Management* 2004; 11 (3): 195-208.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Herr Stolz
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Clinical Excellence. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society, 2005

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer
Stellungnahme von AVM, DÄVT, DVT, DGVT und DGPs

Power K, McGoldrick T, Brown K, Buchanan R, Sharp D, Swanson V, Karatzias A. A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2002; 9 (5): 299-318.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Herr Stolz
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Rogers S, Silver SM, Goss J, Obenchain J, Willis A, Whitney RL. A single session, group study of exposure and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in treating Posttraumatic Stress Disorder among Vietnam War veterans: preliminary data. *J Anxiety Disord* 1999; 13 (1-2): 119-30.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Rothbaum BO. A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disordered sexual assault victims. *Bull Menninger Clin* 1997; 61 (3): 317-34.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress* 2005; 18 (6): 607-16.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Seidler GH, Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med* 2006; 36 (11): 1515-22.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Shepherd J, Stein K, Milne R. Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of an emerging therapy. *Psychol Med* 2000; 30 (4): 863-71.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Taylor S, Thordarson DS, Maxfield L, Fedoroff IC, Lovell K, Ogrodniczuk J. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71 (2): 330-8.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

van der Kolk BA, Spinazzola J, Blaustein ME, Hopper JW, Hopper EK, Korn DL, Simpson WB. A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (1): 37-46.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Herr Stolz
Stellungnahme von Herr Maas
Stellungnahme von Herr Dr. Gogia
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Wagner F. Die Wirksamkeit von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bei der posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu Kontrollbedingungen und kognitiv-behavioralen Therapien - eine metaanalytische Untersuchung. Heidelberg: Dissertation, 2004

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

B-8.5.2 Literatur, die für den Entscheidungsprozess nicht berücksichtigt wurde

Abbasnejad M, Mahani KN, Zamyad A. Efficacy of "eye movement desensitization and reprocessing" in reducing anxiety and unpleasant feelings due to earthquake experience. Psychol Res 2007; 9 (3-4): 104-17.

Kommentar: A3

Accident Compensation Cooperation (ACC). Sexual abuse and mental injury: practice guidelines for Aotearoa New Zealand. Stand: März 2008. Wellington, New Zealand: Accident Compensation Corporation, 2008

Kommentar: A2

Ahmad A, Larsson B, Sundelin-Wahlsten V. EMDR treatment for children with PTSD: results of a randomized controlled trial. Nord J Psychiatry 2007; 61 (5): 349-54.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A5

Alatalo GL. Eye-movement desensitization and reprocessing: a new treatment for trauma? Louisville, Kentucky: Dissertation, 1994

Kommentar: A7

Albright DL, Thyer B. Does EMDR reduce post-traumatic stress disorder symptomatology in combat veterans? Behavioral Interventions 2010; 25 (1): 1-19.

Kommentar: A8

Ali W, Smartt P. Therapeutic models for mental injury as a result of sexual abuse: overview of the evidence from selected literature. Christchurch: Health Services Assessment Collaboration (HSAC), 2009

Kommentar: A2; A8

Alto C. Meta-analysis of eye movement desensitization and reprocessing efficacy studies in the treatment of PTSD. New Jersey: Dissertation, 2001

Kommentar: A8

American Psychiatric Association. Overview of guideline development process. Am J Psychiatry 2004; 161 (11 Suppl): 2-31.

Kommentar: A2

American Psychiatric Association (APA). Practise Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Arlington (VA): American Psychiatric Association, 2004

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Amstadter AB, McCart MR, Ruggiero KJ RA. Psychosocial interventions for adults with crime-related PTSD. *Professional Psychology-Research and Practice* 2007; 38 (6): 640-51.
Kommentar: A2

Amundsen JE, Kårstad K. Om bare Jeppe visste...- EMDR og rusbehandling. [Integrating EMDR and the treatment of substance abuse]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2006; 43 (5): 469-75.
Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Anonymous. Eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder. Lansdale, PA: HAYES, 2007
Kommentar: A8 (nicht beschaffbar)

Anxiety Review Panel, Evans M, Bradweijn J, Dunn L. Ontario Guidelines for the Management of Anxiety Disorders in Primary Care. Stand: September 2000. Toronto: Queen's Printer of Ontario, 2000
Kommentar: A2; A8

Arabia E, Manca ML, Solomon RM. EMDR for survivors of life-threatening cardiac events: Results of a pilot study. Springer Publishing 2011; 5 (1): 2-13.
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Kommentar: A4

Arnone R, Orrico A, D'aquino G, Di MW. [EMDR and psychopharmacological therapy in the treatment of the post-traumatic stress disorder]
EMDR e terapia psicofarmacologica nel trattamento del disturbo da stress post-traumatico. *Riv Psichiatri* 2012; 47 (2 Suppl): 8-11.
Kommentar: A8

Asmundson GJ, Coons MJ, Taylor S, Katz J. PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Can J Psychiatry* 2002; 47 (10): 930-7.
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel
Kommentar: A2

Aurora RN, Zak RS, Auerbach SH, Casey KR, Chowdhuri S, Karippot A, Maganti RK, Ramar K, Kristo DA, Bista SR, Lamm CI, Morgenthaler TI. Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *J Clin Sleep Med* 2010; 6 (4): 389-401.
Kommentar: A1

Australian Centre for posttraumatic mental health. Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. East Melbourne: ACPMH, 2008
Kommentar: A2

Ärztammer Nordrhein (Äkno). Curriculum und Weiterbildungsordnung Facharzt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Stand: April 2008. Düsseldorf: Äkno, 2008
Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel
Kommentar: A8

Ballenger JC. Current treatments of the anxiety disorders in adults. *Biol Psychiatry* 1999; 46: 1579-94.

Kommentar: A2

Bannister C, McInnes B. RCN Working Well Initiative Guidance on traumatic stress management in the health care sector. Stand: Juli 2005. London: Royal College of Nursing, 2005

Kommentar: A2

Beckham JC, Crawford AL, Feldman ME, Kirby AC, Hertzberg MA, Davidson JR, Moore SD. Chronic posttraumatic stress disorder and chronic pain in Vietnam combat veterans. *J Psychosom Res* 1997; 43 (4): 379-89.

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1

Benish S.G., Imel ZE, Wampold BE. The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clin Psychol Rev* 2008; 28 (5): 746-58.

Kommentar: A8

Berendsen S. De behandeling van trauma-gerelateerde klachten na rampen en mogelijke dilemma's. [The treatment of trauma-related complaints after disasters and possible dilemmas]. *Bohn Stafleu Van Loghum* 2008; 36 (3): 147-52.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Bergmann C. Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs. Stand: April 2011. Berlin: Geschäftsstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2011

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von Deutsche Psychotherapeutenvereinigung

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Bergmann C. Empfehlungen der Unabhängigen Beauftragten für immaterielle und materielle Hilfen für von sexuellem Missbrauch Betroffene. Stand: Mai 2011. Berlin: Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2011

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174 (12): 727-35.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1; A8

Bériault M, Larivée S. Guérir avec l'EMDR: Preuves et controverses. [French review of EMDR efficacy: Evidences and Controversies]. *Revue de Psychoéducation* 2005; 34 (2): 355-96.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Bériault M, Larivée S, Grégoire PA. L'EMDR est-elle une intervention efficace pour traiter l'état de stress post-traumatique? [Is EMDR an effective treatment for PTSD?] In: **Guay S., Marchand, A.** (ed.): *Les troubles liés aux événements traumatiques: dépistage, évaluation et traitements.* Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2006. S. 215-242.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Bisson JI. Treatment of PTSD. *Br J Psychiatry* 1996; 168 (2): 252-3.

Kommentar: A2

Bisson JI. Is post-traumatic stress disorder preventable? *Journal of Mental Health* 1997; 6 (2): 109-11.

Kommentar: A2

Bisson JI. Post-traumatic stress disorder. *Occup Med (Lond)* 2007; 57 (6): 399-403.

Kommentar: A2

Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007; 190 (2): 97-104.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8

Bisson JI. Eye movement desensitisation and reprocessing reduces PTSD symptoms compared with fluoxetine at six months post-treatment. *Evid Based Ment Health* 2007; 10 (4): 118.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A6

Bisson JI. Post-traumatic stress disorder. Clin Evid (Online) 2010;
Kommentar: A8

Bleich A, Kotler M, Kutz E, Shalev A. A position paper of the (Israeli) National Council for Mental Health: Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community. Jerusalem, Israel:Israeli National Council for Mental Health , 2002
Kommentar: A8 (nicht beschaffbar)

Bomyea J, Lang AJ RA. Emerging interventions for PTSD: Future directions for clinical care and research. Neuropharmacology 2012; 62 (N2): 607-16.
Kommentar: A1; A2

Boon S, Draijer N. Multiple personality disorder in The Netherlands: a clinical investigation of 71 patients. Am J Psychiatry 1993; 150 (3): 489-94.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1; A3; A4; A8

Bossini L. Cortical and subcortical volumetric changes after EMDR treatment in PTSD 15th Annual Meeting of the European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics, EACLPP and 29th European Conference on Psychosomatic Research, ECPR Aarhus Denmark. Conference Start: 20120627 Conference End: 20120630 (var.pagings). J Psychosom Res 2012; 72 (6): 472-3.

Kommentar: A2

Bossini L, Casolaro I, Santarnecki E, Caterini C, Koukouna D, Fernandez I, Fagiolini A. [Evaluation study of clinical and neurobiological efficacy of EMDR in patients suffering from post-traumatic stress disorder]

Studio di valutazione dell'efficacia clinica e neurobiologica dell'EMDR in pazienti affetti da disturbo da stress post-traumatico. Riv Psichiatr 2012; 47 (2 Suppl): 12-5.

Kommentar: A8

Boudewyns PA, Stwertka SA, Hyer LA, Albrecht JW, Sperr EV. Eye movement desensitization for PTSD of combat: a treatment outcome pilot study. Behavior Therapist 1993; 29 (2): 29-33.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8

Boudewyns PA, Hyer LA. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as Treatment for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Clinical Psychology & Psychotherapy 1996; 3 (3): 185-95.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel
Kommentar: A8

Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. "A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD": Correction. *The American Journal of Psychiatry* 2006; 163 (2): 330.
Kommentar: A2

Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48 (3): 216-22.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel
Kommentar: A1

Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 (7): 626-32.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel
Kommentar: A1

Brewin CR, Scragg P, Robertson M, Thompson M, D'Ardenne P, Ehlers A. Promoting mental health following the London bombings: a screen and treat approach. *J Trauma Stress* 2008; 21 (1): 3-8.
Kommentar: A8

Briere J, Runtz M. Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse Negl* 1988; 12 (1): 51-9.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel
Kommentar: A1; A3; A4; A8

Brom D, Kleber RJ, Defares PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57 (5): 607-12.

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer
Kommentar: A3

Brunello N, Davidson JRT, Deahl M, Kessler RC, Mendlewicz J, Racagni G, Shalev AY, Zohar J. Posttraumatic stress disorder: Diagnosis and epidemiology, comorbidity and social

consequences, biology and treatment. *Neuropsychobiology* 2001; 43 (3): 150-62.

Kommentar: A2

Bryant RA, Friedman M. Medication and non-medication treatments of post-traumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry* 2001; 14 (2): 119-23.

Kommentar: A2

Bryant RA. Psychological interventions for trauma exposure and PTSD
World Psychiatric Association evidence and experience in psychiatry series. Wiley-Blackwell
2011; 171-202.

Kommentar: A2

Caballo VE, Vilchez PMM. Treatment of anxiety disorders in the beginning of the 21st century. *Psicologia Conductual* 2000; 8 173-215.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Cahill SP, Frueh BC. Flooding versus eye movement desensitization and reprocessing therapy: relative efficacy has yet to be investigated--comment on Pitman et al (1996). *Compr Psychiatry* 1997; 38 (5): 300-3.

Kommentar: A2

Cahill SP, Carrigan MH, Frueh BC. Does EMDR work? And if so, why?: a critical review of controlled outcome and dismantling research. *J Anxiety Disord* 1999; 13 (1-2): 5-33.

Kommentar: A2

California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). Trauma Treatment (Child & Adolescent). San Diego: CEBC, 2010

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A5

Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). EMDR for Treatment of Post-traumatic Stress Disorder (Pre-Assessment). Ottawa, Ontario: CCOHTA, 2004

Kommentar: A2

Carlson JG, Chemtob CM, Rusnak K, Hedlund NL, Muraoka MY. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Japanese Journal of Biofeedback Research* 1997; 24 50-64.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Carpenter MN. Eye movement desensitization and reprocessing in battered women: alleviation of post-traumatic stress disorder. Fullerton, CA: Thesis, 1999

Kommentar: A7

Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Beutler LE, Calhoun KS, Crits-Christoph P, Daiuto A, DeRubeis R, Detweiler JHDAF, Bennett Johnson S, McCurry S, Mueser KT, Pope KS, Sanderson WC, Shoham V, Stickle T, Williams DA, Woody SR. Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist* 1998; 51 (1): 3-16.

Stellungnahme von Herr Maas
Stellungnahme von Herr Dr. Gogia
Kommentar: A2

Chemtob CM, Tolin DF, van der Kolk BA, Pitman RK. Eye movement desensitization and reprocessing. In: **Foa, Edna B; Keane, Terence Martin; Friedman, Matthew J (ed.)**. Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press, 2000. S. 139-154.
Kommentar: A8 (aktuellere Version verfügbar)

Chemtob CM, Nakashima J, Carlson JG. Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: a field study. J Clin Psychol 2002; 58 (1): 99-112.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel
Kommentar: A5

Choi DS, Choi DY, Whittington RA, Nedeljkovic SS. Sudden amnesia resulting in pain relief: the relationship between memory and pain. Pain 2007; 132 (1-2): 206-10.

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel
Kommentar: A1; A2; A3; A4

Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). The Management of Post Traumatic Stress Disorder In Adults. Stand: Juni 2003. Belfast: Crest, 2003
Kommentar: A2

Colosetti SD, Thyer BA. The relative effectiveness of EMDR versus relaxation training with battered women prisoners. Behav Modif 2000; 24 (5): 719-39.
Kommentar: A8

Colosetti SD. Effect of relaxation training alone and relaxation training paired with EMDR on incarcerated, battered women. Athens, Georgia: Dissertation, 1997
Kommentar: A8

Cottencin O. Les traitements du psychotraumatisme [The treatments of the posttraumatic stress disorder]. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2009; 9 (4): 241-4.
Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Creamer M, O'Donnell M. Post-traumatic stress disorder. Current Opinion in Psychiatry 2002; 15 (2): 163-8.
Kommentar: A2

Creamer M, Forbes D. Treatment of posttraumatic stress disorder in military and veteran populations. Psychotherapy 2004; 41 (4): 388-98.
Kommentar: A2

Cukor J, Olden M, Lee F, Difede J. Evidence-based treatments for PTSD, new directions, and special challenges. Ann N Y Acad Sci 2010; 1208 82-9.
Kommentar: A2

Cusack K, Spates CR. The cognitive dismantling of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *J Anxiety Disord* 1999; 13 (1-2): 87-99.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1

Cybulska B, Forster G, Welch J, Lacey H, Rogstad K, Lazaro N. UK National Guidelines on The Management of Adult and Adolescent Complainants of Sexual Assault 2011. London: British Association for Sexual Health and HIV, 2011

Kommentar: A2

Daroff LH. Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing procedure in the treatment of traumatic memories: a replication study. Philadelphia: Dissertation, 1996

Kommentar: A8

Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med* 1991; 21 (3): 713-21.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1; A8

Davidson JRT. Effective management strategies for posttraumatic stress disorder. *Focus* 2003; 1 (3): 239-43.

Kommentar: A2

Davidson PR, Parker KC. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69 (2): 305-16.

Stellungnahme von AVM, DÄVT, DVT, DGVT und DGPs

Kommentar: A1

de Jongh A, ten Broeke E. EMDR and the anxiety disorders: Exploring the current status. Springer Publishing 2009; 3 (3): 133-40.

Kommentar: A4

de Quervain DJ-F, Roozendaal B, McGaugh JL. Stress and glucocorticoids impair retrieval of long-term spatial memory. *Nature* 1998; 394 (6695): 787-90.

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1

De Roos C, Greenwald R, Den Hollander-Gijsman ME, Noorthoorn E, Van Buuren S, De Jongh A. A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children. *European Journal of Psychotraumatology* 2011; 2 5694.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel
Kommentar: A5

Debell C, Jones RD. As good as it seems. A review of EMDR experimental research. Professional Psychology-Research and Practice 1997; 28 (2): 153-63.
Kommentar: A2

Department of Veterans Affairs (DV), Department of Defense Affairs (DoD). VA/DoD Clinical Practise Guideline for management of post-traumatic stress. Washington: US Depatrnent of Veterans Affairs, 2004

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel
Kommentar: A8 (nicht beschaffbar, aktuellere Version verfügbar)

Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie PuND. Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. Stand: Mai 2008. AWMF Leitlinien-Register Nr 051/027
Kommentar: A2

Devilly GJ, Spence SH, Rapee RM. Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma within a veteran population. Behavior Therapy 1998; 29 (3): 435-55.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel
Kommentar: A8

Devilly GJ, Spence SH. The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. J Anxiety Disord 1999; 13 (1-2): 131-57.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel
Kommentar: A8

Devilly GJ. Power Therapies and possible threats to the science of psychology and psychiatry. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39 (6): 437-45.
Kommentar: A2

Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care. Richtlijnherzieningen van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (eerste revisie). Utrecht, Netherlands: Trimbo Institute, 2009

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care. Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen. [Multidisciplinary Guideline Anxiety Disorders]. Utrecht, Netherlands: Trimbos Institute, 2003

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Dyregrov A. Hjelper terapi for traumatiserte mennesker? [Does trauma therapy help?].

Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2004; 41 (10): 787-93.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Ebbinghaus R, Bauer M, Priebe S. Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung.

[Treatment of posttraumatic-stress-disorder. A review]. Fortschritte der Neurologie

Psychiatrie 1996; 64 (11): 433-43.

Kommentar: A2

Echeburúa E, de Corral P. Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de

estrés postraumático. [Cognitive-behavioral therapy for post-traumatic stress disorder].

Ansiedad y Estrés 1997; 3 (2-3): 249-64.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Edmond T, Rubin A, Wambach KG. The effectiveness of EMDR with adult female survivors

of childhood sexual abuse. Soc Work Res 1999; 23 (2): 103-16.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A7

Edmond T, Sloan L, McCarty D. Sexual Abuse Survivors' Perceptions of the Effectiveness

of EMDR and Eclectic Therapy. Research on Social Work Practice 2004; 14 (4): 259-72.

Kommentar: A8

Edmond T, Rubin A. Assessing the long-term effects of EMDR: results from an 18-month

follow-up study with adult female survivors of CSA. J Child Sex Abus 2004; 13 (1): 69-86.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A7

Edmond TE. Eye movement desensitization and reprocessing: evaluating its effectiveness in

reducing trauma symptoms in adult female survivors of childhood sexual abuse. Austin:

Dissertation, 1997

Kommentar: A4

Ehlers A, Bisson J, Clark DM, Creamer M, Pilling S, Richards D, Schnurr PP, Turner S, Yule W. Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clin Psychol Rev* 2010; 30 (2): 269-76.

Kommentar: A2

Ehnholt KA, Yule W. Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47 (12): 1197-210.

Kommentar: A2

Engelhard IM, van der Hout MA, Janssen WC, van der Beek J. Eye movements reduce vividness and emotionality of "flashforwards". *Behav Res Ther* 2010; 48 (5): 442-7.

Kommentar: A7

Engelhard IM, van Hout MA, Dek ECP, Giele CL, vanr Wielen J-Wd, Reijnen MJ, van Roij B. Reducing vividness and emotional intensity of recurrent "flashforwards" by taxing working memory: An analogue study. *J Anxiety Disord* 2011; 25 (4): 599-603.

Kommentar: A7

Engelhard IM, Vann Hout MAD, Smeets MAM. Taxing working memory reduces vividness and emotional intensity of images about the Queen's Day tragedy. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011; 42 (1): 32-7.

Kommentar: A7

Engelhard IM, Van Uijen SL, Van den Hout MA. The impact of taxing working memory on negative and positive memories. *European Journal of Psychotraumatology* 2010; 1 5623.

Kommentar: A7

Errebo N, Knipe J, Forte K, Karlin V, Altayli B. EMDR-HAP training in Sri Lanka following the 2004 tsunami. Springer Publishing 2008; 2 (2): 124-39.

Kommentar: A2; A8

Eschenröder CT. Augenbewegungs-Desensibilisierung und Verarbeitung: Eine Methode zur Behandlung von posttraumatischen Störungen und Ängsten. *Autogenes Training & Progressive Relaxation* 1995; 12 19-21.

Kommentar: A2

Eschenröder CT. Augenbewegungs-Desensibilisierung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen - eine neue Behandlungsmethode. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 1995; 27 (3): 341-73.

Kommentar: A2;

Eschenröder CT. Entwicklung und gegenwärtiger Status der EMDR - Ein Überblick. In: **Eschenröder CT (Hrsg.):** EMDR. Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. Tübingen: dgvt, 1997. S. 11-65.

Kommentar: A2

Farkas L. The effects of Motivation-Adaptive Skills-Trauma Resolution (MASTR) - Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on traumatized adolescents with conduct problems. Montreal: Dissertation, 2009

Kommentar: A3; A5

Farkas L, Cyr M, Lebeau TM, Lemay J. Effectiveness of MASTR/EMDR therapy for traumatized adolescents. *Journal of Child and Adolescent Trauma* 2010; 3 (2): 125-42.

Kommentar: A5

Fernandez I. EMDR as treatment of post-traumatic reactions: A field study on child victims of an earthquake. *Educational and Child Psychology* 2007; 24 (1): 65-72.

Kommentar: A5

Fernandez I, Gallinari E, Lorenzetti A. A school-based eye movement desensitization and reprocessing intervention for children who witnessed the Pirelli building airplane crash in Milan, Italy. *Journal of Brief Therapy* 2003; 2 (2): 129-36.

Kommentar: A5

Feske U, Goldstein AJ. Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65 (6): 1026-35.

Kommentar: A4

Filetti VJ. Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: Die Verwandlung von Gold in Blei. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2002; 48 (4): 359-69.

Stellungnahme von Herr Maas

Stellungnahme von Herr Dr. Gogia

Kommentar: A1

Fine CG, Berkowitz AS. The wreathing protocol: the imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. *Eye Movement Desensitization Reprocessing. Am J Clin Hypn* 2001; 43 (3-4): 275-90.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Finley PA. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of sex offenders. *ProQuest Information & Learning* 2003; 63 (10-B): 4899.

Kommentar: A8 (nicht beschaffbar)

Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: UTB, 2009

Stellungnahme von Deutsche PsychotherapeutenVereinigung

Kommentar: A2

Flatten G. Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quelltext. Stuttgart: Schattauer, 2004

Stellungnahme von Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie

Kommentar: A8 (aktuellere Version verfügbar)

Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Wöller W, Petzold ER. Posttraumatische Belastungsstörung. Stand Januar 2011. AWMF Leitlinien-Register Nr 051/010

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer
Stellungnahme von AVM, DÄVT, DVT, DGVT und DGPs
Kommentar: A2

Flatten G. Leitlinienreport zur S2-Leitlinie: Diagnostik und Therapien von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. *Trauma & Gewalt* 5 (3): 212-3.
Kommentar: A2

Foa E, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA, International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. 2d Ed. New York: Guilford Press, 2009

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8 (Leitlinie innerhalb des Buches ist bereits in Basisliste vorhanden)

Foa E. Cognitive behavioural interventions for acute and chronic PTSD. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006; 16 (Suppl. 4): S205.
Kommentar: A2

Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. 1 Ed. New York: The Guilford Press, 2000

Kommentar: A8 (aktuellere Version verfügbar)

Foa EB, Rothbaum BO, Molnar C. Cognitive-behavioral therapy of post-traumatic stress disorder. In: **Friedman MJ, Charney DS, Deutch AY (ed.):** Neurobiological and clinical consequences of stress: from normal adaptation to post-traumatic stress disorder. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995. S. 483-94.

Kommentar: A2

Foa EB. PDS: Posttraumatic Diagnostic Scale. Minneapolis: National Computer System, 1995

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A8 (nicht beschaffbar)

Foa EB, Steketee G, Turner RM, Fischer SC. Effects of imaginal exposure to feared disasters in obsessive-compulsive checkers. *Behav Res Ther* 1980; 18 (5): 449-55.

Kommentar: A3; A4

Foa EB. Expert Consensus Treatment Guidelines For Posttraumatic Stress Disorder: A Guide For Patients and Families. *J Clin Psychiatry* 1990; 60 (Suppl 16): 1-8.

Kommentar: A2

Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1993; 6 (4): 459-73.

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A1; A8

Foa EB, Meadows EA. Psychological treatments for posttraumatic-stress-disorder. A critical review. *Annu Rev Psychol* 1997; 48 449-80.

Kommentar: A2

Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67 (2): 194-200.

Kommentar: A3

Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Bisson JI, McFarlane A, Rose S, Rothbaum BO, Meadows EA, Resick P, Foy DW, Davidson JRT, Mellman TA, Southwick SM, Cohen JA, Berliner L, March JS, Chemtob CM, Tolin DF, vanderKolk BA, Pitman RK, Glynn SM, Schnurr PP, Jankowski MK, Wattenberg MS, Weiss DS, Marmar CR, Gusman FD, Kudler HS, Blank AS, Krupnick JL, Courtois CA, Bloom SL, Penk W, Flannery RB, Cardena E, Maldonado J, VanderHart O, Spiegel D, Riggs DS, Johnson DR. Guidelines for treatment of PTSD - Introduction (Reprinted from *Effective Treatments for PTSD*, 2000). *J Trauma Stress* 2000; 13 (4): 539-88.

Kommentar: A2

Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC, Hembree EA, Alvarez-Conrad J. Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *J Consult Clin Psychol* 2002; 70 (4): 1022-8.

Kommentar: A3; A8

Foa EB, Rothbaum BO, Furr JM. Augmenting exposure therapy with other CBT procedures. *Psychiatric Annals* 2003; 33 (1): 47-53.

Kommentar: A2

Foley T, Spates CR. Eye-Movement-Desensitization of public-speaking anxiety. A partial dismantling. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1995; 26 (4): 321-9.

Kommentar: A4

Forbes D, Creamer M, Rycroft P. Eye movement desensitization and reprocessing in posttraumatic stress disorder: a pilot study using assessment measures. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1994; 25 (2): 113-20.

Kommentar: A8

Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilly GJ, Matthews L, Raphael B, Doran C, Merlin T, Newton S. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41 (8): 637-48.

Kommentar: A2

Freyberger HJ, Spitzer C, Striglitz RD, Kuhn G, Magdeburg N, Bernstein-Carlson E. Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Deutsche Adaptation, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative Experience Scale (DES). Göttingen: Hogrefe, 1999

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8 (nicht beschaffbar)

Frommberger U, Sack M. Psychotherapie bei PTSD oder dissoziativer Störung In: **Herpertz S, Casper F, Mundt C (Eds.):** Störungsorientierte Psychotherapie. München: Elsevier, 2008. S. 351-371.

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A2

Gallo FP. Reflections on active ingredients in efficient treatments of PTSD, part 2.

Traumatology 1996; 2 (2): 9-14.

Kommentar: A2

Gast U, Hofman A, Liebermann P, Flatten G. Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung In: **Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Wöller W, Petzold ER (Ed).** Posttraumatische Belastungsstörung - Leitlinie und Quellentext Stuttgart: Schattauer, 2004. S. 85-102.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1

Gerardi M, Rothbaum BO, Astin MC, Kelley M. Cortisol Response Following Exposure Treatment for PTSD in Rape Victims. J Aggress Maltreat Trauma 2010; 19 (4): 349-56.

Kommentar: A8

Gezondheidsraad. Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling. [Treating the effects of child abuse (Summary)]. Den Haag: Gezondheidsraad, 2011

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Giamp JS. Honoring their voice: eye movement desensitization and reprocessing through the eyes of inmates with developmental disabilities. Walden University: Dissertation, 2003

Kommentar: A4

Giannantonio M. Trauma, psicopatologia e psicoterapia: l'efficacia della psicoterapia ipnotica e dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing. [Trauma, psychopathology, and psychotherapy: the efficacy of hypnotherapy and EMDR]. Attualità in Psicologi 2000; 15 (3): 336-45.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Goodson J, Helstrom A, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Powers MB.

Treatment of posttraumatic stress disorder in U.S. combat veterans: a meta-analytic review.

Psychol Rep 2011; 109 (2): 573-99.

Kommentar: A2

Grainger RD, Levin C, Allen-Byrd L, Doctor RM, Lee H. An empirical evaluation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with survivors of a natural disaster. J Trauma Stress 1997; 10 (4): 665-71.

Kommentar: A7

Greenwald R. Motivation-adaptative skills-trauma resolution (MASTR) therapy for adolescents with conduct problems: An open trial. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma 2002; 6 (1): 237-61.

Kommentar: A4; A5

Hamblen JL, Schnurr PP, Rosenberg A, Eftekhari A. A Guide to the Literature on
Psychotherapy for PTSD. *Psychiatric Annals* 2009; 39 (6): 348-54.

Kommentar: A2

Hase M. Posttraumatische Belastungsstörungen nach schwerer körperlicher Erkrankung - Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung mit der EMDR-Methode (Vortrag). Bielefeld: 11 Jahrestagung der DeGPT, 2009

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Kommentar: A6

Hase M, Hofmann A. Risiken und Nebenwirkungen beim Einsatz der EMDR-Methode. Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie 2005; 9 (1): 16-21.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Herr Stolz

Stellungnahme von Herr Maas

Stellungnahme von Herr Dr. Gogia

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Haugen PT RA, Evces M, Weiss DS. Treating posttraumatic stress disorder in first responders: A systematic review. Clin Psychol Rev 2012; 32 (N5): 370-80.

Kommentar: A1; A2; A7

Haute Autorité de Santé (HAS). Severe anxiety disorders. (Affections psychiatriques de longue durée Troubles anxieux graves). Stand: Juni 2007. Saint-Denis: HAS, 2007

Kommentar: A8; zurückgestellt

Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. N Engl J Med 1987; 317 (26): 1630-4.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1; A8

Hembree EA, Foa EB. Cognitive behavioral treatments for PTSD. In: **Rosen GM, Frueh BC (Eds.):** Clinician's guide to posttraumatic stress disorder. New York: Wiley, 2010. S. 177-204.

Kommentar: A2

Hembree EA, Foa EB, Dorfman NM, Street GP, Kowalski J, Tu X . Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? J Trauma Stress 2003; 16 (6): 555-62.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Hembree EA. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. Primary Psychiatry 2002; 9 (2): 49-53.

Kommentar: A2

Herbert JD, Mueser KT. Eye movement desensitization: a critique of the evidence. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1992; 23 (3): 169-74.

Kommentar: A2

Herbert JD, Lilienfeld SO, Lohr JM, Montgomery RW, O'Donohue WT, Rosen GM, Tolin DF. Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for clinical psychology. *Clin Psychol Rev* 2000; 20 (8): 945-71.

Kommentar: A2

Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146 (4): 490-5.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1; A4

Hertlein KM, Ricci RJ. A systematic research synthesis of EMDR studies: implementation of the platinum standard. *Trauma Violence Abuse* 2004; 5 (3): 285-300.

Kommentar: A1

Ho MSK, Lee CW. Cognitive behaviour therapy versus eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic disorder-Is it all in the homework then?

Revue de Psychologie Appliquee. Elsevier Science 2012; 62 (4): 253-60.

Kommentar: A8

Hofman A, Liebermann P, Flatten G. Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung. In: **Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Wöller W, Petzold ER (Ed).** Posttraumatische Belastungsstörung - Leitlinie und Quellentext. Stuttgart: Schattauer, 2001. S. 85-102.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8 (aktuellere Version verfügbar)

Hofmann A. The inverted EMDR standard protocol for unstable complex post-traumatic stress disorder. In: **Luber M.** EMDR Scripted Protocols. Special Populations. New York: Springer, 2010. S. 313-328.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1

Hofmann A, Fischer G, Galley N, Solomon R. EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart: Thieme, 1999

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A8 (aktuellere Version verfügbar)

Hofmann A. Mit EMDR aus der Wortlosigkeit. In: **Seidler GH, Laszig P, Micka R, Nolting BV. (Hrsg.):** Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie - Krankheitsbilder - Therapie. Gießen: Psychosozial-Verl., 2003. S. 153-63.

Kommentar: A2

Hofmann A. EMDR - Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart: Schattauer, 2004

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8 (aktuellere Version verfügbar)

Hofmann A, Liebermann P. Die EMDR-Methode in der Behandlung psychisch Traumatisierter. In: **Maercker A, Rosmer R (Hrsg.):** Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart: Thieme, 2006. S. 68-73.

Kommentar: A2

Hofmann A, Sack M. EMDR in der Behandlung von Patienten mit chronisch komplexer PTBS und schweren dissoziativen Störungen. In: **Lamprecht F (Hrsg.):** Praxisbuch EMDR. Leben lernen. Stuttgart: Klett-Cotta, 2006. S.172-194.

Kommentar: A2

Hofmann A, Galley N, Solomon R. EMDR - Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart: Thieme, 2006

Kommentar: A2

Hofmann A. EMDR - Eine neue Methode zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen. Psychotherapeut 1996; 41 (6): 368-72.

Kommentar: A8

Hofmann A, Musaeus-Schürmann B. Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen und Kindern mit EMDR. Psycho 1997; 23 (11): 670-3.

Kommentar: A2

Holen A, Sund A, Weisaeth L. The Alexander Kielland Disaster March 27th 1980: Psychological reactions among the survivors. Oslo: Division of Disaster Psychiatry, University of Oslo, 1983

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A8 (nicht beschaffbar)

Hollon SD, Stewart MO, Strunk D. Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. Annu Rev Psychol 2006; 57 285-315.

Kommentar: A2; A3

Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. Psychosom Med 1979; 41 (3): 209-18.

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A1; A3

Horowitz MJ. Stress response syndromes. New Tibrk: Aronson, 1976

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A2

Högberg G, Pagani M, Sundin O, Soares J, Aberg-Wistedt A, Tarnell B, Hallstrom T. Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: outcome is stable in 35-month follow-up. Psychiatry Res 2008; 159 (1-2): 101-8.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von AVM, DÄVT, DVT, DGVT und DGPs

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Psychothérapie, trois approches évaluées [Psychotherapy: An evaluation of three approaches]. Paris: INSERM, 2004

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Jaberghaderi N, Greenwald R, Rubin A, Zand SO, Dolatabadi S. A Comparison of CBT and EMDR for Sexually-abused Iranian Girls. Clinical Psychology & Psychotherapy 2004; 11 (5): 358-68.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A5

Jarero I, Artigas L. The EMDR Integrative Group Treatment Protocol: Application with adults during ongoing geopolitical crisis. Springer Publishing 2010; 4 (4): 148-55.

Kommentar: A7

Jarero I, Artigas L, Hartung JG. Protocolo grupal e integrativo con EMDR: intervención post-catástrofe para niños y adultos. [EMDR integrative group treatment: a postdisaster trauma intervention for children and adults]. Revista de Psicotrauma para Iberoamerica 2005; 4 (1): 22-9.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Jarero I, Uribe S. The EMDR protocol for recent critical incidents: Brief report of an application in a human massacre situation. Springer Publishing 2011; 5 (4): 156-65.

Kommentar: A2

Jeffries FW, Davis P. What is the Role of Eye Movements in Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)? A Review. Behav Cogn Psychother 2012; 1-11.

EMDRIA

Kommentar: A1; A2

Johannesson KB. Traumatiska minnen kan behandlas effektivt med EMDR. [Traumatic memories can be effectively treated with EMDR]. Lakartidningen 2007; 104 (10): 782-3.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Kamolz S, Raif A, Wiesbeck GA. Die Posttraumatische Belastungsstörung. Teil 2: Kosten, Komorbiditäten und Therapie. Krankenhauspsychiatrie 2003; 14 149-55.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1

Kaplan R, Manicavasagar V. Adverse effect of EMDR: a case report. Aust N Z J Psychiatry 1998; 32 (5): 731-2.

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A2; A2

Karatzias A, Power K, McGoldrick T, Brown K, Buchanan R, Sharp D, Swanson V.

Predicting treatment outcome on three measures for post-traumatic stress disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2007; 257 (1): 40-6.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Herr Stolz

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1

Karatzias T, Power K, Brown K, McGoldrick T, Begum M, Young J, Loughran P,

Chouliara Z, Adams S. A Controlled Comparison of the Effectiveness and Efficiency of Two Psychological Therapies for Posttraumatic Stress Disorder: Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs. Emotional Freedom Techniques. J Nerv Ment Dis 2011; 199 (6): 372-8.

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A1

Katz CL, Pellegrino L, Pandya A, Ng A, DeLisi LE. Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature. Psychiatry Res 2002; 110 (3): 201-17.

Kommentar: A2

Katz J, Melzack R. Pain 'memories' in phantom limbs: review and clinical observations. *Pain* 1990; 43 (3): 319-36.

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Keane TM RA, Marshall AD, Taft CT. Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology* 2006; 2 161-97.

Kommentar: A2

Keane TM. Psychological and behavioral treatments of post-traumatic stress disorder. In: **Nathan PE, Gorman JM (ed.):** A guide to treatments that work. New York: Oxford University Press, 1998. S. 398-407.

Kommentar: A2

Kelley SDM, Benbadis S. Eye movement desensitization and reprocessing in the psychological treatment of trauma-based psychogenic non-epileptic seizures. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2007; 14 (2): 135-44.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Herr Stolz

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2; A4

Kemp M, Drummond P, McDermott B. A wait-list controlled pilot study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for children with post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms from motor vehicle accidents. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2010; 15 (1): 5-25.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A5

Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (Suppl 5): 4-12.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Months DSMIV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 (6): 617-27.

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A1

Konuk E, Knipe J, Eke I, Yuksek H, Yurtsever A, Ostep S. The effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on posttraumatic stress disorder in survivors of the 1999 Marmara, Turkey, earthquake. *International Journal of Stress Management* 2006; 13 (3): 291-308.

Kommentar: A8

Korn DL, Leeds AM. Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychol* 2002; 58 (12): 1465-87.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Krystal JH, Rosenheck RA, Cramer JA, Vessicchio JC, Jones KM, Vertrees JE, Horney RA, Huang GD, Stock C. Adjunctive risperidone treatment for antidepressant-resistant symptoms of chronic military service-related PTSD: a randomized trial. *JAMA* 2011; 306 (5): 493-502.

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Kommentar: A3

Kutz I, Resnik V, Dekel R. The effect of single-session modified EMDR on acute stress syndromes. *Springer Publishing* 2008; 2 (3): 190-200.

Kommentar: A4

Ladwig KH. Traumatisierung durch medizinische Eingriffe. In: **Lamprecht F (Hrsg.):** Wohin entwickelt sich die Traumatherapie? Bewährte Ansätze und neue Perspektiven. Stuttgart: Klett-Cotta, 2007. S.100-36.

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Kommentar: A1;A2

Lahad M, Farhi M, Leykin D, Kaplansky N. Preliminary study of a new integrative approach in treating post-traumatic stress disorder: SEE FAR CBT. *The Arts in Psychotherapy* 2010; 37 (5): 391-9.

Kommentar: A1

Lamprecht F, Sack M, Lempa W. Efficacy of EMDR treatment in patients with PTSD: A metaanalytic review. *Psychosom Med* 1999; 61 (1): 99.

Kommentar: A6

Lamprecht F, Kohnke C, Lempa W, Sack M, Matzke M, Munte TF . Event-related potentials and EMDR treatment of post-traumatic stress disorder. *Neurosci Res* 2004; 49 (2): 267-72.

Kommentar: A8

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ .

Multidisciplinaire Richtlijn voor vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme

en andere schockende gebeurtenissen. Trimbos-Instituut, 2007

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Lansing K, Amen DG, Hanks C, Rudy L. High-resolution brain SPECT imaging and eye movement desensitization and reprocessing in police officers with PTSD. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2005; 17 (4): 526-32.

Kommentar: A8

Largo-Marsh LK. The relationships among expectancy, hypnotizability, and treatment outcome associated with eye movement desensitization in the treatment of post-traumatic stress disorder. Western Michigan: Dissertation, 1996

Kommentar: A7

Lazrove S, Fine CG. The use of EMDR in patients with dissociative identity disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders* 1996; 9 (4): 289-99.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Lazrove S, Triffleman E, Kite L, McGlashan T, Rounsaville B. An open trial of EMDR as treatment for chronic PTSD. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 69 (4): 601-8.

Kommentar: A8

Lee C, Gavriel H, Drummond P, Richards J, Greenwald R. Treatment of PTSD: stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *J Clin Psychol* 2002; 58 (9): 1071-89.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8

Lee CW, Schubert S. Omissions and errors in the institute of medicine's report on scientific evidence of treatment for posttraumatic stress disorder. Springer Publishing 2009; 3 (1): 32-8.

Kommentar: A2

Leichsenring F, Vogel C, Sachsse U. Ergebnisse einer traumazentrierten stationären Psychotherapie für Patientinnen mit komplexer PTBS. In: **Sachsse U (Hrsg.):** Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer, 2004. S. 334-357.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel
Kommentar: A8

Liebermann P. Psychoanalyse und EMDR - Ergebnisse einer Umfrage (**Vortrag**). Berlin: EMDRIA Tag, 2011

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Kommentar: A6

Lilienfeld SO. EMDR treatment: less than meets the eye? Skeptical Enquirer 1996; 20 (January/February): 25-31.
Kommentar: A2

Lindauer RTL, van Meijel EPM, Jalink M, Olf M, Carlier IVE, Gersons BPR. Heart rate responsivity to script-driven imagery in posttraumatic stress disorder: Specificity of response and effects of psychotherapy. Psychosom Med 2006; 68 (1): 33-40.
Kommentar: A3

Linden M, Hautzinger M. Verhaltenstherapiemanual. Berlin:Springer, 2008

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase
Stellungnahme von Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
Stellungnahme von EMDRIA
Stellungnahme von Herr Stolz
Stellungnahme von Frau Kalinowski
Stellungnahme von Herr Dr. Gündel
Kommentar: A2

Lindsay JK. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of rape survivors. Oregon: Dissertation, 1994
Kommentar: A8

Lohr JM, Tolin DF, Lilienfeld SO. Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Implications for behavior therapy. Behavior Therapy 1998; 29 (1): 123-56.
Kommentar: A2

Mabey L, van SG. Treatment of post-traumatic stress disorder in patients with severe mental illness: A review. Int J Ment Health Nurs 2013;
Kommentar: A8

MacCluskie KC. A review of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Research findings and implications for counsellors. Canadian Journal of Counselling 1998; 32 (2): 116-37.
Kommentar: A2

MacDonald HA, Colotla V, Flamer S, Karlinsky H. Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the workplace: A descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. Journal of Occupational Rehabilitation 2003; 13 (2): 63-77.
Kommentar: A1; A2

Macklin ML, Metzger LJ, Lasko NB, Berry NJ, Orr SP, Pitman RK. Five-year follow-up study of eye movement desensitization and reprocessing therapy for combat-related posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry* 2000; 41 (1): 24-7.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8

Maercker A, Schützwohl M. Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala- revidierte Version. *Diagnostica* 1998; 44 130-41.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1; A3

Marquis JN. A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1991; 22 (3): 187-92.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8

Mashour GA, Wang LY, Esaki RK, Naughton NN. Operating room desensitization as a novel treatment for post-traumatic stress disorder after intraoperative awareness. *Anesthesiology* 2008; 109 (5): 927-9.

Kommentar: A2

Mason JW, Wang S, Yehuda R, Lubin H, Johnson D, Bremner JD, Charney D, Southwick S. Marked lability in urinary cortisol levels in subgroups of combat veterans with posttraumatic stress disorder during an intensive exposure treatment program. *Psychosom Med* 2002; 64 (2): 238-46.

Kommentar: A1; A3

Matthieu M, Ivanoff A. Treatment of human-caused trauma - Attrition in the adult outcomes research. *Journal of the interpersonal violence* 2006; 21 (12): 1654-64.

Kommentar: A1

Maxfield L, Hyer L. The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol* 2002; 58 (1): 23-41.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Herr Stolz

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1

Maxfield L. Eye movement desensitization and reprocessing: an empirical review of the effectiveness of EMDR as a treatment for PTSD. *Traumatology* 1999; 5 (4): 1-17.

Kommentar: A2

McFarlane AC. Individual psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1994; 17 (2): 393-408.

Kommentar: A2

Mendes DD, Mello MF, Ventura P, Passarela CM, Mari JJ. A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Int J Psychiatry Med* 2008; 38 (3): 241-59.

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A8

Mevissen L, de Jong A. PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: a review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2010; 30 (3): 308-16.

Kommentar: A2

Miller TR, Cohen MA, Wiersema B. Victims Costs and Consequences: A New Look. Research Report. Washington DC: National Institute of Justice, 2003

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1; A3

Montgomery RW, Ayllon T. Eye movement desensitization across subjects: subjective and physiological measures of treatment efficacy. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1994; 25 (3): 217-30.

Kommentar: A8

Montgomery RW. An empirical investigation of eye movement desensitization. Atlanta, Georgia: Dissertation, 1993

Kommentar: A8

Monti DA, Stoner ME, Zivin G, Schlesinger M. Short term correlates of the Neuro Emotional Technique for cancer-related traumatic stress symptoms: a pilot case series. *J Cancer Surviv* 2007; 1 (2): 161-6.

Kommentar: A7

Mulvihill D. The health impact of childhood trauma: an interdisciplinary review, 1997-2003. Issues Compr Pediatr Nurs 2005; 28 (2): 115-36.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1

Müller S, Sachsse U. Langzeitverläufe stationärer Psychotherapie bei komplexen Traumafolgestörungen. Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie 2010; 14 (2): 127-44.

Kommentar: A2; A8

Narimani M, Sadeghieh Ahari S, Rajabi S. Comparison of efficacy of eye movement desensitization and reprocessing and cognitive behavioral therapy therapeutic methods for reducing anxiety and depression of Iranian combatant afflicted by post traumatic stress disorder. Journal of Applied Sciences 2008; 8 (10): 1932-7.

Kommentar: A8

National Institute for Clinical Excellence. Post-traumatic stress disorder (PTSD). London: NICE, 2005

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Common mental health disorders. Identification and pathways to care. Stand Mai 2011. London: NICE, 2011

Kommentar: A2

New York State Department of Health AIDS Institute. Trauma and post-traumatic stress disorder in patients with HIV/AIDS. New York (NY): New York State Department of Health AIDS Institute, 2007

Kommentar: A2; A3

Nijdam MJ, Gersons BP, Reitsma JB, de JA, Olf M. Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2012; 200 (3): 224-31.

Kommentar: A1

Noll-Hussong M, Otti A, Laeer L, Wohlschlaeger A, Zimmer C, Lahmann C, Henningsen P, Toelle T, Guendel H. Aftermath of sexual abuse history on adult patients suffering from chronic functional pain syndromes: an fMRI pilot study. J Psychosom Res 2010; 68 (5): 483-7.

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1; A3

NSW Health and Mental Health. Disaster Mental Health Manual 2012. Sydney: NSW Health and Mental Health, 2012

Kommentar: A2

Ohtani T, Matsuo K, Kasai K, Kato T, Kato N. Hemodynamic responses of eye movement desensitization and reprocessing in posttraumatic stress disorder. *Neurosci Res* 2009; 65 (4): 375-83.

Kommentar: A8

Ohtani T, Matsuo K, Kasai K, Kato T, Kato N. Erratum to "Hemodynamic responses of eye movement desensitization and reprocessing in posttraumatic stress disorder". *Neurosci Res* 2010; 66 (2): 232.

Kommentar: A2

Opdyke DC. Clinical efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of posttraumatic stress disorder. Georgia: Dissertation, 1995

Kommentar: A8

Ost J, Easton S. NICE recommends EMDR for post-traumatic stress disorder: Why? *Clinical Psychology Forum* 2006; (159): 23-6.

Kommentar: A2

Pagani M, Hogberg G, Salmaso D, Nardo D, Sundin O, Jonsson C, Soares J, Aberg-Wistedt A, Jacobsson H, Larsson SA, Hallstrom T. Effects of EMDR psychotherapy on 99mTc-HMPAO distribution in occupation-related post-traumatic stress disorder. *Nucl Med Commun* 2007; 28 (10): 757-65.

Kommentar: A8; zurückgestellt

Pagani M, Di LG, Verardo AR, Nicolais G, Monaco L, Lauretti G, Russo R, Niolu C, Ammaniti M, Fernandez I, Siracusano A. Neurobiological correlates of EMDR monitoring - an EEG study. *Public Library of Science* (185 Berry Street, Suite 1300, San Francisco CA 94107, United States) 2012; 7 (9): e45753.

EMDRIA

Kommentar: A8

Pagano A. Comparing CBT and eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of adolescent PTSD. *Australian Journal of Psychology* 2001; 53 (1): 56.

Kommentar: A2

Pasternak J. Skuteczność terapii odwracania za pomocą ruchów gałek ocznych (EMDR) u leczonych ambulatoryjnie pacjentów z zaburzeniem stresowym pourazowym. [Eye Movement Desensitization and Reprocessing effectiveness in outpatient psychotherapy for posttraumatic stress disorder]. *Postepy Psychiatrii i Neurologii* 2009; 18 (3): 247-54.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Paulsen S. Eye movement desensitization and reprocessing: Its cautious use in the dissociative disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders* 1995; 8 (1): 32-44.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel
Kommentar: A2; A4

Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101 (1): 46-59.

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A1; A3

Perkonig A, Pfister H, Stein MB, Hofler M, Lieb R, Maercker A, Wittchen HU. Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (7): 1320-7.

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A1; A3

Perry BD, Azad I. Post-traumatic stress disorders in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr* 1999; 11 (4): 121-32.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2; A5

Peterson G. EMDR for treatment of PTSD. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (10): 784-5.

Kommentar: A2

Peterson G. EMDR for women who experience traumatic events. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (11): 1047-8.

Kommentar: A2

Pitman RK, Orr SP, Altman B, Longpre RE, Poire RE, Macklin ML. Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry* 1996; 37 (6): 419-29.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1

Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review. *Depress Anxiety* 2009; 26 (12): 1086-109.

Kommentar: A8

Pratchett LC, Daly K, Bierer LM, Yehuda R. New approaches to combining pharmacotherapy and psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Expert Opin Pharmacother* 2011; 12 (15): 2339-54.

Kommentar: A1; A2

Puffer MK, Greenwald R, Elrod DE. A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with traumatized children and adolescents. The International Electronic Journal of Innovations in the Study of the Traumatization Process and Methods for Reducing or Eliminating Related Human Suffering 32 (2): Article 6.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A5

Raboni MR, Tufik S, Suchecki D. Treatment of PTSD by eye movement desensitization reprocessing (EMDR) improves sleep quality, quality of life, and perception of stress. Ann N Y Acad Sci 2006; 1071 508-13.

Kommentar: A1

Raju K. Ego strengthening and eye movement desensitization reprocessing in post traumatic stress disorder. Medical Journal Armed Forces India 2005; 61 (3): 289-90.

Kommentar: A2

Rauch SAM, Cahill SP. Treatment and Prevention of Posttraumatic Stress Disorder. Primary Psychiatry 2003; 10 (8): 60-5.

Kommentar: A2

Reddemann L. Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT - Das Manual. München: Pfeiffer, 2011

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A2

Reddemann L, Hofmann A, Gast U. Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart: Thieme, 2004

Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)

Kommentar: A2

Reddemann L. Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT - Das Manual. Stuttgart: Klett-Cotta, 2004

Stellungnahme von Deutsche PsychotherapeutenVereinigung

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A8 (aktuellere Version verfügbar)

Rees S, Silove D, Chey T, Ivancic L, Steel Z, Creamer M, Teesson M, Bryant R, McFarlane AC, Mills KL, Slade T, Carragher N, O'Donnell M, Forbes D. Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. JAMA 2011; 306 (5): 513-21.

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Kommentar: A1; A3

Renfrey G, Spates CR. Eye movement desensitization: a partial dismantling study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1994; 25 (3): 231-9.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1

Renner W, Banninger-Huber E, Peltzer K. Culture-Sensitive and Resource Oriented Peer (CROP)-Groups as a community based intervention for trauma survivors: A randomized controlled pilot study with refugees and asylum seekers from Chechnya. *Massey Univ* 2011; 2011 (1): 1-13.

Kommentar: A3

Richards D, Lovell K, Van Velson C, Newman MC. Treatment of adults. In: **Black D, Newman M, Harris-Hendriks JM, Mezey, GC (Ed.)**: Psychological trauma: a developmental approach. London: Gaskell, 1997. S. 264-80.

Kommentar: A2

Rick J, O'Regan S, Kinder A. Early intervention following trauma: a controlled longitudinal study at royal mail group. Brighton: Institute for employment studies, 2006

Kommentar: A2; A3

Robertson M, Humphreys L, Ray R. Psychological treatments for posttraumatic stress disorder: recommendations for the clinician based on a review of the literature. *J Psychiatr Pract* 2004; 10 (2): 106-18.

Kommentar: A2

Rodenburg R, Benjamin A, de Roos C, Meijer AM, Stams GJ. Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009; 29 (7): 599-606.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A5

Rodenburg R, Benjamin A, Meijer AM, Jongeneel R. Eye movement desensitization and reprocessing in an adolescent with epilepsy and mild intellectual disability. *Epilepsy Behav* 2009; 16 (1): 175-80.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2; A5

Rolfsnes ES, Idsoe T. School-based intervention programs for PTSD symptoms: a review and meta-analysis. *J Trauma Stress* 2011; 24 (2): 155-65.

Kommentar: A5; A8

Rosen GM. On the origin of eye movement desensitization. J Behav Ther Exp Psychiatry 1995; 26 (2): 121-2.

Kommentar: A2; A8

Rosner R, Henkel C, Ginkel K, Mestel R. Was passiert nach der stationären Stabilisierung mit komplex traumatisierten PTB-Patientinnen? Die Bedeutung von Stabilisierung und Konfrontation für die Behandlung traumatisierter Frauen. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 2010; 58 (2): 127-35.

Kommentar: A3; A8

Rost C, Hofmann A, Wheeler K. EMDR treatment of workplace trauma. Springer Publishing 2009; 3 (2): 80-90.

Kommentar: A8

Rost C. EMDR in der Behandlung von chronischem Schmerz. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin 2003; 1 (3): 7-15.

Kommentar: A2; A4

Rothbaum BO. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder. Economics of Neuroscience 2001; 3 (10): 59-63.

Kommentar: A8 (nicht beschaffbar)

Rubin A. Unanswered questions about the empirical support for EMDR in the treatment of PTSD: a review of research. Traumatology 2003; 9 (1): 4-30.

Kommentar: A2

Russell MC. Treating combat-related stress disorders: A multiple case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with battlefield casualties from the Iraqi War. Military Psychology 2006; 18 (1): 1-18.

Kommentar: A2; A4

Russell MC, Silver SM, Rogers S, Darnell JN. Responding to an identified need: A joint department of defense/department of veterans affairs training program in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for clinicians providing trauma services. International Journal of Stress Management 2007; 14 (1): 61-71.

Kommentar: A8

Ryan R, French S. Assessing long-term therapy for the treatment of adult survivors of childhood abuse. Clayton, Victoria: Centre for Clinical Effectiveness (CCE), 2003

Kommentar: A3

Sachsse U. Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer, 2004

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A2

Sack M, Lempa W, Lamprecht F. Eine neue psychotherapeutische Behandlungsmethode für Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung: EMDR. Behandlungsdurchführung und Ergebnisse einer Pilotstudie. Psychomed 1999; 11 (3): 164-9.

Kommentar: A8

Sack M, Lempa W, Lamprecht F. Metaanalyse der Studien zur EMDR-Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen - Der Einfluss der Studienqualität auf die Effektstärken -. Psychother Psychosom Med Psychol 2001; 51 (9-10): 350-5.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Herr Stolz

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1

Sack M, Nickel L, Lempa W, Lamprecht F. Psychophysiologische Regulation bei Patienten mit PTSD: Veränderungen nach EMDR-Behandlung. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin 2003; 1 (3): 47-57.

Kommentar: A1

Sack M, Lempa W, Lamprecht F. Assessment of psychophysiological stress reactions during a traumatic reminder in patients treated with EMDR. Springer Publishing 2007; 1 (1): 15-23.

Kommentar: A8

Sack M, Hofmann A, Wizelman L, Lempa W. Psychophysiological changes during EMDR and treatment outcome. Journal of EMDR Practice and Research, Special Issue: Possible EMDR Mechanisms of Action 2008; 2 (4): 239-46.

Kommentar: A8

Sack M, Lempa W, Steinmetz A, Lamprecht F, Hofmann A. Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)-- results of a preliminary investigation. J Anxiety Disord 2008; 22 (7): 1264-71.

Kommentar: A8

Salomons TV, Osterman JE, Gagliese L, Katz J. Pain flashbacks in posttraumatic stress disorder. Clin J Pain 2004; 20 (2): 83-7.

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2; A3

Sayer PC. Responses of individuals with posttraumatic stress disorder to eye movement desensitization and reprocessing or a cognitive-behavioral treatment as mediated by attachment status. California: Dissertation, 2001

Kommentar: A8

Scheck MM, Schaeffer JA, Gillette C. Brief psychological intervention with traumatized young women: the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. J Trauma Stress 1998; 11 (1): 25-44.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Herr Stolz

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A7

Schneider G, Nabavi D, Heuft G. Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder in a patient with comorbid epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005; 7 (4): 715-8.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Herr Stolz

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Schneider S, Margraf J. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS für DSM-IV-TR). Berlin: Springer, 2006

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A1

Schnurr PP, Friedman MJ, Lavori PW, Hsieh FY. Design of Department of Veterans Affairs Cooperative Study no. 420: group treatment of posttraumatic stress disorder. *Control Clin Trials* 2001; 22 (1): 74-88.

Kommentar: A3

Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB, Tendick V, Gray SH . Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: review and methodological considerations. *Psychiatry* 2008; 71 (2): 134-68.

Kommentar: A2

Schubert S, Lee CW. Adult PTSD and its treatment with EMDR: A review of controversies, evidence, and theoretical knowledge. Springer Publishing 2009; 3 (3): 117-32.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1; A2

Seidler GH, Rieg K, Hain B, Micka R, Hofmann A. Akut traumatisierte Gewaltopfer und ihre Therapie II - Studie zur Entwicklung einer traumaadaptierten Ambulanten Ressourcengruppe (ARG) in Kombination mit EMDR. In: **Seidler GH, Laszig P, Micka R, Nolting BV (Hrsg.):** Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie - Krankheitsbilder - Therapie. Gießen: Psychosozial-Verl., 2003. S. 123-35.

Kommentar: A2

Seidler GH, Wagner FE, Feurer DC, Micka R, Kirsch A, Hofmann A. EMDR in der Behandlung von akut Traumatisierten mit "akuter PTSD". *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin* 2004; 2 (1): 61-72.

Kommentar: A1

Servan-Schreiber D, Schooler J, Dew MA, Carter C, Bartone P. Eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder: a pilot blinded, randomized study of stimulation type. *Psychother Psychosom* 2006; 75 (5): 290-7.

Kommentar: A8

Shapira SC, Shemer J. Medical management of terrorist attacks. *IMAJ* 2002; 4 (7): 489-92.

Kommentar: A2

Shapiro F, Fischer G, Hofmann A. EMDR - Grundlagen & Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn: Junfermann, 1999

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A2

Shapiro F. Efficacy of the Eye Movement Desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J Trauma Stress* 1989; 2 (2): 199-223.

Kommentar: A1

Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): evaluation of controlled PTSD research. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1996; 27 (3): 209-18.

Kommentar: A2

Shapiro F. Errors of context and review of eye movement desensitization and reprocessing research. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1996; 27 (3): 313-7.

Kommentar: A2

Shapiro F. EMDR 12 years after its introduction: past and future research. *J Clin Psychol* 2002; 58 (1): 1-22.

Kommentar: A2

Shapiro F, Maxfield L. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): information processing in the treatment of trauma. *J Clin Psychol* 2002; 58 (8): 933-46.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Herr Stolz

Stellungnahme von Frau Dr. Gast

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1; A2

Shapiro F. EMDR therapy: An overview of current and future research Foreword. *EUROPEAN REVIEW OF APPLIED PSYCHOLOGY-REVUE EUROPEENNE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUEE* 2012; 62 (N4): 193-5.

Kommentar: A2

Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press, 1995

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Herr Stolz

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8 (aktuellere Version verfügbar); A1; A2

Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2001

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: a new treatment for trauma and the whole person, part I. Treating Abuse Today 1994; 4 (1): 5-13.

Kommentar: A8 (nicht beschaffbar)

Sharp TJ, Harvey AG. Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? Clin Psychol Rev 2001; 21 (6): 857-77.

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Sharpless BA, Barber JP. A clinician's guide to PTSD treatments for returning veterans. American Psychological Association 2011; 42 (1): 8-15.

Kommentar: A2

Shepherd J, Stein K. Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post traumatic stress disorder. Southampton: Wessex Institute for Health Research and Development (WIHRD), 1998

Kommentar: A8 (nicht beschaffbar)

Sherman JJ. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. J Trauma Stress 1998; 11 (3): 413-35.

Kommentar: A1

Shi Q-J, Tan H, Chen J. Specificity changes in different brain regions of patients with post-traumatic stress disorder and flashback memory and dissociated status. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2005; 9 (4): 56-7.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Shore JH, Vollmer WM, Tatum EL. Community patterns of posttraumatic stress disorders. J Nerv Ment Dis 1989; 177 (11): 681-5.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A3

Silver SM, Brooks A, Obenchain J. Treatment of Vietnam War veterans with PTSD: a comparison of eye movement desensitization and reprocessing, biofeedback, and relaxation training. *J Trauma Stress* 1995; 8 (2): 337-42.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8

Silver SM, Rogers S, Knipe J, Colelli G. EMDR Therapy Following the 9/11 Terrorist Attacks: A Community-Based Intervention Project in New York City. *International Journal of Stress Management* 2005; 12 (1): 29-42.

Kommentar: A8

Sinici E, Erden HG, Yurttas Y. Akut stres bozuklugunda bir müdahale tekniginin uygulanabilirliđi: Göz hareketleri ile duyarsizlastirma ve yeniden isleme (EMDR) [Applicability of an intervention technique in acute stress disorder: Eye Movements Desensitization and Reprocessing (EMDR)]. *Yeni Symp* 2009; 47 (4): 178-86.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Sjöblom PO, Andréewitsch S, Bejerot S, Mörtberg E, Brinck U, Ruck C, Körlin D. Regionalt Vårdprogram Ångestsjukdomar. [Regional treatment recommendation for anxiety disorders]. Stockholm: Medical Program Committee/Stockholm City Council, 2003

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Smyth NJ, Greenwald R, Jongh AD, Lee C. "The expert consensus guideline series: Treatment of posttraumatic stress disorder": Commentary. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (10): 784.

Kommentar: A2

Soberman GB, Greenwald R, Rule DL. A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 2002; 6 (1): 217-36.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A5

Solomon SD, Gerrity ET, Muff AM. Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. An empirical review. *JAMA* 1992; 268 (5): 633-8.

Stellungnahme von Herr Maas

Stellungnahme von Herr Dr. Gogia

Kommentar: A3

Spates CR, Koch E, Cusack K, Pagoto S, Waller S, International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). Eye movement desensitization and reprocessing. In: **Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA** .Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press, 2009. S. 279-305.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Spates CR, Rubin S. Empirically supported psychological treatments: EMDR
Oxford library of psychology. Oxford University Press 2012; 449-62.

Kommentar: A2

Sprang G. The use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of traumatic stress and complicated mourning: Psychological and behavioral outcomes. *Research on Social Work Practice* 2001; 11 (3): 300-20.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Herr Stolz

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8

Stapleton JA, Taylor S, Asmundson GJ. Effects of three PTSD treatments on anger and guilt: exposure therapy, eye movement desensitization and reprocessing, and relaxation training. *J Trauma Stress* 2006; 19 (1): 19-28.

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Kommentar: A4

Stapleton JA, Taylor S, Asmundson GJG. Efficacy of various treatments for PTSD in battered women: Case studies. *Journal of Cognitive Psychotherapy, Special Issue: Combining cognitive therapy and pharmacotherapy* 2007; 21 (1): 91-102.

Kommentar: A2

Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (1): CD002795.

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A3

Stergiopoulos E, Cimo A, Cheng C, Bonato S, Dewa CS. Interventions to improve work outcomes in work-related PTSD: a systematic review. *BMC Public Health* 2011; 11 838.

Kommentar: A8

Stirman SW RA. The applicability of randomized controlled trials of psychosocial treatments for PTSD to a veteran population. *Journal of Psychiatric Practice* 2008; 14 (4): 199-208.

Kommentar: A8

Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. Stand: November 2007. København: Sundhedsstyrelsen, 2007

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Sundhedsstyrelsen. Behandling af PTSD hos veteraner. Anbefalinger for fremtidig planlægning i sundhedsvæsenet. Stand November 2010. København: Sundhedsstyrelsen, 2010

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). EMDR – psykoterapi vid post-traumatiska stressyndrom hos unga . Stockholm: SBU, 2001

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Swiney UM. The efficacy of EMDR for survivors of a natural disaster: intervention after Hurricane Floyd. Chapel Hill, North Carolina: Dissertation, 2004

Kommentar: A8

Swinson RP, Antony MM, Bleau P, Chokka P, Craven M, Fallu A, Katzman M, Kjernisted K, Lanius R, Manassis K, McIntosh D, Plamondon J, Rabheru K, Van Ameringen M, Walker JR. Management of Anxiety Disorders. The Canadian Journal of Psychiatry 2006; 51 (Suppl 2): 1S-92S.

Kommentar: A2

Tarquinio C. La thérapie EMDR: Dans la prise en charge du traumatisme psychique. [The EMDR method: A psychotherapeutic treatment for PTSD]. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2007; 7 (2): 107-20.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Tarquinio C, Houbre B, Fayard A, Tarquinio P. Application de l'EMDR au deuil traumatique après une collision de train. [EMDR applied for traumatic bereavement after train collision]. L'Évolution Psychiatrique 2009; 74 (4): 567-80.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Tarquinio C, Brennstuhl MJ, Rydberg JA, Schmitt A, Mouda F, Laurel M, Tarquinio P. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of victims of domestic violence: A pilot study

Revue de Psychologie Appliquée. Elsevier Science 2012; 62 (4): 205-12.

Kommentar: A8

Tarquinio C, Schmitt A, Tarquinio P, Rydberg J-A, Spitz E. Benefits of "eye movement desensitization and reprocessing" psychotherapy in the treatment of female victims of intimate partner rape. Elsevier Masson SAS (62 rue Camille Desmoulins, Issy les Moulineaux Cedex 92442, France) 2012; 21 (2): 60-7.

Kommentar: A4

Tarquinio C, Brennstuhl MJ, Reichenbach S, Rydberg JA, Tarquinio P. Early treatment of rape victims: Presentation of an emergency EMDR protocol. Elsevier Masson SAS (62 rue Camille Desmoulins, Issy les Moulineaux Cedex 92442, France) 2012; 21 (3): 113-21.

Kommentar: A8

Tarquinio C, Schmitt A, Tarquinio P. Conjugal violence and Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) psychotherapy: Case studies

Violences conjugales et psychothérapie Eye Movement Desensitization Reprocessing

(EMDR): Etudes de cas. *Evol Psychiatr (Paris)* 2012; 77 (1): 97-108.

Kommentar: A8

Tavanti M, Bossini L, Calossi S, Marino D, Vatti G, Galli R, Pieraccini F, Castrogiovanni P. Brani imaging nel disturbo post-traumatico da stress. [Brain imaging in post-traumatic stress disorder]. *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2008; 27 (4): 172-5.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Taylor S. Outcome Predictors for Three PTSD Treatments: Exposure Therapy, EMDR, and Relaxation Training. *Journal of Cognitive Psychotherapy, Special Issue on Posttraumatic Stress Disorder* 2003; 17 (2): 149-61.

Kommentar: A8

Ter Heide FJ, Mooren TM, Kleijn W, de JA, Kleber RJ. EMDR versus stabilisation in traumatised asylum seekers and refugees: results of a pilot study. *Eur J Psychotraumatol* 2011; 2

Kommentar: A4

ter Heide JJ. EMDR with traumatized refugees

Gedrag & Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid, Gedrag: Tijdschrift voor Psychologie, Gedrag: Tijdschrift voor Psychologie & Gezondheid. Bohn Stafleu Van Loghum 2011; 39 (3): 180-5.

Kommentar: A8

Tumani V. Dissoziative Anfälle bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS): Ein Fallbericht mit Video-EEG-Dokumentation (Vortrag). Berlin: Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), 2010

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Herr Stolz

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2; A6

Twombly JH. Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation* 2000; 1 (2): 61-81.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1; A3; A4

van den Berg DP, van der Gaag M. Treating trauma in psychosis with EMDR: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2012; 43 (1): 664-71.

Kommentar: A1

van den Hout MA, Rijkeboer MM, Engelhard IM, Klugkist I, Hornsveld H, Toffolo MJ, Cath DC. Tones inferior to eye movements in the EMDR treatment of PTSD. *Behav Res Ther* 2012; 50 (5): 275-9.

Kommentar: A2

Van der Velden PG, Kleber RJ. Met het oog op morgen: een overzicht van EMDR-studies. [With an eye to tomorrow: a review of EMDR studies]. Tijdschrift voor Psychiatrie 1996; 38 (1): 30-9.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. Clinical Psychology & Psychotherapy 1998; 5 (3): 126-44.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann
Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Herr Stolz

Stellungnahme von AVM, DÄVT, DVT, DGVT und DGPs

Stellungnahme von Herr Maas

Stellungnahme von Herr Dr. Gogia

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8

Vaughan K, Armstrong MS, Gold R, O'Connor N, Jenneke W, Tarrier N. A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry 1994; 25 (4): 283-91.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A7

Vaughan K, Wiese M, Gold R, Tarrier N. Eye-movement desensitisation. Symptom change in post-traumatic stress disorder. Br J Psychiatry 1994; 164 (4): 533-41.

Kommentar: A8

Vickerman KA, Margolin G. Rape treatment outcome research: empirical findings and state of the literature. Clin Psychol Rev 2009; 29 (5): 431-48.

Kommentar: A2

von Knorring L, Thelander S, Pettersson A. Behandling av angestsyndrom. En systematisk litteraturoversikt. SBU:s sammanfattning och slutsatser. [Treatment of anxiety syndrome. A systematic literature review. Summary and conclusions by the SBU]. Lakartidningen 2005; 102 (47): 3561-6, 3569.

Kommentar: A8; zurückgestellt (Sprache)

Wagner FE, Seidler GH. Die Wirksamkeit von EMDR im direkten Vergleich zur kognitiv-behavioralen Therapie in der Behandlung von PTSD - eine metaanalytische Betrachtung. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin 2005; 3 (2): 61-72.

Kommentar: A8

Wagner WS. Catalytic mechanism of *Saccharomyces cerevisiae* NAD⁺-dependent 5,10-methylenetetrahydrofolate dehydrogenase. Austin: Dissertation, 2004

Stellungnahme von Herr Maas
Stellungnahme von Herr Dr. Gogia
Kommentar: A1

Wanders F, Serra M, de Jongh A. EMDR versus CBT for children with self-esteem and behavioral problems: A randomized controlled trial. Springer Publishing 2008; 2 (3): 180-9.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A5

Watson PJ, Friedman MJ, Ruzek JI, Norris F. Managing acute stress response to major trauma. Curr Psychiatry Rep 2002; 4 (4): 247-53.

Kommentar: A2

Weiss D, Marmar CR. The impact of Event Scale - Revised. In: Wilson JP, Keane TM (Eds.): Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford, 1997. S. 399-411.

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A1

Welch KL. Eye movement desensitization and reprocessing: treatment of sexual trauma post-traumatic stress disorder and a treatment efficacy hypothesis. Central Michigan:

Dissertation, 1996

Kommentar: A8

Whalley MG, Farmer E, Brewin CR. Pain flashbacks following the July 7th 2005 London bombings. Pain 2007; 132 (3): 332-6.

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Wilson DL, Silver SM, Covi WG, Foster S. Eye movement desensitization and reprocessing: effectiveness and autonomic correlates. J Behav Ther Exp Psychiatry 1996; 27 (3): 219-29.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1

Wilson SA, Becker LA, Tinker RH. Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. J Consult Clin Psychol 1997; 65 (6): 1047-56.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A8

Wilson SA, Tinker RH, Becker LA, Logan CR. Stress management with law enforcement personnel: A controlled outcome study of EMDR versus a traditional stress management

program. International Journal of Stress Management 2001; 8 (3): 179-200.

Kommentar: A7

Wilson SA-M. Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. Cincinnati, Ohio: Dissertation, 1995

Kommentar: A7

Wilson SA-M, Becker LA, Tinker RH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. J Consult Clin Psychol 1995; 63 (6): 928-37.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2, A7

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. Stand: Juli 2006. Berlin: WBP, 2006

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Herr Stolz

Stellungnahme von AVM, DÄVT, DVT, DGVT und DGPs

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Wittchen H-U, Pfister H. DIA-X-Interviews. Frankfurt: Swets & Zeitlinger, 1997

Stellungnahme von Bundespsychotherapeutenkammer

Kommentar: A8 (Nicht beschaffbar)

Wolitzky-Taylor KB, Horowitz JD, Powers MB, Telch MJ RA. Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. Clin Psychol Rev 2008; 28 (N6): 1021-37.

Kommentar: A4

Wöller W, Kruse J. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden. Stuttgart: Schattauer, 2010

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von Deutsche PsychotherapeutenVereinigung

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Herr Stolz

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2

Wöller W. EMDR in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin 2003; 1 (3): 73-8.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Herr Stolz

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A2; A4

Yehuda R, McFarlane AC. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. Am J Psychiatry 1995; 152 (12): 1705-13.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A1; A2

Zanarini MC, Frankenburg FR. Pathways to the development of borderline personality disorder. J Pers Disord 1997; 11 (1): 93-104.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A3; A4

Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, Vujanovic AA. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. J Nerv Ment Dis 2002; 190 (6): 381-7.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologische Psychotherapie (DFT)

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Stellungnahme von EMDRIA

Stellungnahme von Frau Kalinowski

Stellungnahme von Herr Dr. Gündel

Kommentar: A3; A4

Zimmermann P, Güse U, Barre K, Biesold KH. EMDR-Therapie in der Bundeswehr - Untersuchung zur Wirksamkeit bei Posttraumatischer Belastungsstörung^ EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) in the German armed forces - Therapeutic impact of inpatient therapy for posttraumatic stress disorder. Krankenhauspsychiatrie 2005; 16 (2): 57-63.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Kommentar: A8

Zimmermann P, Biesold KH, Barre K, Lanczik M. Long-term course of post-traumatic stress disorder (PTSD) in German soldiers: effects of inpatient eye movement desensitization and reprocessing therapy and specific trauma characteristics in patients with non-combat-related PTSD. *Mil Med* 2007; 172 (5): 456-60.

Stellungnahme von Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Herr Dr. Zimmermann

Stellungnahme von Diana Klinik Bad Bevensen, Herr Dr. Hase

Kommentar: A8

B-8.6 Studienbewertungen

B-8.6.1 Informationssynthesen

Nr.	Feld	Hinweise für den Bearbeiter
1	Quelle	Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; (3): CD003388. Peer review: Ja, Cochrane Library
2	Dokumenttyp	Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Metaanalyse)
3	Bezugsrahmen	Cochrane review Keine Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte
4	Indikation	PTSD "Severity of clinician rated traumatic stress symptoms. Secondary measures included self-reported traumatic stress symptoms, depressive symptoms, anxiety symptoms, adverse effects and dropouts"
5	Fragestellung / Zielsetzung	<u>Studienziel:</u> Untersuchung der Wirksamkeit von psychologischen Behandlungen bei PTBS <u>Zielgrößen:</u> "Severity of clinician rated traumatic stress symptoms. Secondary measures included self-reported traumatic stress symptoms, depressive symptoms, anxiety symptoms, adverse effects and dropouts" <u>Interventionen:</u> "Trauma-focused cognitive behavioural therapy/exposure therapy (TFCBT); stress management (SM); other therapies (supportive therapy, non-directive counselling, psychodynamic therapy and hypnotherapy); group cognitive behavioural therapy (group CBT); eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)" <u>Vergleichsgruppen:</u> Warteliste, Standardbehandlung, TFCBT, SM und andere Therapien <u>Stundenzahlen</u> der Therapie in den Studien: zwischen 1 und 12
6	Methodik	Sind die wichtigsten Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien beschrieben (u. a. Studiendesign, Patientencharakteristika, Einzelheiten der Interventionen, Messung der Zielkriterien), z. B. in einer tabellarischen Übersicht? JA Wird die Extraktion der Daten aus den eingeschlossenen Studien beschrieben? JA Verfahren zur Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse der Primärstudien: qualitativ (z. B. tabellarische Übersichten), quantitativ (Meta-Analyse)? werden dargestellt

		<p>Bei Metaanalysen: Durchführung von Heterogenitätstests und Konsequenzen? Abschätzung eines Publikations-Bias? Durchführung von Sensitivitätsanalysen?</p> <p>JA</p>
7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	<p>Insgesamt 33 Studien einbezogen</p> <p>Davon 12 Studien, in denen EMDR untersucht wurde.</p> <p>EMDR gegen Warteliste/Standardbehandlung</p> <p><i>Clinician rated PTSD symptoms (5Studien):</i></p> <p>“EMDR did significantly better than waitlist/usual care (SMD = -1.51; 95 % CI, -1.87 to -1.15; 5 studies; n = 162).</p> <p><i>Self reported PTSD symptoms (5Studien):</i></p> <p>There was no statistically significant difference between the EMDR and waitlist/ usual care groups immediately after treatment (SMD (95 % CI) = -1.07 (-2.04 to -.10)).</p> <p><i>Depression (5Studien):</i></p> <p>The EMDR group did significantly better than the waitlist/ usual care group immediately after treatment (SMD (95% CI) = -1.48 (-1.84 to -1.12)).</p> <p><i>Anxiety (5Studien):</i></p> <p>The EMDR group did significantly better than the waitlist/ usual care group immediately after treatment (SMD (95 % CI) = -1.10 (-1.45 to -0.76)).</p> <p><i>PTSD diagnosis after treatment (6Studien):</i></p> <p>The EMDR group did significantly better than the waitlist/usual care group (RR (95 % CI) = 0.47(0.25 to 0.85)).</p> <p>EMDR gegen TFCBT:</p> <p><i>Clinician rated PTSD symptoms (6 Studien):</i></p> <p>There was no significant difference between EMDR and TFCBT (SMD = 0.02; 95 % CI, -0.28 to 0.31; 6 studies; n = 187).</p> <p>There was no statistically significant difference between the EMDR and TFCBT groups at 2-5 month follow-up (SMD (95 % CI) = -0.14 (-0.60 to 0.32)).</p> <p><i>Self reported PTSD symptoms (7 Studien):</i></p> <p>There was no statistically significant difference between the EMDR group and the TFCBT group immediately after treatment (SMD(95 %CI) = -0.17 (-0.59 to 0.26</p> <p>There was no statistically significant difference between the</p>

	<p>EMDR and TFCBT groups at 2-5 month follow-up (SMD (95 % CI) = -0.01 (-0.39 to 0.37)).</p> <p><i>Depression (7 Studien):</i></p> <p>There was no statistically significant difference between the EMDR group and the TFCBT group immediately after treatment (SMD (95 % CI) = -0.32 (-0.90 to 0.26))</p> <p>. There was no statistically significant difference between the EMDR group and the TFCBT group at 2-5 month follow-up (SMD (95 % CI) = -0.09 (-0.47 to 0.29)).</p> <p><i>Anxiety (4 Studien):</i></p> <p>There was no statistically significant difference between the EMDR group and the TFCBT group immediately after treatment (SMD(95 %CI) = -0.08 (-0.42 to 0.26)</p> <p>There was no statistically significant difference between the EMDR group and the TFCBT group at 2-5 month follow-up (SMD (95 % CI) = 0.24 (-0.33 to 0.81)).</p> <p><i>PTSD diagnosis after treatment (6 Studien):</i></p> <p>There was no statistically significant difference between the EMDR group and the TFCBT group (RR (95 % CI) = 1.11(0.68 to 1.81)).</p> <p>EMDR gegen SM</p> <p><i>Clinician rated PTSD symptoms (2Studien):</i></p> <p>There was no significant difference between EMDR and SM (SMD = -0.35; 95 % CI, -0.90 to 0.19; 2 studies; n = 53).</p> <p>The EMDR group did significantly better than the stress management therapy group immediately after treatment (SMD (95 % CI) = -0.59 (-1.08 to -0.09)).</p> <p><i>Self reported PTSD symptoms (3Studien):</i></p> <p>EMDR did significantly better than other therapies (SMD = -0.84; 95 % CI, -1.21 to -0.47; 2 studies; n= 124).</p> <p><i>Depression (3 Studien):</i></p> <p>The EMDR group did significantly better than the stress management therapy group immediately after treatment (SMD (95 % CI) = -0.67 (-1.14 to -0.20)).</p> <p>There was no statistically significant difference between the EMDR group and the stress management therapy group at 2-5 month follow-up (SMD (95 % CI) = -0.23 (-0.70 to 0.23)).</p> <p><i>Anxiety (2 Studien):</i></p>
--	---

		<p>The EMDR group did significantly better than the stressmanagement therapy group immediately after treatment (SMD (95 % CI) = -0.75 (-1.36 to -0.13)).</p> <p>There was no statistically significant difference between the EMDR group and the stress management therapy group at 2-5 month follow-up (SMD (95 % CI) = -0.42 (-2.21 to 1.37)).</p> <p><i>PTSD diagnosis after treatment (3 Studien):</i></p> <p>There was no statistically significant difference between the EMDR group and the stressmanagement therapy group (RR (95 % CI) = 0.69 (0.46 to 1.04)).</p> <p>EMDR gegen andere Therapien</p> <p><i>Clinician rated PTSD symptoms:</i></p> <p>No studies formally considered this outcome.</p> <p><i>Self reported PTSD symptoms: (2Studien)</i></p> <p>The EMDR group did significantly better than the other therapies group immediately after treatment (SMD (95 % CI) = -0.84 (-1.21 to -0.47)).</p> <p><i>Depression (2 Studien):</i></p> <p>The EMDR group did significantly better than the other therapies group immediately after treatment (SMD (95 % CI) = -0.67 (-1.03 to -0.32)).</p> <p><i>Anxiety (2 Studien):</i></p> <p>The EMDR group did significantly better than the other therapies group immediately after treatment (SMD (95 % CI) = -0.72 (-1.08 to -0.36)).</p> <p><i>PTSD diagnosis after treatment (1 Studie):</i></p> <p>The EMDR group did significantly better than the other therapies group (RR (95 % CI) = 0.40 (0.19 to 0.84)).</p> <p>Authors' conclusions:</p> <p>There was evidence individual TFCBT, EMDR, stress management and group TFCBT are effective in the treatment of PTSD. “</p> <p>“The fact that the studies included only small sample sizes and two lacked randomization concealment means that the results should be interpreted with caution.“</p>
8	Ökonomische Evaluation	Keine Ergebnisse

	(sofern erfolgt)	
8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	
8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	
9	Fazit der Autoren	<p>“Implications for research</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Further well-designed trials of psychological treatments are required that consider boundary issues (e.g. predictors for treatment effects). 2. Large EMDR trials are required 3. There is a requirement for further comparison studies of one type of psychological treatment against another. 4. Future trials should consider adverse events and tolerability of treatment in more detail. 5. Future trials should enforce stronger quality control of the interventions and control interventions. 6. The role of psychological treatment in combination and as an alternative to medication is unclear. Further research in this area would be useful. <p>The considerable unexplained heterogeneity observed in these comparisons, and the potential impact of publication bias on these data, suggest the need for caution in interpreting the results of this review.”</p> <p>Die Ergebnisse sind wegen ungeklärter Heterogenität und möglichem publication bias mit Vorsicht zu beurteilen.</p> <p><u>Ergebnisse:</u></p> <p>Beste Evidenz für Wirksamkeit von Traumafokussierter Kognitiver Verhaltenstherapie und EMDR bei PTBS.</p> <p>“Trauma focused cognitive behavioural therapy and eye movement desensitisation and reprocessing have the best evidence for efficacy at present and should be made available to PTSD sufferers.</p> <p>“There was evidence individual TFCBT, EMDR, stress management and group TFCBT are effective in the treatment of PTSD.”</p> <p>Begrenzte Evidenz für Wirksamkeit von Stressmanagement bei PTBS.</p> <p>„There is some limited evidence that stress management is effective.</p> <p>Begrenzte Evidenz für Wirksamkeit von anderen traumafokussierten Therapien.</p> <p>„There is more limited evidence that other non trauma focused psychological treatments are effective.”</p>

		<p>Evidenz für Überlegenheit von EMDR gegenüber Stressmanagement und anderen Therapien</p> <p>“There is some evidence that individual TFCBT and EMDR are superior to stress management in the treatment of PTSD at between 2 and 5 months following treatment, and also that TFCBT, EMDR and stress management were more effective than other therapies.”</p>
10	<p>Abschließende Bewertung des Reviews/der Informationssynthese</p>	<p>Methodische Qualität des Reviews</p> <p>Gut Aber: ein Review kann nur so gut sein, wie die zugrundeliegenden Arbeiten:</p> <p>Viele Studien mit unklarer Randomisierung, da diese nicht beschrieben wurden.</p> <p>Lediglich 5 Studien mit Verblindung. Nur 4 Studien mit mehr als 20 Pbn pro Gruppe</p> <p>Aussagekraft der Ergebnisse</p> <p>Diese Arbeit hatte folgende Haupt-Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mindestens 70 % PTBS - keine Einschränkungen bezüglich Teilnehmergröße - kein Ausschluss wegen komorbider Erkrankungen <p>Daher schließt diese Metaanalyse Studien ein, die nach den Kriterien der AG EMDR ausgeschlossen wurden: Lee (alternierende Zuteilung, d.h. keine „echte“ Randomisierung); Vaughan/Scheck (78 %/75 % PTBS – kleiner als 80 % PTBS in der Patientengruppe); Deville (Zuteilung wie folgt: Die ersten 10 Patienten zur Kontrollgruppe, die nächsten 10 Patienten zur EMDR-Gruppe d.h. keine „echte“ Randomisierung methodisch adäquate Übersichtsarbeit</p> <p>Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext JA</p>
11	<p>Gesamtbeurteilung</p>	<p>Die vorliegende Publikation wird in die Bewertung des Nutzens der EMDR</p> <p>eingeschlossen, methodisch adäquat.</p> <p>Der vorliegende Review kann für die Fragestellung der AG nicht als aussagekräftig genug angesehen werden und geht daher nur ergänzend in die Nutzenbewertung ein.</p>

Nr.	Feld	Hinweise für den Bearbeiter
1	Quelle	<p>Committee on Treatment of posttraumatic Stress disorder. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence. Washington DC: National Academies Press, 2008.</p> <p>Peer review: Nein, Buchveröffentlichung</p>
2	Dokumenttyp	Systematischer Review mit qualitativer Informationssynthese
3	Bezugsrahmen	Unabhängiger Review federführend von dem Institute of Medicine (IOM) durchgeführt.
4	Indikation	Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)
5	Fragestellung / Zielsetzung	Wirksamkeit der EMDR in der Behandlung der PTBS im Vergleich mit verschiedenen anderen Therapien und Warteliste oder allein verglichen mit Warteliste Kontrolle.
6	Methodik	<p>Systematisches Vorgehen: Literaturrecherche, Berücksichtigte Datenbanken, Zeitraum Recherche in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MEDLINE • EMBASE (Excerpta Medica) • PsycINFO • Cochrane Database of Systematic Reviews • Cochrane Controlled Trials Register • National Technical Information Service (NTIS) • Social service abstracts • Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) <p>Suchzeitraum: 1980-2007</p> <p>Population</p> <ul style="list-style-type: none"> • PTBS Diagnose basierend auf DSM Kriterien • Erwachsene im Alter von 18 und älter • PTBS Outcome (primäre oder sekundäre Maßnahme) <p>Intervention EMDR</p> <p>Vergleichsgruppe verschiedene andere Therapien und Warteliste oder allein verglichen mit Warteliste Kontrolle</p> <p>Zielgrößen Veränderung von PTBS (erfasst mit validiertem Messinstrument)</p>

		<p>Ein- und Ausschlusskriterien der Primärstudien. Dokumentation der ausgeschlossenen Primärstudien mit Ausschlussgründen?</p> <p><i>Einschlusskriterien:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • randomisiert kontrollierte Studie • PTBS Diagnose basierend auf DSM Kriterien • Studie zwischen 1980 und Juni 2007 veröffentlicht • Erwachsene im Alter von 18 und älter • PTBS Outcome (primäre oder sekundäre Maßnahme) • englische Sprache <p>Bewertung der methodischen Qualität der Primärstudien? Umgang mit methodisch problematischen Primärstudien.</p> <p>Methodische Qualität erfasst. Methodische Qualität der Studien geht in die Beurteilung der Evidenz ein (S.43f).</p> <p>Sind die wichtigsten Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien beschrieben (u. a. Studiendesign, Patientencharakteristika, Einzelheiten der Interventionen, Messung der Zielkriterien), z. B. in einer tabellarischen Übersicht?</p> <p>Ja, wesentliche Angaben wurden tabellarisch dargestellt.</p> <p>Wird die Extraktion der Daten aus den eingeschlossenen Studien beschrieben?</p> <p>Ja, „The committee developed an evidence table template and database for abstracting data from the included studies.“</p> <p>Verfahren zur Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse der Primärstudien: qualitativ (z. B. tabellarische Übersichten), quantitativ (Meta-Analyse)?</p> <p>Qualitativ mit tabellarischer Übersicht, keine quantitative Darstellung</p> <p>Bei Metaanalysen: Durchführung von Heterogenitätstests und Konsequenzen? Abschätzung eines Publikations-Bias? Durchführung von Sensitivitätsanalysen?</p> <p>nein</p>
7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	<p>Sind die wichtigsten Ergebnisse tabellarisch dokumentiert?</p> <p>Ja</p> <p>Anzahl eingeschlossener Studien</p> <p>10 Studien eingeschlossen.</p> <p>Alles randomisierte Studien EMDR versus Warteliste oder unspezifische Intervention (andere aktive Therapie)</p> <p>Anzahl der Teilnehmer insgesamt</p>

		<p>N=540 insgesamt</p> <p>Follow-up Zeitraum Einige Studien führten keine Follow-up-Untersuchung nach Abschluss der Behandlung durch, während andere Studien eine Follow-up-Untersuchung nach 3, 6, 12 oder 15 Monaten durchführten.</p> <p>Population (Alter, Geschlecht sozioökonomischer Status etc) Männer und Frauen, Mittleres Alter bei Mitte 30 bis Mitte 40 Jahre</p> <p>Intervention EMDR, 2 bis 10 Behandlungen, meist durchgeführt von lizenzierten EMDR Therapeuten</p> <p>Vergleichsgruppe Warteliste, unspezifische Behandlungsform,</p> <p>Indikationen/ Zielgrößen PTBS Symptomatik</p> <p>Gefundene Effekte (wenn vorhanden Schätzer und Konfidenzintervall) Keine Effektschätzer angegeben, da keine quantitative Auswertung vorhanden</p> <p>5 Studien EMDR versus Warteliste, davon 4 mit signifikantem Effekt zugunsten EMDR. 4 Studien EMDR versus Usual/Standardbehandlung, davon 2 mit signifikantem Effekt zugunsten EMDR. 1 Studie EMDR versus Medikamentenplazebo, kein signifikanter Unterschied.</p>
8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	Nicht zutreffend
9	Fazit der Autoren	<p>Der Ausschuss kommt zu dem Schluss, dass die Ergebnisse des vorliegenden Systematischen Reviews nicht ausreichend sind, um die Wirksamkeit von EMDR bei der Behandlung von PTBS zu bestimmen.</p> <p>The committee found the overall body of evidence for EMDR to be low quality to inform a conclusion regarding treatment efficacy. Four studies, three of medium and one of small sample size, had no major limitations, but only two showed a positive effect for EMDR. The committee is uncertain about the presence of an effect, and believes that future well designed studies will have an important impact on confidence in the</p>

		<p>effect and the size of the effect.</p> <p>Conclusion: The committee concludes that the evidence is inadequate to determine the efficacy of EMDR in the treatment of PTSD.</p>
10	<p>Abschließende Bewertung des Reviews/der Informationssynthese</p>	<p>Methodische Qualität des Reviews Methodisch adäquat. Gut durchgeführter Review. Es wurden nur randomisierte Studien eingeschlossen.</p> <p>Aussagekraft der Ergebnisse Dem Fazit der Autoren kann sich angeschlossen werden. Systematischer Review der 10 RCTs (EMDR versus Warteliste oder unspezifische Intervention) eingeschlossen hat. Mit dem Ergebnis, dass die dargestellten Ergebnisse nicht ausreichend sind, um die Wirksamkeit von EMDR bei der Behandlung von PTBS zu bestimmen. Die Schwächen des Reviews liegen vor allem in der Qualität der Primärstudien, insbesondere die kleinen Fallzahlen, Drop-Out, Verblindung.</p> <p>Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext Gegeben</p>
11	<p>Gesamtbeurteilung</p>	<p>Die vorliegende Publikation wird in die Bewertung des Nutzens der EMDR eingeschlossen, methodisch adäquat.</p> <p>Der vorliegende Review kann für die Fragestellung der AG nicht als aussagekräftig genug angesehen werden, da er nicht mehr den aktuellen Stand der Forschung abbildet und teilweise nicht mit den Einschlusskriterien der AG EMDR übereinstimmt. Daher geht er nur ergänzend in die Nutzenbewertung ein.</p>

B-8.6.2 Primärstudien

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p>In diesem Datenextraktionsbogen wurden die Daten der Publikation und der Dissertation zusammen dargestellt.</p> <p>Jensen JA. An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. Behavior Therapy 1994; 25 (2): 311-25.</p> <p>und</p> <p>Jensen JA. Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing as a treatment for PTSD symptoms of Vietnam combat veterans. Madison, Wisconsin: Dissertation, 1992.</p> <p>Peer review: Ja (für Publikation)</p>
1a	Hersteller	EMDR bei PTBS
2	Studientyp	RCT
3	Einordnung in die Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	<p>X Ib: Randomisierte klinische Studien (nach Autorenangabe)</p> <p><input type="checkbox"/> IIb: Prospektiv vergleichende Kohortenstudien</p> <p><input type="checkbox"/> III: Retrospektiv vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IV: Fallserien und nicht-vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> V: Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. a.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Bericht von Expertenkomitees und Konsenskonferenzen.</p>
4	Bezugsrahmen	Keine Interessenkonflikte benannt und erkennbar
5	Indikation	Vietnamkrieg-Veteranen mit PTBS
6	Fragestellung Zielsetzung	The present study was designed to test, under controlled experimental conditions, the efficacy of EMD/R with a sample of Vietnam combat veterans experiencing PTSD symptoms.
Population		
7	Studienpopulation; relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p>Männliche Vietnamkriegsveteranen, die an einem VA Medical Center (Health Care Program für Vietnamveteranen) aufgenommen waren oder als geeignet zur Aufnahme eingeschätzt wurden</p> <p>Einschlusskriterien: PTBS-Diagnose nach DSM-III-R, erhoben mittels Structured Interview for PTSD (SI-PTSD, Davidson et. al)</p> <p>Ausschlusskriterien: Diagnose einer organischen Störung, Schizophrenie, paranoide Störung, bipolar-manische Störung oder andere psychotische Störung oder Achse-II-Persönlichkeitsstörung fragliche Motivation zur Studienteilnahme fragliche Symptomatologie unklarer militärischer Hintergrund</p>

		<p>25 männliche Patienten, Alter 43.1 Jahre</p> <p>Davon hatten 10 eine Diagnose einer Alkoholabhängigkeit, Alkohol- oder Substanzmissbrauch</p> <p>4 Probanden hatten erhalten „disability compensation“ wegen Schizophrenie, Depression, psychotischer Depression und bipolarer Störung.</p>
8	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Keine Angabe zur Berechnung der zu behandelnden Patienten
9	Anzahl der eingeschlossenen Patienten mit und ohne ausgewertete Daten.	<p>29 Patienten rekrutiert, davon beendeten 4 die Studie nicht</p> <p>40 % mit Komorbidität Alkoholabhängigkeit/-mißbrauch;</p> <p>Waren aber in Behandlungsprogrammen, so dass die Autoren einen Alkohol/Drogenkonsum zum Zeitpunkt der Studie ausschlossen.</p> <p>„...by virtue of their concurrent inpatient treatment programs, could not have ingested alcohol or other non-prescribed drugs during the study.“</p> <p>13 EMDR-Gruppe; 12 Kontrollgruppe</p> <p>Kein Consort-Flussdiagramm</p>
10	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Angaben zu Soziodemografie als Tabelle im Anhang der Dissertation. Keine Angabe zu Vergleichbarkeit der beiden Gruppen.</p> <p>Gleichbehandlung im Fließtext beschrieben, nicht nachvollziehbar (Angebot der alternativen Behandlung; keine Angabe wie viele Patienten dies nutzen/ welche Behandlung das war)</p> <p>Schriftlicher Informed Consent</p>
Intervention		
11	Prüfintervention	<p>EMDR</p> <p>Eine Sitzung „history“, 2 Sitzungen EMDR mit einer Dauer von 45 Minuten nach dem Leitfaden von Shapiro innerhalb von 10 Tagen</p> <p>Entspricht modifiziertem Behandlungsprotokoll hinsichtlich der Sitzungslänge (90min nach Shapiro) und Anzahl der Sitzungen (min. 12 bei multipel Traumatisierten)</p> <p>Probanden durften auch zusätzlich andere Behandlungsangebote in Anspruch nehmen, keine Angaben dazu, ob Probanden davon Gebrauch machten.</p>
12	Vergleichs-intervention	<p>Keine Behandlung mit EMDR, konnten aber andere Behandlung in Anspruch nehmen</p> <p>Keine Angabe dazu, ob Probanden von diesen anderen Behandlungsangeboten Gebrauch machten</p>
13	Evtl. weitere Behandlungsgruppen	Keine weitere Behandlungsgruppe
14	Studiendesign	Parallelstudiendesign
15	Zahl der Zentren	Ein Zentrum
16	Randomisierung	unklar
17	Concealment	unklar

	(„Maskierung“ der Randomisierung)	
18	Verblindung der Behandlung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein, offene Behandlung <input type="checkbox"/> Patienten verblindet <input type="checkbox"/> Behandler verblindet <input type="checkbox"/> Patienten und Behandler verblindet
19	Beobachtungsdauer	<p>SUD, VoC, SI-PTSD vor der Behandlung;</p> <p>17 Tage nach Behandlung Posttest SUD, VoC, SI-PTSD; zusätzlich GAS und M-PTSD</p>
20	Erhebung der primären Zielkriterien	<p>3 Skalen pretest-posttest:</p> <p>Structured Interview for PTSD (SI-PTSD, Davidson) standardisiert Subjective Units of Distress scale (SUD, Wolpe) nicht validiert, dient zur Überprüfung des Behandlungserfolgs innerhalb der EMDR Validity of cognition scale (VoC, Shapiro) nicht validiert; dient zur Überprüfung des Behandlungserfolgs innerhalb der EMDR</p> <p>2 Skalen nur posttest:</p> <p>Goal attainment scale (GAS, Kiresuk), standardisiert Mississippi Scale for combat-related PTSD (M-PTSD, Keane), standardisiert</p>
21	Erhebung der sekundären Zielkriterien	Keine Unterscheidung zwischen primären und sekundären Zielkriterien durch den Autor
22	Ergebnisse	<p>An dieser Stelle werden nur die für die Fragestellung der AG relevanten Ergebnisse der diagnostischen Verfahren dargestellt.</p> <p><u>SI-PTSD posttest</u>: Keine Unterschiede zwischen den Gruppen ($p = .102$) Keine Gruppe zeigte Symptomverbesserung</p> <p><u>SUD-posttest</u>: EMDR Gruppe zeigte weniger Ängstlichkeit bezogen auf die Exposition traumatischer Erinnerungen während der Therapiesitzungen ($p = .037$).</p> <p><u>VoC posttest</u>: keine Unterschiede zwischen den Gruppen ($p = .381$). Therefore, there was no evidence that the EMD/R group subjects (in comparison with the control group) achieved greater belief in a positive cognition related to their war trauma.</p> <p><u>M-PTSD posttest</u>: keine Unterschiede zwischen den Gruppen ($p = .361$). It is noteworthy that nearly all subjects' ($N = 23$) posttest scores were above the cutoff score of 107 for classifying individuals as having PTSD, with means for both the EMD/R and control groups being well above this cutoff.</p>
23	Unerwünschte Therapiewirkungen	<p>Beide Gruppen litten auch nach der Behandlung noch an störungsrelevanten Symptomen und erfüllten die Kriterien einer PTBS.</p> <p>Beide Gruppen konnten bezüglich der GAS weniger als den Durchschnittswert (3= Ziel erfüllt) erreichen.</p>

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

		Keine der Gruppen erreichte funktionalere Kognitionen bezüglich der Traumata.
--	--	---

24	Fazit der Autoren	EMDR ist bei Vietnamkriegsveteranen mit PTBS nicht effektiv bezüglich der klinischen Symptomatik.
25	Abschließende Bewertung	<p>Interne Validität (risk of bias): ja / unklar / nein</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> adäquate Randomisierungssequenz (<i>adequate sequence generation</i>) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> verdeckte Zuordnung (<i>allocation concealment</i>) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Verblindung (Behandler und Patienten) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Verblindung (Auswerter) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> unvollständige Outcome-Daten begründet (<i>incomplete outcome data addressed</i>) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> selektives Berichten von Ergebnissen vermieden (<i>free of selective reporting</i>) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinweis auf anderen Bias nicht vorhanden (<i>free of other bias</i>) <p>Bewertung der externen Validität / Übertragbarkeit: Übertragbarkeit nicht gegeben. Die EMDR-Behandlung erfolgte abweichend vom Behandlungsmanual nach Shapiro (fidelity check in Dissertation ergab dies) und war auf 2 Behandlungssitzungen von je 45 min. Dauer begrenzt. Therapeuten hatten nur einen 2 Tage Workshop in EMDR besucht.</p> <p>Bewertung der allgemeinen methodischen Qualität: Stärken der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik nach DSM-III-R <p>Schwächen der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kleine Fallzahlen • unklare Soziodemografie • Teilnehmer konnten neben der EMDR/Warteliste auch andere Therapien in Anspruch nehmen. Unklar, ob dies von den Studienteilnehmern genutzt wurde • 2 Therapiesitzungen EMDR ohne Begründung der Beschränkung • Abwandlung des Manuals von Shapiro • teilweise Verwendung von Outcome-Skalen, die laut EMDR-Behandlungsprotokoll für die Prüfung des Behandlungserfolges eingesetzt werden, und die einen bestimmten Wert erreicht haben müssen, bevor die Behandlung beendet werden darf (SUD, VoC) • Keine Prüfung der Anwendungsvoraussetzung der statistischen Verfahren • Unangemessene statistische Analysen (t-Test bei 12/13 Probanden) • die GAS ist ein subjektives Verfahren zur Einschätzung von möglichen Zielen, die während der Therapie erreicht werden können. Daher unterscheiden sich auch die Werte der GAS. Die GAS kann daher nicht als Vergleichsinstrument

		<p>herangezogen werden.</p> <ul style="list-style-type: none">• Der M-PTSD wurde nur als posttest-Messung verwendet. Es ist unklar, ob sich die beiden Gruppen schon vor der Behandlung voneinander unterschieden• Es wurden nur Selbstbeurteilungsinstrumente herangezogen, eine objektive Fremdbeurteilung fehlt• Eine Behandlung mit nur 2 Therapiesitzungen à 45 min. bei multipel Traumatisierten erscheint aus therapeutischer Sicht auch mit einer Methode, die schnellen Behandlungserfolg verspricht, zu kurz• Es werden diverse Hypothesen (32) getestet, um „die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, signifikante Unterschiede zu finden“ (S.135 Dissertation)
--	--	---

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p>In diesem Datenextraktionsbogen wurden die Daten der Originalstudie und des Follow-ups zusammen dargestellt.</p> <p>Marcus SV, Marquis P, Sakai C. Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. <i>Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training</i> 1997; 34 (3): 307-15.</p> <p>Marcus S, Marquis P, Sakai C. Three- and 6-Month Follow-Up of EMDR Treatment of PTSD in an HMO Setting. <i>International Journal of Stress Management</i> 2004; 11 (3): 195-208.</p> <p><i>Peer review:</i> Ja</p>
1a	Hersteller	EMDR (by Shapiro), SC (standard care)
2	Studientyp	RCT
3	Einordnung in die Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ib: Randomisierte klinische Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IIb: Prospektiv vergleichende Kohortenstudien</p> <p><input type="checkbox"/> III: Retrospektiv vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IV: Fallserien und nicht-vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> V: Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. a.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Bericht von Expertenkomitees und Konsenskonferenzen.</p>
4	Bezugsrahmen	<p>„This research...was funded by a grant from Kaiser Permanente“ (Krankenversicherung, Klinikbetreiber, Ärzteorganisation)</p> <p>Keine Interessenkonflikte berichtet</p> <p>HMO ist ein in den USA entwickeltes Krankenversicherungs- und Versorgungsmodell, das im Sinne einer Managed Care-Organisation arbeitet. Es handelt sich um eine Gemeinschaft aus Klienten und Leistungserbringern, die ein bestimmtes fixes Gesamtbudget hat, aus dem alle medizinischen Maßnahmen bezahlt werden. Die HMO-Zentren sind entweder Eigentum der Versicherung oder haben Verträge mit einem oder mehreren Krankenversicherern abgeschlossen.</p> <p>Die Kaiser Permanent ist die größte Health Maintenance Organization in den USA. In Kalifornien waren im Jahr 2005 49,1 % der Bevölkerung dort Mitglied.</p>
5	Indikation	PTBS nach DSM-III-R Kriterien
6	Fragestellung Zielsetzung	Vergleich der EMDR mit „standard care“
Population		
7	Studienpopulation; relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p><i>Einschlusskriterien:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Erwachsene Mitglieder der Kaiser Permanente, eines großen privaten Krankenversorgungsmodells, in Californien. - Zugang zur Studie über ihre Behandler (Psychologen, Psychiater, Sozialarbeiter) aus drei unterschiedlichen Einrichtungen der HMO in San Francisco, - Vorliegen einer PTBS nach DSM-III-R Kriterien

		<p><i>Ausschlusskriterien:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine PTBS nach DSM-III-R - Dissoziative Störung - Zwangsstörung - Psychose - Abhängigkeitserkrankung - Suizidalität - Verwicklung in Rechtsstreitigkeiten - Patienten, die medikamentös noch nicht gut eingestellt waren - Analphabeten <p>67 Patienten, davon 53 Frauen im Alter von 18-73 (d. 39,98) und 14 Männer im Alter von 23-67 (d. 44,78)</p> <p>Verschiedene Traumata</p>
8	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Keine Fallzahlplanung
9	Anzahl der eingeschlossenen Patienten mit und ohne ausgewertete Daten.	<p>Von 97 in Frage kommenden Patienten hatten 67 eine PTBS nach DSM-III-R Kriterien, erfüllten die Einschlusskriterien und wurden somit in die Studie eingeschlossen.</p> <p>Ein zusätzlicher Ausschluss wird erwähnt, er konnte die Fragebögen nicht lesen</p> <p>10 Patienten lehnten eine Behandlung ab, 1 Drop-out ohne Angabe von Gründen</p> <p>Es ist unklar, ob dann 67-12 = 55 Patienten behandelt wurden. Keine Angaben dazu.</p> <p>Keine Angabe zu ITT-Analyse Kein CONSORT-Flussdiagramm</p> <p><i>Follow-up Studie:</i> 44 von 67 Patienten nach 3 Monaten (66 %), 36 Patienten nach 6 Monaten (54 %) erreicht.</p>
10	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Keine tabellarischen Angaben zur soziodemographischen Verteilung in den beiden Behandlungsarmen.</p> <p>Rein deskriptive Angabe einer Vergleichbarkeit der Gruppen hinsichtlich DSM-III-Diagnose, Anzahl der Behandlungen, Anzahl individueller Behandlungen, Anzahl Gruppenbehandlungen, medikamentöse Behandlung,</p> <p>EMDR-Gruppe hatte signifikant höhere Ausgangswerte im GAF score ($p=0,042$).</p> <p>Setting: Durchführung an 3 psychiatrischen Kliniken der HMO Als unabhängige Untersucherin war eine klinische Psychologin eingesetzt. Diese hat die Interviews geführt und die Testinstrumente</p>

		<p>„gescored“ sowie die Diagnose nach DSM-III-R erhoben.</p> <p>Die Interventions- und Vergleichsgruppe wurden nicht gleich behandelt (S.11 und 12).</p> <p>Die so genannte Standard-Care enthält verschiedene, teilweise miteinander nicht vergleichbare Behandlungsmethoden und – verfahren.</p>
Intervention		
11	Prüfintervention	<p>EMDR (nach dem Behandlungsprotokoll von Shapiro)</p> <p>Die Teilnehmer wurden an einen speziellen EMDR-Behandler verwiesen.</p> <p>Behandlung in 50 minütigen wöchentlichen Einzelsitzungen, Jeder Teilnehmer durchlief die 8 Phasen der EMDR (s. Skript).</p> <p>Einige der Teilnehmer waren zusätzlich medikamentös behandelt, zwei befanden sich in stationärer und einer in tagesklinischer Behandlung.</p> <p>Die Teilnehmer galten als geheilt, wenn sie nicht länger die Kriterien einer PTBS nach DSM-III-R erfüllten oder wenn die Studie beendet war.</p>
12	Vergleichs-intervention	<p>Standardbehandlung (Einzelspsychotherapie: kognitiv, behavioural, psychodynamisch; Medikamentöse Behandlung; und/oder Gruppentherapie: Entspannung, Panik- und Angstreduktion; Krisenintervention in der Klinik (2 Fälle), Tagesbehandlung (1 Fall))</p> <p>Die Teilnehmer wurden an ihre ursprünglich zuweisenden Behandler zurückverwiesen und dort weiter behandelt.</p> <p>Einzeltherapiesitzungen a 50 Minuten, Gruppentherapiesitzungen a 90 Minuten, Sitzungen, die Medikation betreffend, 30-45 Minuten. Die Anzahl der Sitzungen war nicht festgelegt.</p> <p>Die Teilnehmer galten als geheilt, wenn sie nicht länger die Kriterien einer PTBS nach DSM-III-R erfüllten oder wenn die Studie beendet war.</p>
13	Evtl. weitere Behandlungsgruppen	keine
14	Studiendesign	Parallelgruppendesign
15	Zahl der Zentren	3 HMO-Kliniken in San Francisco SC bei ursprünglichen Behandlern („Those ...to SC were returned to their referring mental health provider for PTSD treatment“)
16	Randomisierung	Blockrandomisierung, benannt, aber nicht beschrieben, wie
17	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine Angaben zum Concealment
18	Verblindung der Behandlung	<p>Es wird über einen „independent evaluator“ berichtet, dennoch:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nein, offene Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten verblindet</p> <p><input type="checkbox"/> Behandler verblindet</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten und Behandler verblindet</p>
19	Beobachtungsdauer	Drei Messzeitpunkte: Vor der Behandlung (T1), nach 3 Sitzungen

		<p>(T2), nach der Behandlung (T3) T3 = entweder keine PTBS nach DSM-III-R oder Ende der Studie (nach 2Jahren)</p> <p><u>Follow-up Studie:</u> 3 Monats-Follow-up, 6 Monats-Follow-up, Aber unklar, ob das 6-Monats-Follow-Up für alle nach 6 Monaten stattfand, weil die Behandlungsdauer nicht begrenzt war, die Studiendauer aber schon</p>
20	Erhebung der primären Zielkriterien	<p>Die Evaluation wurde durch eine unabhängige Untersucherin durchgeführt und enthielt ein Interview, die unten beschriebenen Scores und Fragebogenverfahren.</p> <p>PTBS-Diagnose anhand DSM-III-R- Kriterien IES (Impact of event scale), MPTSD(Modified Posttraumatic Stress Disorder Scale)</p> <p>Depression (BDI, Becks Depressions Inventar) Angst (STAI, Stait-Trait Anxiety Inventar) Allgemeine Symptome (SCL-90, GSI Skala und PSD (Positive Symptome Distress Subscale) SUD (Subjective Units of Distress)</p>
21	Erhebung der sekundären Zielkriterien	Keine Unterscheidung zwischen primären und sekundären Zielkriterien seitens der Autoren, vermutlich sog. „multiples Testen“
22	Ergebnisse	<p>Hier werden nur die für die AG EMDR relevanten Endpunkte (die PTBS betreffend) referiert:</p> <p>Zeitpunkt T2 (nach 3 Sitzungen): IES: signifikant niedrigere Werte in der EMDR-Gruppe $p=0.001$ MPTSD: signifikant niedrigere Werte in der EMDR-Gruppe $p=0.001$</p> <p>Zeitpunkt T3 (am Ende der Behandlung): IES: signifikant niedrigere Werte in der EMDR-Gruppe, $p=0.001$ MPTSD: signifikant niedrigere Werte in der EMDR-Gruppe $p=0.005$</p> <p>Schnelligkeit der Symptomverbesserung: EMDR-Gruppe zeigte innerhalb der ersten 3 Sitzungen stat. sig. Mehr Verbesserungen: IES $p= 0.001$ MPTSD $p= 0.002$</p> <p>30 % der EMDR Gruppe gegenüber 20 % der SC Gruppe erfüllten nach 3 Sitzungen (T2) nicht mehr die Kriterien einer PTBS. Dieses Ergebnis ist stat. sig. $P=0.034$</p> <p>Zu Behandlungsende (T3) erfüllten 77 % EMDR und 50 % nicht mehr die Kriterien einer PTBS, dieses Ergebnis ist stat. sig. $p=0.025$</p>

		<p>Mit EMDR behandelte Patienten brauchten signifikant ($p=0.001$) weniger Sitzungen, weniger Gruppensitzungen ($p=0.007$) als SD Patienten, weniger Medikation ($p=0.001$)</p> <p><u>Follow-up Studie:</u> 3-Monats-Follow-up IES: EMDR-Gruppe niedrigere Werte als Kontrollgruppe $p=0.000$ MPTSD: EMDR-Gruppe niedrigere Werte als Kontrollgruppe $p=0.002$</p> <p>6-Monats-Follow-up IES: EMDR-Gruppe niedrigere Werte als Kontrollgruppe $p=0.010$ MPTSD: EMDR-Gruppe niedrigere Werte als Kontrollgruppe $p=0.004$</p>
23	Unerwünschte Therapiewirkungen	Keine berichtet
24	Fazit der Autoren	<p>“EMDR is an effective treatment for PTSD” “EMDR can successfully used in a 50-minute session formate” “EMDR was superior in terms of reducing PTSD symptomatology. ...with greater rapidity” “Participants in the EMDR condition used significant fewer medication appointments...” “The EMDR group used approximately half the number of total treatment sessions than the SC group....is more cost effective.”</p> <p><u>Follow-up Studie:</u> These results indicate that EMDR is an effective method for treating all symptoms associated with a clinical presentation of PTSD, including anxiety and depression, in an HMO setting and that these results are maintained over time. Notably, the original study demonstrated the efficacy of EMDR within the time constraints of brief therapy (M 6.5 sessions) and also indicated that EMDR could be utilized within a 50-min session if necessary.</p>
25	Abschließende Bewertung	<p>Interne Validität (risk of bias): ja / unklar / nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> adäquate Randomisierungssequenz (<i>adequate sequence generation</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> verdeckte Zuordnung (<i>allocation concealment</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Verblindung (Behandler und Patienten)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verblindung (Auswerter) (Ja, für Follow-up)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> unvollständige Outcome-Daten begründet (<i>incomplete outcome data adressed</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> selektives Berichten von Ergebnissen vermieden (<i>free of selective reporting</i>)? nochmal in Studie gehen</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinweis auf anderen Bias nicht vorhanden (<i>free of other bias</i>)</p> <p>Bewertung der externen Validität / Übertragbarkeit:</p>

		<p>Die Reduktion der EMDR-Sitzungsdauer von im Manual festgelegten 90 min auf hier 50 min schränkt die Übertragbarkeit ein.</p> <p>Bewertung der allgemeinen methodischen Qualität – Originalstudie</p> <p>Stärken der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnostik nach DSM <p>Schwächen der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die soziodemographische Vergleichbarkeit der Gruppen ist aufgrund fehlender Dokumentation nicht nachvollziehbar.• Die Vergleichsgruppe ist hinsichtlich der Therapiemethoden inhomogen. Sie besteht aus einem nicht präzise definierten Mix an so genannten „Standardbehandlung“-Methoden. Entsprechend muss von mehreren Vergleichsgruppen ausgegangen werden, die jedoch nicht getrennt voneinander ausgewertet wurden.• Keine Angabe der Gruppengröße der beiden untersuchten Gruppen• Keine Angabe der Geschlechterverteilung in beiden Gruppen• Keine Angaben der Gruppengröße und Geschlechterverteilung zum Follow-up• nicht nachvollziehbare Angaben über Drop-outs• Unklare Angaben, wann das 6-Monats-Follow-up stattfand• Verdacht auf multiples Testen, keine Fehleradjustierung beschrieben.
--	--	---

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	Rothbaum BO. A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. Bull Menninger Clin 1997; 61 (3): 317-34. Peer review: Ja
1a	Hersteller	
2	Studientyp	RCT
3	Einordnung in die Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	X Ib: Randomisierte klinische Studien <input type="checkbox"/> IIb: Prospektiv vergleichende Kohortenstudien <input type="checkbox"/> III: Retrospektiv vergleichende Studien <input type="checkbox"/> IV: Fallserien und nicht-vergleichende Studien <input type="checkbox"/> V: Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. a.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Bericht von Expertenkomitees und Konsenskonferenzen.
4	Bezugsrahmen	Durchgeführt an der Abteilung für Psychiatrie der Emory University, Atlanta, USA. Keine Interessenkonflikte angegeben.
5	Indikation	PTBS
6	Fragestellung Zielsetzung	Wirksamkeit von EMDR bei PTBS im Vergleich zur Wartelistegruppe
Population		
7	Studienpopulation; relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien: Frauen, volljährig, Vergewaltigungsoffer, PTBS nach DSM-III-R Kriterien. Ausschlusskriterien: Drogenmissbrauch
8	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Keine Angaben
9	Anzahl der eingeschlossenen Patienten mit und ohne ausgewertete Daten.	21 eingeschlossen, 18 ausgewertet, 3 Drop-Outs (mit Begründung) ITT Analyse (Drop-Out nicht berücksichtigt)
10	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, relevanten prognostischen Faktoren, Begleittherapien etc.) oder liegen die Angaben nur als summarische Beschreibung der Autoren vor? Ja, tabellarischer Vergleich

		<p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Ja, es gibt Unterschiede bzgl. Alter, Zeit seit der Vergewaltigung</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt? Ja</p> <p>Welche Angaben werden zur Compliance der Patienten gemacht? Inwieweit wurden Patienten über Inhalte und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt? Keine Angaben zur Compliance Patientenaufklärung erfolgt:</p>
Intervention		
11	Prüfintervention	EMDR 1 Diagnose Sitzung, 3 Einzel-Therapiesitzungen á 90 Minuten
12	Vergleichs-intervention	Warteliste
13	Evtl. weitere Behandlungsgruppen	
14	Studiendesign	2 parallele Gruppen
15	Zahl der Zentren	1 Zentrum
16	Randomisierung	Unklar
17	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Unklar
18	Verblindung der Behandlung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein, offene Behandlung <input type="checkbox"/> Patienten verblindet <input type="checkbox"/> Behandler verblindet <input type="checkbox"/> Patienten und Behandler verblindet
19	Beobachtungsdauer	Endpunkt direkt nach Behandlung erhoben (4 Wochen)
20	Erhebung der primären Zielkriterien	<p>Keine Festlegung von primären Zielkriterien.</p> <p>PTBS Endpunkte erfasst mit: PTSD Symptom Scale Impact of Event Scale</p> <p>Weitere Endpunkte: Depressivität mit Beck Depression Inventory Ängstlichkeit mit State/Trait Anxiety Inventory und rape Aftermath Symptom Test Dissoziative Symptome mit Dissociative Experiences Scale</p>
21	Erhebung der sekundären Zielkriterien	
22	Ergebnisse	Primäre Endpunkte:

		<p>PTSD Symptom Scale + 19 Punkte (EMDR) versus + 4 Punkte (Warteliste), $p < 0.05$</p> <p>Impact of Event Scale + 35 Punkte (EMDR) versus + 3,5 Punkte (Warteliste), $p < 0,01$</p>
23	Unerwünschte Therapiewirkungen	Keine Angaben
24	Fazit der Autoren	EMDR was effective in alleviating PTSD in this study.
25	Abschließende Bewertung	<p>Interne Validität (<i>risk of bias</i>): ja / unklar / nein</p> <p><input type="checkbox"/>x<input type="checkbox"/> adäquate Randomisierungssequenz (<i>adequate sequence generation</i>)</p> <p><input type="checkbox"/>x<input type="checkbox"/> verdeckte Zuordnung (<i>allocation concealment</i>)</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>x Verblindung (Behandler und Patienten)</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>x Verblindung (Auswerter)</p> <p>x<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> unvollständige Outcome-Daten begründet (<i>incomplete outcome data addressed</i>)</p> <p>x<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> selektives Berichten von Ergebnissen vermieden (<i>free of selective reporting</i>)</p> <p>x<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Hinweis auf anderen Bias nicht vorhanden (<i>free of other bias</i>)</p> <p>Bewertung der externen Validität / Übertragbarkeit: Gegeben, modifiziertes Shapiro-Protokoll mit vier Sitzungen.</p> <p>Bewertung der allgemeinen methodischen Qualität: Stärken der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik nach DSM • Einsatz validierter Fragebögen zur Erfassung der PTBS Endpunkte • Therapeut hatte Level I und II Ausbildung in EMDR <p>Schwächen der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwächen sind die kleine Fallzahl • Unterschiede zwischen den Gruppen zu Baseline • kurze Laufzeit <p>Studie zeigt statistisch signifikante Effekte zu Gunsten der EMDR im Vergleich zur Warteliste.</p>

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p>Carlson JG, Chemtob CM, Rusnak K, Hedlund NL, Muraoka MY. Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. <i>J Trauma Stress</i> 1998; 11 (1): 3-24.</p> <p><i>Peer review:</i> Ja</p>
1a	Hersteller	-
2	Studientyp	RCT
3	Einordnung in die Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	<p>X Ib: Randomisierte klinische Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IIb: Prospektiv vergleichende Kohortenstudien</p> <p><input type="checkbox"/> III: Retrospektiv vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IV: Fallserien und nicht-vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> V: Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. a.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Bericht von Expertenkomitees und Konsenskonferenzen.</p>
4	Bezugsrahmen	Autoren sind an der University of Hawaii at Manoa, Honolulu, Hawaii beschäftigt.
5	Indikation	Combat related PTSD
6	Fragestellung Zielsetzung	Wirksamkeit von EMDR gegenüber Biofeedback gestützter Relaxation und klinischer Routinebehandlung bei combat related PTBS.
Population		
7	Studienpopulation; relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Based on a chart review, consultation with referring therapist, and clinical intake conducted by the first three authors, participants were excluded or a history of psychosis, if they met DSM-IV criteria for antisocial personality disorder, or if they self-reported substance abuse or dependence in the past 30 days. In addition, to control for group assignment bias, the MMPI-2 clinical scales and the MAC-R subscale for substance abuse were examined (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989).
8	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Keine Angaben
9	Anzahl der eingeschlossenen Patienten mit und ohne ausgewertete Daten.	<p>The participants were 35 male veterans previously diagnosed with PTSD, as reflected by individual medical records, ranging in age from 41 to 70. Demographic characteristics of the sample after group assignment are shown in Table 1.</p> <p>The total number of participants recruited for this study was 47. There were 12 dropouts during various stages of pretreatment assessment (an attrition rate of 26 %, prior to group assignment). After group assignment and prior to posttreatment assessment, no participants dropped out of the control or eye movement groups and one participant dropped out of the biofeedback-assisted relaxation group (an attrition rate of 3 % for all the assigned groups). Between posttreatment and 3-month follow-up assessment, one participant dropped out of the eye movement group and three participants dropped out of the biofeedback-assisted relaxation group (an overall attrition rate of 14 % from the treatment groups).</p>

		<p><i>Informed Consent</i> Written informed consent was obtained. The participants were monetarily reimbursed for assessment sessions. No compensation was given for treatment.</p> <p>Thirty five combat veterans diagnosed with combat-related PTSD were treated with either (a) 12 sessions of eye movement desensitization and reprocessing, EMDR (n= 10), (b) 12 sessions of biofeedback-assisted relaxation (n = 13), or (c) routine clinical care, serving as a control (n = 12).</p> <p>At the outset of this research, the three therapists were working within other clinical paradigms and shared no particular expectations with respect to the outcomes of EMDR therapy. One therapist (JC) had extensive research and clinical experience in the area of biofeedback and behavioral approaches. The second therapist (CC) had worked with PTSD for a number of years from a psychodynamic perspective. The third therapist (KR) was extensively experienced in psychiatric nursing and biofeedback.</p>
10	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Tabellarische Darstellung, keine Zahlenangaben zur Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen bezüglich der generellen Psychopathologie laut Text keine Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen.</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Nein</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt? Ja</p> <p>Welche Angaben werden zur Compliance der Patienten gemacht? Inwieweit wurden Patienten über Inhalte und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt? Keine Angaben zur Compliance, schriftlicher informed consent.</p>
Intervention		
11	Prüfintervention	12 Sitzungen EMDR protocol
12	Vergleichs-intervention	12 Sitzungen Biofeedback-assisted relaxation.
13	Evtl. weitere Behandlungsgruppen	Routine clinical care, 6 Wochen-Warteliste dann Therapie, daher allerdings keine Daten bei Follow-ups über diese Gruppe
14	Studiendesign	3 parallele Gruppen
15	Zahl der Zentren	1 Zentrum University of Hawaii at Manoa, Honolulu, Hawaii
16	Randomisierung	Nur als Begriff angegeben
17	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Unklar, keine Angaben
18	Verblindung der Behandlung	<p><input checked="" type="checkbox"/> Nein, offene Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten verblindet</p> <p><input type="checkbox"/> Behandler verblindet</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten und Behandler verblindet</p>

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

		Lediglich bei dem 9 Monats-Follow-up verblindetes Rating
--	--	--

19	Beobachtungsdauer	Data being collected at pretreatment, posttreatment, 3-month (postal) follow-up, 9 month-follow-up
20	Erhebung der primären Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Clinician Administered PTSD Scale, CAPS-1</i> • <i>Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</i> • <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>, • <i>Personal Problem Definition Questionnaire (PPD)</i>, • <i>Mississippi Scale for Combat related PTSD (MS)</i>, • <i>Impact of Event Scale (IES)</i>, • <i>PTSD Symptom Scale–Self-Report (PSS)</i> <p>A computerized electrophysiological monitoring and feedback system (J & J Engineering) consisted of four electromyographic (EMG) modules, one pulse photoplethysmograph module that provided a measure of heart rate (HR), one thermal (TEMP) module, and one skin conductance (SCL) module.</p>
21	Erhebung der sekundären Zielkriterien	
22	Ergebnisse	<p>The principal data for psychometric measures of PTSD are shown in table 2. The table displays means for all three groups at pretreatment and posttreatment and for groups RXT and EMD at the 90-day follow-up.</p> <p>The principal results of the structured CAPS interview for PTSD are shown in table 3. For each measure, the table displays means for groups CON, RXT, and EMD at pretreatment and posttreatment, and for groups RXT and EMD at three month follow-up.</p> <p>Finally, of the nine subjects in the RXT group who completed the first follow-up, seven still met the criteria for PTSD on the CAPS; the two who did not were just one symptom short of the needed three symptoms on the Avoidance cluster, but did meet the criteria on the Reexperiencing and Arousal clusters. By contrast, of the nine subjects in the EMD group at first follow-up, two still met the criteria for PTSD. Notably, among the seven subjects no longer diagnosed with PTSD, two had no symptoms on any clusters and three others had just one or two symptoms on any clusters.</p> <p><u>Psychometrische Messungen:</u> <u>Mississippi-Scale:</u> statistisch signifikante Unterschiede zwischen den 3 Behandlungsgruppen ($p < 0.006$): Posttreatment: EMDR Gruppe hatte statistisch signifikante niedrigere scores als Kontrollgruppe (KG, $p < 0.05$) und Relaxationsgruppe (RXT, $p < 0.05$) Follow-up: EMDR statistisch signifikante niedrigere scores als RXT ($p < 0.05$)</p> <p><u>PSS (Selbstreport)</u> Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den 3 Behandlungsgruppen ($p < 0.009$): Posttreatment EMDR statistisch signifikante niedrigere scores als KG ($p < 0.01$) Follow-up: EMDR statistisch signifikante niedrigere scores als RXT ($p < 0.005$)</p> <p><u>IES</u></p>

		<p>statistisch signifikante niedrigere scores in allen Gruppen ($p < 0.0003$) Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen</p> <p>Interview-Messung <u>CAPS</u> Symptommfrequenz: EMDR statistisch signifikant mehr Symptomreduktion als RXT im follow-up ($p < 0.004$) Symptomintensität: EMDR statistisch signifikant mehr Symptomreduktion im follow-up als RXT ($p < 0.002$)</p> <p>In general, all of the groups showed changes from pretreatment to posttreatment consistent with lowered physiological arousal. This effect was reflected by significant assessment main effects (pretreatment versus posttreatment) for averaged and all individual EMG variables except trapezius. However, none of the treatment or group x treatment interactions were significant, indicating that the physiological changes were not differentially related to treatment type. From posttreatment to follow-up, no substantial changes were obtained on most of the variables and no significant main effects (posttreatment versus follow-up) were obtained between the EMD and RXT groups (nor group x treatment interactions), indicating that the overall decrease in physiological arousal was maintained.</p> <p>Nine Month Follow-up All nine patients in the EMD group who had completed the first follow-up, and six patients in the RXT group, agreed to return for the second follow-up assessment. Three patients were excluded from the data analysis, two of whom in the RXT group had by now sought and received EMDR treatment and one in the EMD group for whom there were serious concerns about the fidelity of responses because he was scheduled for compensation evaluation in the same week. Table 5 shows that, with the exception of the Intrusion subscale, the EMD group had lower total CAPS scores. The table also shows that the EMD group had significantly lower BDI and Mississippi scores. However, on the IES the groups again did not differ significantly. The global clinician ratings of improvement and satisfaction indicated significantly greater improvement and treatment satisfaction for the EMD group, and these two measures were highly correlated, $r = .84$, $p < .001$. These additional data are consistent with the findings of the first (planned) follow-up when CAPS ratings were done by clinicians who were not blind to treatment group assignment at posttreatment. They also are suggestive that the earlier treatment effects were maintained.</p>
23	Unerwünschte Therapiewirkungen	Keine Angaben
24	Fazit der Autoren	Compared with the other conditions, significant treatment effects in the EMDR condition were obtained at posttreatment on a number of self-report, psychometric, and standardized interview measures. Relative to the other treatment group, these effects were generally maintained at 3-month follow-up. Psychophysiological measures reflected an apparent habituation effect from pretreatment to posttreatment but were not differentially affected by treatment condition.

25	Abschließende Bewertung	<p>Interne Validität (<i>risk of bias</i>): ja / unklar / nein</p> <p><input type="checkbox"/>x<input type="checkbox"/> adäquate Randomisierungssequenz (<i>adequate sequence generation</i>)</p> <p><input type="checkbox"/>x<input type="checkbox"/> verdeckte Zuordnung (<i>allocation concealment</i>)</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>x Verblindung (Behandler und Patienten)</p> <p>x<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Verblindung (Auswerter)</p> <p><input type="checkbox"/>x<input type="checkbox"/> unvollständige Outcome-Daten begründet (<i>incomplete outcome data adressed</i>)</p> <p><input type="checkbox"/>x<input type="checkbox"/> selektives Berichten von Ergebnissen vermieden (<i>free of selective reporting</i>)</p> <p><input type="checkbox"/>x<input type="checkbox"/> Hinweis auf anderen Bias nicht vorhanden (<i>free of other bias</i>)</p> <p>Bewertung der externen Validität / Übertragbarkeit: Gegeben, EMDR-Behandlung nach Shapiro-Protokoll mit 12 Sitzungen.</p> <p>Bewertung der allgemeinen methodischen Qualität: Stärken der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auswertung von 8 der 10 EMDR Patienten bei verblindet ausgewertetem 9 Monats-Follow Up • Signifikante Effekte zu Gunsten der EMDR bezüglich der PTBS Diagnose gemäß DSM IV erfasst mit psychometrischen Tests und Selbsteinschätzung der Patienten • Die EMDR-Behandlung erfolgte nach modifiziertem Shapiro-Protokoll mit festgelegter Begrenzung auf 12 Sitzungen. Einsatz validierter Fragebögen zur Erfassung der PTBS Endpunkte. <p>Schwächen der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kleine Behandlungsgruppen • Relativ kurze Behandlungslaufzeit • Die Therapeuten besaßen keine großen Erfahrungen in der EMDR Therapie (keine EMDR-Ausbildung) • Multiples testen, bias möglich • Aufgrund von hohen Drop-out Raten in der Vergleichsgruppe sind die Ergebnisse schwierig interpretierbar im 9-Monats-follow-up • „biofeedback-assisted relaxation“ ist keine indikationsspezifische Therapie für PTBS, sondern eine unspezifische Therapie
----	-------------------------	--

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p>Rogers S, Silver SM, Goss J, Obenchain J, Willis A, Whitney RL. A single session, group study of exposure and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in treating Posttraumatic Stress Disorder among Vietnam War veterans: preliminary data. J Anxiety Disord 1999; 13 (1-2): 119-30.</p> <p>Peer review: Ja</p>
1a	Hersteller	
2	Studientyp	RCT
3	Einordnung in die Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ib: Randomisierte klinische Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IIb: Prospektiv vergleichende Kohortenstudien</p> <p><input type="checkbox"/> III: Retrospektiv vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IV: Fallserien und nicht-vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> V: Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. a.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Bericht von Expertenkomitees und Konsenskonferenzen.</p>
4	Bezugsrahmen	<p>Studie am Department of Veterans Affairs Medical Center, Coatesville, Pennsylvania, USA.</p> <p>Keine Interessenkonflikte angegeben.</p>
5	Indikation	PTBS
6	Fragestellung Zielsetzung	Wirksamkeit von EMDR im Vergleich zur Exposure Therapie zur Behandlung der PTBS
Population		
7	Studienpopulation; relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p>Einschlusskriterien: Patienten mit PTBS (Vietnam-Veteranen) nach DSM</p> <p>Ausschlusskriterien: Ausschluss bei Vorliegen von dissoziativen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, oder früherer Therapie mit EMDR oder Exposure</p>
8	Anzahl der zu behandelnden Patienten	<p>N=12</p> <p>Keine Fallzahlplanung</p>
9	Anzahl der eingeschlossenen Patienten mit und ohne ausgewertete Daten.	<p>Keine Drop-Outs</p> <p>Analyse nach ITT</p>
10	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, relevanten prognostischen Faktoren, Begleittherapien etc.) oder liegen die Angaben nur als summarische Beschreibung der Autoren vor?</p> <p>Nur summarische Darstellung.</p>

		<p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen?</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede bzgl. Alter, Global Assessment of Functioning, Grad der Behinderung aufgrund Militärdienst und den Outcome-Variablen (Ausnahme: Intrusion Score signifikant höher in Exposure Gruppe).</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt?</p> <p>Ja.</p> <p>Welche Angaben werden zur Compliance der Patienten gemacht? Inwieweit wurden Patienten über Inhalte und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt?</p> <p>Nur einmalige Intervention. Alle Patienten haben teilgenommen. Keine Angaben zur Patientenaufklärung und Nebenwirkungen.</p>
Intervention		
11	Prüfintervention	EMDR nach Manual. Einmalige, 60-90 minütige Sitzung.
12	Vergleichs-intervention	Exposure Therapie nach Manual. Einmalige, 60-90 minütige Sitzung.
13	Evtl. weitere Behandlungsgruppen	Nicht zutreffend
14	Studiendesign	2 parallele Behandlungsarme.
15	Zahl der Zentren	Ein Studienzentrum.
16	Randomisierung	Nur als Begriff.
17	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine Angaben.
18	Verblindung der Behandlung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein, offene Behandlung <input type="checkbox"/> Patienten verblindet <input type="checkbox"/> Behandler verblindet <input type="checkbox"/> Patienten und Behandler verblindet
19	Beobachtungsdauer	Eine Woche nach Behandlung.
20	Erhebung der primären Zielkriterien	Impact of Event Scale, IES (Selbstbeurteilung) SUD Scale of Emotional Distress, SUD (Selbstbeurteilung) Herzrate und Blutdruck in Ruhe und bei Erinnerung des traumatischen Ereignisses
21	Erhebung der sekundären Zielkriterien	Keine Definition von sekundären Endpunkten.
22	Ergebnisse	Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, mit Ausnahme des Intrusion Scores: EMDR Gruppe signifikant besser als Exposure Gruppe.
23	Unerwünschte Therapiewirkungen	Keine Angaben.
24	Fazit der Autoren	Because of the small sample, results of this study must be regarded

		with caution.
25	Abschließende Bewertung	<p>Interne Validität (risk of bias): ja / unklar / nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> adäquate Randomisierungssequenz (<i>adequate sequence generation</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> verdeckte Zuordnung (<i>allocation concealment</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Verblindung (Behandler und Patienten)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verblindung (Auswerter)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> unvollständige Outcome-Daten begründet (<i>incomplete outcome data addressed</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> selektives Berichten von Ergebnissen vermieden (<i>free of selective reporting</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinweis auf anderen Bias nicht vorhanden (<i>free of other bias</i>)</p> <p>Bewertung der externen Validität / Übertragbarkeit: Übertragbarkeit schwierig einzuschätzen. Modifizierte Behandlung nach Shapiro, auf einmalige, 60-90 minütige EMDR-Sitzung beschränkt. Keine inhaltlichen Angaben zur EMDR-Ausbildung der Therapeuten.</p> <p>Bewertung der allgemeinen methodischen Qualität: Stärken der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik nach DSM <p>Schwächen der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwächen sind die kleine Fallzahl • Nur eine Therapiesitzung • Keine Angaben zur EMDR-Ausbildung der Therapeuten • Kurze Laufzeit <p>Die Ergebnisse zeigen überwiegend eine Verbesserung der Symptomatik im Zeitverlauf. Die klinische Relevanz der Symptomverbesserung ist unklar.</p>

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p>Ironson G, Freund B, Ma JL, Williams J. Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. J Clin Psychol 2002; 58 (1): 113-28.</p> <p>Peer review: Ja</p>
1a	Hersteller	<p>Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR by Shapiro)</p> <p>Prolonged Exposure (PE; by Foa)</p>
2	Studientyp	RCT
3	Einordnung in die Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	<p>x Ib: Randomisierte klinische Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IIb: Prospektiv vergleichende Kohortenstudien</p> <p><input type="checkbox"/> III: Retrospektiv vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IV: Fallserien und nicht-vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> V: Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. a.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Bericht von Expertenkomitees und Konsenskonferenzen.</p>
4	Bezugsrahmen	<p>Für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution: Department of psychology at the University of Miami</p> <p>Das Trauma-Treatment-Programm war Bestandteil des Mental-Health-Service der Universität Miami und war kostenpflichtig.</p> <p>Keine Angabe des Auftraggebers der Studie.</p> <p>Interessenkonflikte: Nicht beschrieben und nicht erkennbar</p>
5	Indikation	Sufficient level of PTSD
6	Fragestellung Zielsetzung	<p>Fragestellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> to identify the comparative efficacy of state-of-the-art treatments to determine if EMDR and PE are equally effective at reducing symptoms, if symptom reduction is maintained at three-month follow-up, and if both treatments are equally well tolerated [as measured by dropout rates, reported distress, and Subjective Units of Distress scores (SUDS)]. <p>Hypothesen:</p> <p>we hypothesized that both treatments EMDR and cognitive-behavioral treatments for PTSD would be similarly effective in the current study.</p> <p>Furthermore we hypothesized significantly greater dropout rates among participants assigned to the PE condition.</p> <p>We further hypothesized that EMDR would be associated with less distress.</p>
Population		
7	Studienpopulation; relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p>Patientenmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alter: from 16 to 62 years, most were in their 20s (nine), 30s (five), or 40s (four), with two less than 20 and two older than 50. five rape victims, two attempted rapes, seven molestation victims, five physical assault victims, one accident victim, one person whose brother was killed, and one person whose wife was raped. Seven had a history of multiple traumas. 17 women

		<p>5 men.</p> <ul style="list-style-type: none"> Although we did not systematically collect ethnic information, our sample included a mixture of Caucasians, African Americans, Caribbean Blacks, Hispanics, and one Syrian individual. <p><i>Einschlusskriterien:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> sufficient level of PTSD symptoms Individuals who had a single trauma, past spousal abuse, or who were adult survivors of childhood sexual abuse without dissociation were considered eligible for the program. they also had to complete three preliminary sessions and at least one active treatment session as defined by the treatment protocol <p><i>Ausschlusskriterien:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> high reported levels of dissociation (DES .29). <p>Patientenmerkmale nicht tabellarisch dargestellt. Keine Angaben zur Verteilung der Patientenmerkmale innerhalb der Interventionsgruppen.</p>
8	Anzahl der zu behandelnden Patienten	n=22, keine Powerkalkulation beschrieben
9	Anzahl der eingeschlossenen Patienten mit und ohne ausgewertete Daten.	<p>die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) sind dokumentiert und begründet. (S. 120 f.)</p> <p>Es wurde eine ITT-Analyse durchgeführt.</p> <p>Keine Darstellung des Patientenflusses nach dem CONSORT-Flussdiagramm.</p>
10	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Angabe zu Patienten nur als <u>summarische Beschreibung</u> der Autoren</p> <p>Vor Behandlungsbeginn: informed consent,</p> <p>Gleichbehandlung im Rahmen des Behandlungsprotokolls (z.B. bei EMDR auch Hausaufgaben) bis auf die Intervention</p>
Intervention		
11	Prüfintervention	<p><i>Session 1-3:</i> The first three sessions were identical for participants in both treatment groups. The first session was an evaluation session (baseline) and included informed consent, discussion of confidentiality, clinical intake measures, and baseline assessment measures. The second and third sessions were considered preparatory.</p> <p><i>Session 4-6:</i> Participants received active treatment with either PE or EMDR.</p> <p>Treatments were manualized. Fidelity checks and supervision were done by the two senior authors who listened to taped sessions each week, provided individual feedback, and met with the group of therapists for a two-hour weekly group supervision session.</p> <p>Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Active EMDR sessions followed the protocol suggested by Shapiro and included all eight phases described in her book (Shapiro, 1995). After establishing a comfortable distance and position for the repetitive</p>

		<p>hand movements of EMDR and an imaginal safe place, patients were asked to visualize the worst part of their trauma and to generate a negative cognition about themselves associated with the trauma. Patients then were asked to produce an alternative positive cognition and indicate how much they believed it on a Validity of Cognition scale (VOC; 1 5 <i>not at all</i>, 75<i>absolutely true</i>). Finally, patients were asked to visualize a picture that represented the trauma, think of the negative cognition, and experience associated emotions and physical sensations. A baseline SUDS rating was then obtained. During the desensitization phase, patients followed the movement of therapists' fingers (to yield back and forth eye movements) while initially the image, negative cognition, and physical sensation were held in mind. At the end of each set of rapid eye movements, patients were asked to take a deep breath and report on what had emerged. At the later part of the desensitization phase, following several consecutive sets, the SUDS was checked. If the SUDS had lowered sufficiently (close to 0), the therapist would "install" the positive cognition, pairing it with the image of the trauma while continuing eye movements were done. A check on the VOC was done after this occurred to make sure it was high (6 or 7). All remaining phases of the EMDR protocol, including body scan, closure, and reevaluation, were completed. Homework in the EMDR condition consisted of completing items from the in vivo hierarchy list as well as practicing breathing and relaxation exercises.</p> <p>All therapists received the Level I training for EMDR given by the EMDR Institute (a 2 ½ -day workshop). The two supervisors (G.I. and B.F.) and one therapist (J.W.) also received Level II training, a more advanced training that offers more EMDR techniques to use when the clients get blocked such as the cognitive interweave. It is recommended that complete training for EMDR include both levels.</p> <p>Participants who did not meet the 70 % reduction in PTSD symptoms as a requirement for adequate improvement were offered an additional three sessions of their assigned treatment.</p>
12	Vergleichs-intervention	<p>Session 1-3: The first three sessions were identical for participants in both treatment groups. The first session was an evaluation session (baseline) and included informed consent, discussion of confidentiality, clinical intake measures, and baseline assessment measures. The second and third sessions were considered preparatory.</p> <p>Treatments were manualized. Fidelity checks and supervision were done by the two senior authors who listened to taped sessions each week, provided individual feedback, and met with the group of therapists for a two-hour weekly group supervision session.</p> <p>Session 4-6: Prolonged Exposure (PE): For the PE condition, the instructions for imaginal exposure (Foa & Rothbaum, 1998) were to recall the trauma-related memories as fully and as vividly as possible. To encourage full emotional re-experiencing and processing, patients were asked to describe their traumas in the present tense. Specifically, they were directed to close their eyes and to relive their trauma, "as if it were happening again." They were instructed to tell the therapist everything they were imaging and feeling in detail. The sessions were</p>

		<p>tape recorded, and patients were periodically asked to indicate their SUDS score on a scale of 0 to 100. The therapist guided this imagery with minimal response and made every effort to keep the patient in the present tense. Homework for the PE condition included listening to the taped session, practicing breathing and relaxation exercises, and completing in vivo exposure tasks based on the behavioral hierarchy.</p> <p>Training for PE was given by Blanche Freund, PhD (second author), who was trained by Drs. Foa and Rothbaum (key developers and researchers for PE) and was a protocol therapist for Dr. Foa on PTSD grants for eight years.</p> <p>Participants who did not meet the 70 % reduction in PTSD symptoms as a requirement for adequate improvement were offered an additional three sessions of their assigned treatment.</p>
13	Evtl. weitere Behandlungsgruppen	keine
14	Studiendesign	<p>2 Interventionsgruppen, parallel</p> <p>... we followed most of the methodological recommendations made by Foa and Meadows (1997) by including as part of the design randomization to treatment conditions, manualized therapies, fidelity checks, standardized measurement instruments, and clearly defined target symptoms, ...</p>
15	Zahl der Zentren	1 Studienzentrum
16	Randomisierung	Nur als Begriff angegeben
17	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine Angaben über ein Concealment
18	Verblindung der Behandlung	<p><input checked="" type="checkbox"/> Nein, offene Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten verblindet</p> <p><input type="checkbox"/> Behandler verblindet</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten und Behandler verblindet</p>
19	Beobachtungsdauer	6 Sitzungen, 3-Monats-Follow-up
20	Erhebung der primären Zielkriterien	<p>Zielkriterien: „Heilung“, definiert als:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptomreduktion um 70 % (as measured by dropout rates, reported distress, and Subjective Units of Distress scores (SUDS)) <p><u>erfasst mittels:</u> PTSD Symptom Scale (PSS-SR; Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993)</p> <p>Weiterhin wurden Werte für das Becks-Depressions-Inventar (BDI) und Subjective Units of Distress (SUDS; Wolpe, 1990) erhoben</p> <p><u>assessed at:</u> baseline, after six sessions (one for evaluation, two preparatory, and three active treatment sessions as described next), and at three-month follow-up.</p>

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

		The first three sessions were identical for participants in both treatment groups SUDS (Wolpe, 1990)
--	--	--

21	Erhebung der sekundären Zielkriterien	keine Unterscheidung in primäre und sekundäre Zielkriterien durch die Autoren																																													
ha 22	Ergebnisse	<p>An dieser Stelle werden nur die für die Fragestellung der AG relevanten Ergebnisse der diagnostischen Verfahren dargestellt.</p> <p>Heilung (70 %ige Reduktion der PTBS-Symptome):</p> <p>There was significantly more improvement after three active sessions with EMDR (7 of 10 participants) as compared to PE (2 of 12 participants) (Fisher's exact test, $p = .021$).</p> <p>Of the seven PE patients remaining in treatment who did not meet the 70 % reduction standard after three active PE sessions, two improved with more sessions, and two appeared to be improving with more sessions but decided to leave treatment (One was preoccupied with a legal deposition, and the other was working at two jobs.)</p> <p>Table 2 <i>Distribution of Clients: Number of Dropouts,^a Number of Those Improved and Achieving 70% Reduction in Symptoms, and Number of Those Not Achieving Symptom Reduction</i></p> <table border="1" data-bbox="587 907 1385 1146"> <thead> <tr> <th rowspan="3"></th> <th rowspan="3">n</th> <th colspan="2">Active Sessions 1–3</th> <th colspan="2">Active Sessions 4–6</th> <th colspan="2">Active Sessions 1–6</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">Dropouts</th> <th colspan="2">Improved</th> <th rowspan="2">Dropouts</th> <th colspan="2">Improved</th> <th rowspan="2">Total Improved</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Treatment Terminated</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th>Yes</th> <th>No</th> <th>Yes</th> <th>No</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PE</td> <td>12</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>7</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4^b</td> </tr> <tr> <td>EMDR</td> <td>10</td> <td>0</td> <td>7</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p>^aAfter 4 sessions (one assessment, two preparatory, and one active treatment). ^bIt is impossible to know whether the six people who left PE treatment improved. Clinician reports suggested that the three who left treatment between Sessions 4 to 6 may have improved between the assessment following three active treatment sessions and when they left treatment.</p> <p>significant <u>reduction in PTSD scores</u> for both PE ($t=-5.27, p = .002$) and EMDR ($t=-3.36, p = .008$).neither was significantly more effective than the other in reducing PTSD symptoms</p> <p><u>Three-month follow-ups</u> were obtained on 12 clients (six PE and six EMDR). The other clients could not be located. There were <u>no significant differences between PTSD scores</u> collected at the end of six sessions and at three-month follow-up</p> <p>we hypothesized <u>dropout rates</u> would be higher in the PE condition. As hypothesized, dropout after the first active session was <u>significantly higher</u> for those randomized to treatment with PE (3 of 10 for PE, 0 of 10 for EMDR; Fisher's exact test, $p = .05$, one-tailed test).</p> <p>SUDS scores decreased more during the initial EMDR session (average change = -46.9) than for PE (average change = +6.5); the interaction was significant, $F(1,18)=8.17, p=.01$, <u>suggesting that PE may have been more distressing</u> to go through and that habituation did not occur during the first PE session.</p>		n	Active Sessions 1–3		Active Sessions 4–6		Active Sessions 1–6		Dropouts	Improved		Dropouts	Improved		Total Improved	Treatment Terminated							Yes	No	Yes	No		PE	12	3	2	7	3	2	2	4 ^b	EMDR	10	0	7	3	0	2	1	9
	n	Active Sessions 1–3			Active Sessions 4–6		Active Sessions 1–6																																								
		Dropouts			Improved		Dropouts	Improved		Total Improved																																					
			Treatment Terminated																																												
			Yes	No	Yes	No																																									
PE	12	3	2	7	3	2	2	4 ^b																																							
EMDR	10	0	7	3	0	2	1	9																																							

		<p>Table 1 <i>Means and Standard Deviations for PTSD and BDI Scores before and after Six Sessions*</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Treatment</th> <th>Pre</th> <th>Post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">PTSD Scores</td> </tr> <tr> <td>PE</td> <td>34.56 (8.06)</td> <td>15.78** (9.16)</td> </tr> <tr> <td>EMDR</td> <td>26.58 (11.56)</td> <td>9.10** (11.22)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">BDI Scores</td> </tr> <tr> <td>PE</td> <td>27.00 (10.84)</td> <td>10.67** (3.13)</td> </tr> <tr> <td>EMDR</td> <td>17.20 (8.60)</td> <td>5.50** (4.35)</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Note.</i> n = 19 (PE n = 9, EMDR n = 10). **p < .01. *Sessions included one for evaluation, two for preparation, and three active treatment sessions with PE or EMDR.</p>	Treatment	Pre	Post	PTSD Scores			PE	34.56 (8.06)	15.78** (9.16)	EMDR	26.58 (11.56)	9.10** (11.22)	BDI Scores			PE	27.00 (10.84)	10.67** (3.13)	EMDR	17.20 (8.60)	5.50** (4.35)
Treatment	Pre	Post																					
PTSD Scores																							
PE	34.56 (8.06)	15.78** (9.16)																					
EMDR	26.58 (11.56)	9.10** (11.22)																					
BDI Scores																							
PE	27.00 (10.84)	10.67** (3.13)																					
EMDR	17.20 (8.60)	5.50** (4.35)																					
23	Unerwünschte Therapiewirkungen	<p>2 Patienten, bei denen der PTSD-Score unter einer EMDR-Behandlung anstieg. Im Vergleich hierzu 2 Patienten, die sich unter PE als besonders therapieresistent erwiesen. (Both participants whose PTSD scores increased during EMDR treatment reported traumas involving guilt. The two most treatment-resistant PE cases also involved guilt.)</p>																					
24	Fazit der Autoren	<p>In conclusion, both PE and EMDR appeared to work well to reduce PTSD symptoms and symptoms of depression and to generate treatment gains that were maintained at three-month follow-up. EMDR was more likely to produce a rapid reduction in symptoms; however, all participants who remained in treatment with PE reported a reduction in PTSD scores. Finally, EMDR may be better tolerated, as indicated by a lower dropout rate and lower SUDS scores during the initial session, indicating less subjective patient distress.</p>																					
25	Abschließende Bewertung	<p>Bewertung der internen Validität: ja / unklar / nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> adäquate Randomisierungssequenz (<i>adequate sequence generation</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> verdeckte Zuordnung (<i>allocation concealment</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Verblindung (Behandler und Patienten)</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Verblindung (Auswerter)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> unvollständige Outcome-Daten begründet (<i>incomplete outcome data addressed</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> selektives Berichten von Ergebnissen vermieden (<i>free of selective reporting</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinweis auf anderen Bias nicht vorhanden (<i>free of other bias</i>)</p> <p>Bewertung der externen Validität / Übertragbarkeit: Übertragbarkeit schwierig einzuschätzen. Die EMDR Behandlung (bis auf die Festlegung der Stundenanzahl und die „in-vivo-exposition-Hausaufgaben“) erfolgte nach dem Manual von Shapiro mit sechs Behandlungssitzungen. Patienten, die nach 3</p>																					

		<p>Behandlungssitzungen noch nicht 70 % Symptomreduktion erreicht hatten, konnten weitere 3 Sitzungen in Anspruch nehmen.</p> <p><u>Bewertung der allgemeinen methodischen Qualität:</u></p> <p>Stärken der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none">• Verwendung des Behandlungsmanuals nach Shapiro (mit Modifikationen, s.o.) <p>Schwächen der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none">• Keine klare Angabe zur Symptomatik nach DSM• geringe Sichtprobengröße• fehlende Angaben zu einer Prüfung der Normalverteilung der Stichprobe• unbehandelte Vergleichsgruppe fehlt• hohe drop-out-raten• Therapeuten hatten einen 2 1/2-Tage-Workshop in EMDR besucht (Level 1 Training für EMDR)
--	--	--

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p>Power K, McGoldrick T, Brown K, Buchanan R, Sharp D, Swanson V, Karatzias A. A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. <i>Clinical Psychology and Psychotherapy</i> 2002; 9 (5): 299-318.</p> <p><i>Peer review:</i> Ja</p>
1a	Hersteller	EMDR (nach Shapiro)
2	Studientyp	RCT
3	Einordnung in die Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	<p>X Ib: Randomisierte klinische Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IIb: Prospektiv vergleichende Kohortenstudien</p> <p><input type="checkbox"/> III: Retrospektiv vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IV: Fallserien und nicht-vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> V: Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. a.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Bericht von Expertenkomitees und Konsenskonferenzen.</p>
4	Bezugsrahmen	This research was funded by the Scottish Home and Health Department (grant reference: K/RED/ 4/332) and we are exceedingly grateful for this support. The views expressed in this paper are those of the authors and do not necessarily represent the views of the funding organization.
5	Indikation	DSM IV Kriterien einer PTBS
6	Fragestellung Zielsetzung	Vergleich der Interventionen EMDR und Exposition mit kognitiver Umstrukturierung mit einer Wartelistenpopulation
Population		
7	Studienpopulation; relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p>Einschlusskriterien: Patienten in Zentralschottland im Alter zwischen 18 und 65 Jahren, die von niedergelassenen Psychiatern/ general practitioners ambulant zugewiesen wurden und die DSM IV Kriterien einer PTBS erfüllten. Wenn die Patienten Medikamente einnahmen, musste die Dosis seit mindestens 6 Wochen stabil sein und während der gesamten Dauer der Studie so fortgeführt werden. Behandlungsmotivation (freiwillige Teilnahme) und Consent schriftlich (schriftliches Einverständnis).</p> <p>Ausschlusskriterien: Patients were excluded if they exhibited any of the following: concurrent severe depressive illness; past or present psychotic illness; history of alcoholism or drug abuse within the last 6 months as defined by DSM IV; suicidal ideation or intent as assessed at clinical interview; physical illness of clinical significance; psychotherapy commitments outwith the study.</p>
8	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Keine Power-Kalkulation

9	Anzahl der eingeschlossenen Patienten mit und ohne ausgewertete Daten.	<p>Aus der ursprünglichen Population werden folgende Drop-outs beschrieben:</p> <p>4 Patienten nahmen nicht am Erstscreening teil 2 Drop-outs weil PTBS Kriterien nicht erfüllt waren 2 Drop-outs wegen PTBS Behandlung in der Vergangenheit 3 Drop-outs wegen komorbider psychiatrischer oder körperlicher Erkrankung 2 Patienten gaben ihre Zustimmung nicht</p> <p>Es verblieben 105 Patienten: 39 <u>EMDR</u> – 12 Drop-outs, davon 5 vor Beginn der Behandlung, 7 vor der 5. Sitzung</p> <p>37 <u>Exposition mit kognitiver Umstrukturierung</u> – 16 Drop-outs, davon 6 vor Behandlungsbeginn und 10 vor der 5. Sitzung</p> <p>29 <u>Warteliste</u> – 5 Drop-outs</p> <p>Keine Unterschiede in den drop-outs zwischen den beiden Behandlungsgruppen in demographischen Variablen und Zielkriterien, bis auf CAPS-C (avoidance): hier hatten die drop-outs höhere Werte ($p < 0.05$)</p> <p>Drop-outs zum 15-Monats-Follow-up: 5 in EMDR Gruppe; 4 in ECR Gruppe</p> <p>Keine ITT-Analyse Kein Consort-Flussdiagramm</p>
10	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Tabellarische Darstellung soziodemographischer Variablen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Art des Traumas, Medikation, psychiatrische Vorgeschichte) – keine Unterschieden in den drei Behandlungsgruppen bezüglich dieser Variablen</p>
Intervention		
11	Prüfintervention	<p>EMDR nach dem Protokoll von Shapiro</p> <p>Maximal 10 Sitzungen im wöchentlichen Abstand</p> <p>90 Minuten Dauer</p> <p>Testbatterie zu Beginn, nach 5 Sitzungen, zu Behandlungsende, nach 15 Monaten</p> <p>Behandlung durch einen Therapeuten, der Behandlungsablauf wurde supervidiert und über eine Tonbandaufzeichnung auf Therapietreue geprüft</p>

12	Vergleichs-intervention	Exposition mit kognitiver Umstrukturierung (nach Foa und nach einem Therapiemanual von Lovell) - ECR Maximal 10 Sitzungen im wöchentlichen Abstand 90 Minuten Dauer Hausaufgaben – anhören der aufgezeichneten Sitzung Testbatterie zu Beginn, nach 5 Sitzungen, zu Behandlungsende, nach 15 Monaten Spätere Sitzungen mit in-vivo-Exposition Behandlung durch einen Therapeuten, der Behandlungsablauf wurde supervidiert und über eine Tonbandaufzeichnung auf Therapietreue geprüft
13	Evtl. weitere Behandlungsgruppen	Wartelistengruppe (WL) Angebot der randomisierten Teilnahme an einer der beiden Interventionen Angebot der Krisenbehandlung, wenn Symptomverschlechterung (dies wurde aber von keinem der Patienten genutzt) Testbatterie zu Beginn und zu Behandlungsende
14	Studiendesign	Parallelbehandlung
15	Zahl der Zentren	Ein Zentrum
16	Randomisierung	Zunächst gab es eine Randomisierung per verschlossenen Umschlag (Behandler und Patienten waren blind). Da die drop-out Rate in den beiden Behandlungsgruppen sehr viel höher war als in der Wartelistengruppe, wurde die Randomisierung im Sinne einer veränderten Zuteilungsratio „modifiziert“. Es fehlt die Beschreibung, wie diese Modifikation aussah.
17	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Zunächst ja, dann aber – s.o.
18	Verblindung der Behandlung	Assessments pre- and post-treatment were conducted by two independent assessors respectively, who were blind to treatment conditions. Assessments at mid-point of treatment and follow-up were made by therapists who were not blind to treatment conditions. <input checked="" type="checkbox"/> Nein, offene Behandlung <input type="checkbox"/> Patienten verblindet <input type="checkbox"/> Behandler verblindet <input type="checkbox"/> Patienten und Behandler verblindet
19	Beobachtungsdauer	4 Erhebungszeitpunkte: vor der Behandlung, nach 5 Sitzungen (gilt nur für die Behandlungsgruppen), nach der Behandlung (nach spätestens 10 Sitzungen), 15-Monats-Follow-up

20	Erhebung der primären Zielkriterien	<p>Erhebung durch die Untersucher</p> <p>Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) (Blake <i>et al.</i>, 1990).</p> <p>Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery & Asberg, 1979).</p> <p>Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A)(Hamilton, 1959).</p> <p>Erhebung durch die Probanden selbst</p> <p>Impact of Events Scale (IOE) (Horowitz <i>et al.</i>,1979)</p> <p>A self-report version of the SI-PTSD Symptom Checklist (Davidson, Smith, & Kudler, 1989).</p> <p>The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zimond&Snaith, 1983).</p> <p>The Sheehan Disability Scale (Sheehan, 1986)</p>
21	Erhebung der sekundären Zielkriterien	<p>Die Autoren unterscheiden nicht zwischen primären und sekundären Zielkriterien.</p>
22	Ergebnisse	<p>Hier werden nur die Ergebnisse der für die Fragestellung der AG relevanten Verfahren dargestellt.</p> <p>Keine Unterschiede zwischen den 3 Gruppen hinsichtlich soziodemografischer Variablen und Ausgangswerten der Testdiagnostik – beschrieben und tabellarisch dargestellt</p> <p>Selbstbeurteilung:</p> <p>IOE-Skala – zu Behandlungsende: Unterschiede zwischen EMDR und WL $p < 0.001$ Unterschiede zwischen ECR und WL $p < 0.05$ Keine Unterschiede zwischen EMDR und ECR</p> <p>IOE Pre- Post- Vergleich: Reduktion der Symptome EMDR $p < 0.001$ und ECR $p < 0.001$, nicht aber WL 0.07</p> <p>IOE-Subskala Intrusion zu Behandlungsende: Unterschiede zwischen EMDR und WL $p < 0.05$ Keine Unterschiede EMDR und ECR</p> <p>Pre-post IOE Intrusion: Reduktion der Symptome EMDR und $p < 0.001$ ECR $p < 0.001$, nicht aber WL $p = 0.27$.</p> <p>IOE-Subskala Avoidance zu Behandlungsende: Unterschiede zwischen EMDR und WL $p < 0.001$ Keine Unterschiede ECR und WL Keine Unterschiede EMDR und ECR</p>

		<p>Pre-post IOE Avoidance: Reduktion der Symptome EMDR $p < 0.001$ Reduktion der Symptome ECR $p < 0.05$ Reduktion der Symptome WL $p < 0.05$</p> <p>SI-PTSD zu Behandlungsende: Unterschiede zwischen EMDR und WL $p < 0.001$ Unterschiede zwischen ECR und WL $p < 0.01$ Keine Unterschiede zwischen EMDR und ECR</p> <p>SI-PTSD Pre-post: Symptomreduktion EMDR $p < 0.001$ Symptomreduktion ECR $p < 0.001$ Keine Änderungen WL</p> <p>SI-PTSD Subskala Re-experience zu Behandlungsende: Unterschiede EMDR und WL $p < 0.05$ Keine Unterschiede zwischen EMDR und ECR und ECR und WL</p> <p>SI-PTSD Subskala Re-experience Pre-Post: Symptomreduktion EMDR $p < 0.001$ Symptomreduktion ECR 0.001 Keine Änderung WL</p> <p>SI-PTSD Subskala Avoidance zu Behandlungsende: Unterschiede zwischen EMDR und WL $p < 0.001$ Unterschiede zwischen ECR und WL $p < 0.05$ Keine Unterschiede EMDR und ECR</p> <p>SI-PTSD Subskala Avoidance Pre-post: Symptomreduktion EMDR $p < 0.001$ Symptomreduktion ECR $p < 0.05$ Keine Änderung WL</p> <p>SI-PTSD Subskala Arousal zu Behandlungsende: Unterschiede zwischen EMDR und WL $p < 0.001$ Unterschiede zwischen ECR und WL $p < 0.05$ Keine Unterschiede zwischen EMDR und ECR</p> <p>SI-PTSD Subskala Arousal Pre-post: Symptomreduktion EMDR $p < 0.001$ Symptomreduktion ECR $p < 0.001$ Keine Änderung WL</p> <p><u>Fremdbeurteilung:</u> CAPS (PTSD): CAPS assessments were not routinely collected on all control group subjects at end of WL period and therefore only the pre-treatment CAPS scores are presented for this group.</p> <p>Reduktion in Frequenz und Intensität intrusive Symptome, Vermeidung und Hyperarousal EMDR und ECR (all $p < 0.001$). Keine Unterschiede zwischen EMDR und ECR</p>
--	--	--

		<p>Symptomreduktion EMDR $p < 0.001$ Symptomreduktion ECR $p < 0.001$ Schnelligkeit des Behandlungserfolgs (Messung nach 5 Sitzungen): Keine Gruppeneffekte zwischen EMDR und ECR Unterschied in durchschnittlicher Behandlungsdauer EMDR (4,2), ECR (6,4) $p < 0.05$</p> <p>Effektstärkeberechnung Posttreatment: ESs for EMDR were consistently superior to that of ECR. For example, on IOE Total (2.1 vs. 1.2), SI-PTSD Total (1.8 vs. 1.2), HADS anxiety (1.4 vs. 1.0), HADS depression (1.6 vs. 0.8), Sheehan Total (1.9 vs. 0.9), MADRS (1.5 vs. 1.0), and HAM-A (1.3 vs. 0.9) for EMDR versus ECR groups respectively.</p> <p>15-Monats-Follow-Up: 22 EMDR, 17 ECR</p> <p>Keine Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen</p> <p>“...only about 25–50 % of patients maintain treatment gains without additional post-study intervention.”</p>
23	Unerwünschte Therapiewirkungen	<p>Drop-outs in beiden Gruppen bei Patienten mit hohen Werten in CAPS-C Avoidance Skala – überfordert mit Konfrontation??</p>
24	Fazit der Autoren	<p>EMDR und ECR sind effektiv im Vergleich zur Warteliste.</p> <p>EMDR braucht mehr Behandlungssitzungen als (aus der Literatur) angenommen.</p> <p>Expositionsbasierte Behandlung braucht weniger Sitzungen als (aus der Literatur) erwartet.</p> <p>Der Vergleich zwischen EMDR und ECR zeigte keinen Vorteil der einen Methode gegenüber der anderen bezüglich der PTBS Symptomatik.</p> <p>Die Berechnung der Effektstärken ergab höhere Werte für EMDR</p> <p>Nur 25-50 % der Patienten konnten den Behandlungserfolg langfristig behalten.</p>

25	Abschließende Bewertung	<p>Interne Validität (<i>risk of bias</i>): ja / unklar / nein <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> adäquate Randomisierungssequenz (<i>adequate sequence generation</i>) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> verdeckte Zuordnung (<i>allocation concealment</i>) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Verblindung (Behandler und Patienten) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verblindung (Auswerter) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> unvollständige Outcome-Daten begründet (<i>incomplete outcome data adressed</i>) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> selektives Berichten von Ergebnissen vermieden (<i>free of selective reporting</i>) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Hinweis auf anderen Bias nicht vorhanden (<i>free of other bias</i>)</p> <p>Bewertung der externen Validität / Übertragbarkeit: Übertragbarkeit gegeben. Manualgetreue Behandlung nach Shapiro mit in Abweichung von Shapiros Behandlungsmanual vorher festgelegten maximal 10 Sitzungen im wöchentlichen Abstand von 90 Minuten Dauer. Die Behandlung wurde durch einen ausgebildeten Therapeuten (Level I und II) durchgeführt und der Behandlungsablauf wurde über eine Tonbandaufzeichnung auf Therapietreue geprüft.</p> <p>Bewertung der allgemeinen methodischen Qualität: Stärken der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verblindung wurde vorgenommen (prä- und posttest) • Hohe Drop-Out-Raten: 31 % EMDR, 17 % Warteliste • Separate Berechnungen für jede Skala wegen hoher Interkorrelationen der einzelnen Skalen untereinander • Vergleichsweise gute Probandenzahl • Verwendung konservativer statistischer Verfahren (Scheffe-Test) <p>Schwächen der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ende der Therapie, wenn Behandler und Patient subjektiv keinen weiteren Erfolg weiterer Sitzungen mehr erwarteten – keine Kriterien dafür festgelegt • keine Information über die Ursache der hohen Drop-out Quote (Diskussion eines statistischen Zusammenhangs mit hohen Werten für Depression in entsprechend vor Therapiebeginn) • 42 Männer zu 30 Frauen – korrespondiert nicht mit den Prävalenzzahlen (5-10 ♂ zu 10-18 ♀) • Keine Power-Kalkulation <p>Sowohl EMDR als auch ECR sind einer Wartelistenpopulation bezüglich der Symptomatik einer PTBS überlegen. Es ließ sich weder für die Selbstbeurteilung noch für die Fremdbeurteilung eine Überlegenheit eines Verfahrens über das andere nachweisen. Beide Behandlungen sind als gleichwertig</p>
----	-------------------------	--

		anzusehen.
--	--	------------

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p>Taylor S, Thordarson DS, Maxfield L, Fedoroff IC, Lovell K, Ogrodniczuk J. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. <i>J Consult Clin Psychol</i> 2003; 71 (2): 330-8.</p> <p><i>Peer review:</i> Ja</p>
1a	Hersteller	
2	Studientyp	RCT
3	Einordnung in die Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	<p>x Ib: Randomisierte klinische Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IIb: Prospektiv vergleichende Kohortenstudien</p> <p><input type="checkbox"/> III: Retrospektiv vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IV: Fallserien und nicht-vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> V: Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. a.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Bericht von Expertenkomitees und Konsenskonferenzen.</p>
4	Bezugsrahmen	<p>Studie durchgeführt am Department of Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada</p> <p>Keine Angaben zu Interessenkonflikten</p>
5	Indikation	PTBS
6	Fragestellung Zielsetzung	Wirksamkeit von EMDR bei PTBS
Population		
7	Studienpopulation; relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p>Einschlusskriterien:</p> <p>Patienten mit PTBS nach DSM-IV Ab 18 Jahre, informed consent Keine andere aktuelle Psychotherapie Keine Änderung in relevanter Medikation während der Studie</p> <p>Ausschlusskriterien:</p> <p>Ausschluss bei geistiger Behinderung, Psychosen, Beginn/Änderung von relevanter Medikation in den letzten 3 Monaten</p>
8	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Keine Angaben
9	Anzahl der eingeschlossenen Patienten mit und ohne ausgewertete Daten.	<p>N=60 eingeschlossen N=45 ausgewertet (25 % Drop-Out, keine Angabe von Gründen)</p> <p>Analyse nach ITT</p>
10	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, relevanten prognostischen Faktoren, Begleittherapien etc.) oder liegen die Angaben nur als</p>

		<p>summarische Beschreibung der Autoren vor? Keine Angabe zur Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen.</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Unklar</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt? Ja</p> <p>Welche Angaben werden zur Compliance der Patienten gemacht? Inwieweit wurden Patienten über Inhalte und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt? Keine Angaben zur Compliance. Informed Consent wurde eingeholt.</p>
Intervention		
11	Prüfintervention	EMDR Exposure Relaxation 8x 90 Minuten Einzelsitzungen
12	Vergleichsintervention	
13	Evtl. weitere Behandlungsgruppen	Dito
14	Studiendesign	3 parallele Arme
15	Zahl der Zentren	1 Studienzentrum
16	Randomisierung	Nur als Begriff
17	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine Angaben
18	Verblindung der Behandlung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein, offene Behandlung <input type="checkbox"/> Patienten verblindet <input type="checkbox"/> Behandler verblindet <input type="checkbox"/> Patienten und Behandler verblindet
19	Beobachtungsdauer	3 Monate Follow-Up
20	Erhebung der primären Zielkriterien	<p>Vorliegen von PTBS nach DSM-IV PTBS Symptome mittels CAPS (Reexperiencing, Avoidance, Numbing, Hyperarousal)</p> <p>Erfasst mit validiertem Fragebogen</p>
21	Erhebung der sekundären Zielkriterien	Weitere mit PTBS assoziierte Symptome: Schuld, Zorn, Depressivität, dissoziative Symptome

22	Ergebnisse	<p>Nach 3 Monaten Vorliegen einer PTBS Diagnose nach DSM-IV: Keine Angabe von Prozentzahlen Exposure signifikant besser als Relaxation. Kein signifikanter Unterschied zwischen EMDR und Relaxation, bzw. EMDR und Exposure.</p> <p>PTBS Symptomatik: Reexperiencing und Avoidance Exposure signifikant besser als EMDR und Relaxation Kein signifikanter Unterschied zwischen EMDR und Relaxation</p> <p>Numbing und Hyperarousal Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Interventionen</p> <p>Tendenziell mehr Patienten mit klinisch signifikanter Verbesserung unter Exposure als unter EMDR bzw. Relaxation.</p>
23	Unerwünschte Therapiewirkungen	<p>Verschlechterung der Symptomatik bei einem Patienten aus der Relaxation Gruppe. Keine weiteren Angaben.</p>
24	Fazit der Autoren	<p>Compared with EMDR and relaxation training, exposure therapy (a) produced significantly larger reductions in avoidance and reexperiencing symptoms, (b) tended to be faster at reducing avoidance, and (c) tended to yield a greater proportion of participants who no longer met criteria for PTSD after treatment.</p>
25	Abschließende Bewertung	<p>Interne Validität (<i>risk of bias</i>): (bitte ankreuzen, wenn zutreffend) ja / unklar / nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> adäquate Randomisierungssequenz (<i>adequate sequence generation</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> verdeckte Zuordnung (<i>allocation concealment</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Verblindung (Behandler und Patienten)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verblindung (Auswerter)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> unvollständige Outcome-Daten begründet (<i>incomplete outcome data addressed</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> selektives Berichten von Ergebnissen vermieden (<i>free of selective reporting</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinweis auf anderen Bias nicht vorhanden (<i>free of other bias</i>)</p> <p>Externe Validität / Übertragbarkeit: Gegeben. EMDR-Behandlung erfolgte nach modifiziertem Shapiro-Protokoll mit festgelegter Begrenzung auf acht Sitzungen.</p> <p>Bewertung der allgemeinen methodischen Qualität: Stärken der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einschluss aufgrund einer DSM-IV Diagnose • Einsatz validierter Messinstrumente.

		<ul style="list-style-type: none">• Behandlung erfolgte durch ausgebildete EMDR Therapeuten (Level I und II) <p>Schwächen der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none">• fehlende Angaben zur Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen• hohe Drop-Out Rate• keiner Kontrolle für multiples Testen• keine Verblindung Auswerter• erhebliche Berichtsmängel <p>Eingeschränkte Aussagekraft, Expositionstherapie erzielte zudem tendenziell bessere Ergebnisse hinsichtlich des Vorliegens einer PTBS als EMDR.</p>
--	--	--

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. J Trauma Stress 2005; 18 (6): 607-16. Peer review: Ja
1a	Hersteller	
2	Studientyp	RCT
3	Einordnung in die Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	X Ib: Randomisierte klinische Studien <input type="checkbox"/> IIb: Prospektiv vergleichende Kohortenstudien <input type="checkbox"/> III: Retrospektiv vergleichende Studien <input type="checkbox"/> IV: Fallserien und nicht-vergleichende Studien <input type="checkbox"/> V: Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. a.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Bericht von Expertenkomitees und Konsenskonferenzen.
4	Bezugsrahmen	Durchgeführt an der Abteilung für Psychiatrie der Emory University, Atlanta, USA. Keine Interessenkonflikte angegeben.
5	Indikation	PTBS
6	Fragestellung Zielsetzung	Wirksamkeit von EMDR bei PTBS im Vergleich zur prolongierten Exposition und zur Warteliste
Population		
7	Studienpopulation; relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien: Frauen, Vergewaltigungsopfer (keine explizite Nennung von PTBS, aber Durchführung von klinischen Interview) Ausschlusskriterien: Psychosen Suizidgefährdung oder selbstverletzendes Verhalten Sprachliche Einschränkungen (nicht in der Lage Fragebögen auszufüllen) Schwerwiegende Augenerkrankungen Drogenmissbrauch In akut gefährdender Lebenssituation (z.B. häusliche Gewalt)
8	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Keine Angaben
9	Anzahl der eingeschlossenen Patienten mit und ohne ausgewertete Daten.	74 eingeschlossen 14 Drop-Outs (Gründe teils genannt, ähnlich verteilt über die Studiengruppen) ITT Analyse (Drop-Outs nicht berücksichtigt)

10	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, relevanten prognostischen Faktoren, Begleittherapien etc.) oder liegen die Angaben nur als summarische Beschreibung der Autoren vor?</p> <p>Keine tabellarische Darstellung. Laut Text keine signifikanten Unterschiede bzgl. demographischer Variablen und psychischer Komorbidität</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen?</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede zu o.g. Variablen laut Text, aber konkrete Zahlen zu den Variablen werden nicht genannt.</p> <p>Patienten in der EMDR Gruppe tendenziell deutlichere PTBS Symptomatik als Patienten in Exposure Gruppe (kontrolliert in Auswertung)</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt?</p> <p>Ja</p> <p>Welche Angaben werden zur Compliance der Patienten gemacht? Inwieweit wurden Patienten über Inhalte und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt?</p> <p>Keine Angaben zur Compliance, Patienten gaben Informed Consent</p>
Intervention		
11	Prüfintervention	EMDR, 9x 90 Minuten, 2x/Woche
12	Vergleichsintervention	Exposure Therapie, 9x 90 Minuten, 2x/Woche
13	Evtl. weitere Behandlungsgruppen	Warteliste
14	Studiendesign	3 parallele Gruppen
15	Zahl der Zentren	1 Zentrum
16	Randomisierung	Unklar
17	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Unklar
18	Verblindung der Behandlung	<p><input checked="" type="checkbox"/> Nein, offene Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten verblindet</p> <p><input type="checkbox"/> Behandler verblindet</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten und Behandler verblindet</p> <p>Verblindete Beurteilung der Patienten nach Behandlung</p>
19	Beobachtungsdauer	4 Wochen (Endpunkt direkt nach Behandlung erhoben)

20	Erhebung der primären Zielkriterien	<p>Keine Festlegung von primären Zielkriterien.</p> <p>PTBS Endpunkte erfasst mit: PTBS Symptom Scale (Clinician & Self report) Impact of Event Scale CAPS</p> <p>Weitere Endpunkte: Depressivität mit Beck Depression Inventory Ängstlichkeit mit State/Trait Anxiety Inventory Dissoziative Symptome mit Dissociative Experiences Scale</p>
21	Erhebung der sekundären Zielkriterien	Keine Unterscheidung in primäre und sekundäre Zielkriterien durch die Autoren.
22	Ergebnisse	<p>Vorliegen einer PTBS nach Behandlung: EMDR 25 % (N=5) Exposure 5 % (N=1) Warteliste 90 % (N=18)</p> <p>Unterschied Interventionsgruppen versus Warteliste signifikant ($p < 0,001$), kein signifikanter Unterschied zwischen den Interventionsgruppen.</p> <p>PTSD Symptom Score Unterschied Interventionsgruppen versus Warteliste signifikant ($p < 0,001$), kein signifikanter Unterschied zwischen den Interventionsgruppen.</p>
23	Unerwünschte Therapiewirkungen	Keine Angaben
24	Fazit der Autoren	In summary, both PE and EMDR equally led to clinically and statistically significant improvements immediately following treatment compared to the waitlist control condition.

25	Abschließende Bewertung	<p>Interne Validität (<i>risk of bias</i>) (bitte ankreuzen, wenn zutreffend) ja / unklar / nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> adäquate Randomisierungssequenz (<i>adequate sequence generation</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> verdeckte Zuordnung (<i>allocation concealment</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Verblindung (Behandler und Patienten)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verblindung (Auswerter)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> unvollständige Outcome-Daten begründet (<i>incomplete outcome data addressed</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> selektives Berichten von Ergebnissen vermieden (<i>free of selective reporting</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinweis auf anderen Bias nicht vorhanden (<i>free of other bias</i>)</p> <p>Patienten in der EMDR Gruppe tendenziell deutlichere PTBS Symptomatik als Patienten in Exposure Gruppe (kontrolliert in Auswertung)</p> <p>Bewertung der externen Validität / Übertragbarkeit: Gegeben. EMDR-Behandlung erfolgte nach modifiziertem Shapiro-Protokoll mit neun Sitzungen.</p> <p>Bewertung der allgemeinen methodischen Qualität: Stärken der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärken der Studie ist der Einsatz validierter Fragebögen zur Erfassung der PTBS Endpunkte • Therapeuten waren in der EMDR trainiert (ohne weitere Angabe), Integrität wurde bewertet <p>Schwächen der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwächen sind Gruppenunterschiede zur Baseline • kurze Laufzeit <p>Studie zeigt statistisch signifikante Effekte zu Gunsten der EMDR im Vergleich zur Warteliste und keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu PE.</p>
----	-------------------------	--

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p>Johnson DR, Lubin H. The Counting Method: Applying the Rule of Parsimony to the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. <i>Traumatology</i> 2006; 12 (1): 83-99.</p> <p>Peer review: Ja</p>
1a	Hersteller	EMDR
2	Studientyp	RCT
3	Einordnung in die Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	<p>X Ib: Randomisierte klinische Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IIb: Prospektiv vergleichende Kohortenstudien</p> <p><input type="checkbox"/> III: Retrospektiv vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IV: Fallserien und nicht-vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> V: Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. a.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Bericht von Expertenkomitees und Konsenskonferenzen.</p>
4	Bezugsrahmen	This study was partially funded with a grant from the Dart Foundation. Keine Interessenkonflikte benannt und erkennbar.
5	Indikation	EMDR bei PTBS
6	Fragestellung Zielsetzung	Our contention is this: the primary therapeutic element in effective treatments for PTSD symptoms is imaginal exposure. Differences among techniques can be largely explained by the different methods through which the client's avoidant responses to imaginal exposure are circumvented or inhibited.
Population		
7	Studienpopulation; relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 51 Frauen mit PTBS, gemessen mit Mississippi PTSD Scale (MISS) • Mindestens eine traumatische Erinnerung, die auf der SUD (subjectiv unit of distress) mit 6 (1-10) bewertet wurde <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychose • Krankenhausaufenthalt im letzten Jahr <p>Alle Patientinnen waren in laufender stützender psychotherapeutischer Behandlung (4 Monate bis 10 Jahre vor Studienbeginn), die im Studienverlauf nicht endete. Keine der Behandlungen schloss Exposition mit ein.</p> <p>Wartelistenpopulation (mit „treatment as usual“)</p>
8	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Keine Power-Kalkulation

9	Anzahl der eingeschlossenen Patienten mit und ohne ausgewertete Daten.	<p>51 Patientinnen rekrutiert. 14 Warteliste – 3 Drop-outs 37 Behandlung – 10 dropouts vor Zuteilung zu den Gruppen, 1 Drop-out nach der ersten Sitzung – ebenfalls vor Gruppenzuteilung</p> <p>Keine Drop-outs, wenn Behandlung begonnen hatte</p> <p>9 Patientinnen je aktive Behandlungsgruppe 11 sogenannte „Warteliste“ kein CONSORT-Flussdiagramm</p>
10	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Informed Consent, je 40\$ für Teilnahme an Evaluationsitzungen vor der Behandlung</p> <p>Bedeutendste Trauma-Erinnerung mit einem SUD von mindestens 6 = Index-Trauma</p> <p>Erste Sitzung für alle Patienten gleich: Studie vorstellen, Anamnese, Index-Trauma</p> <p>Wöchentliche 75 bis 90 minütige Sitzungen</p> <p>Drop-outs: Unterschiede in BECK-A (Drop-outs: 42.00 (13.21) vs. Completers: 26.54(16.36), $t = 7.53$, $p < .01$)</p> <p>Unterschiede in SUD (Drop-outs: 9.70(.82) vs. Completers: 7.77(2.18), $t=4.54$, $p < .05$)</p> <p>Keine Unterschiede in PTBS (MISS und CAPS), BDI, SCL-90 Drop-outs appear to have been more anxious about being re-exposed to their memories</p> <p>Keine Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich sozialem Status, Ausbildung, Beschäftigung, Einkommen, Familienstand, Art des Traumas. Keine Tabelle, im Text beschrieben</p> <p>Gleichbehandlung bis auf Intervention</p>
Intervention		
11	Prüfintervention	<p>PE (Prolongierte Exposition nach Foa), durchgeführt von im Verfahren trainierten Therapeutinnen unter Supervision Ziel: traumatisches Material aktivieren und in-vivo oder imaginative Exposition.</p> <p>Vorgesehen sind 9 Sitzungen (inhaltlich: Psychoedukation, Atemübungen, schriftliche Hausaufgaben, Expositions-Hausaufgaben, verbale Diskussion, imaginative Exposition in und zwischen den Sitzungen)</p> <p>Wöchentliche 75 bis 90 minütige Sitzungen, Anzahl durch Therapiemanual bestimmt (durchschnittlich 9,66)</p>

		Durchführung nach Manual, Audio-Aufzeichnungen aller Sitzungen
12	Vergleichs-intervention	EMDR (nach Shapiro) durchgeführt von im Verfahren trainierten Therapeutinnen unter Supervision in wöchentliche 75 bis 90 minütige Sitzungen; Anzahl durch Therapiemanual bestimmt (durchschnittlich 6,33) Keine Entspannung, keine Provokation hohen Arousals (im Unterschied zu PE) Durchführung nach Manual, Videoaufzeichnung jeder Sitzung
13	Evtl. weitere Behandlungsgruppen	CM (Counting Method, entwickelt von Ochberg) durchgeführt von im Verfahren trainierten Therapeutinnen unter Supervision Kurze Methode der imaginativen Exposition Patient stellt sich traumatische Erinnerung von Anfang bis Ende vor, während der Therapeut laut von 1 bis 100 zählt. Vorbereitungsphase-Zählphase-reviewphase Keine kognitives Umstrukturieren (wie EMDR) Keine Hausaufgaben und in-vivo-Exposition (wie PE) Patient kann traumatische Erinnerung „privat“ (ohne verbale Kommunikation wie bei PE) verarbeiten Wöchentliche 75 bis 90 minütige Sitzungen, Anzahl durch Therapiemanual bestimmt (durchschnittlich 5,89)
14	Studiendesign	Parallelgruppendesign
15	Zahl der Zentren	1 Zentrum
16	Randomisierung	Als Begriff angegeben
17	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Die Autoren übernahmen die randomisierte Zuteilung der Patienten zu den Behandlungsgruppen. Therapeut und Patient wurden nach der 1. Sitzung (Einführungssitzung) darüber informiert
18	Verblindung der Behandlung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein, offene Behandlung <input type="checkbox"/> Patienten verblindet, bis Behandlung begann <input type="checkbox"/> Behandler verblindet, bis Behandlung begann <input type="checkbox"/> Patienten und Behandler verblindet
19	Beobachtungsdauer	3 Messzeitpunkte: Vor der Behandlung Nach der Behandlung (ca. nach 3 Monaten) Follow-up (3 Monate nach Beendigung der Behandlung)
20	Erhebung der primären Zielkriterien	Mississippi Civilian PTSD Scale (MISS) Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) Beck Anxiety Scale (Beck-A) Beck Depression Scale (Beck-D) SCL-90 Subjective Unit of Distress (SUD) bezogen auf Index-Trauma
21	Erhebung der sekundären Zielkriterien	Keine Unterscheidung in primäre und sekundäre Zielkriterien durch die Autoren. Zusätzliche Messung des Prozesses: Einschätzung des Arbeitsbündnisses durch Therapeuten (Alliance)

		<p>Einschätzung der Kompetenz des Therapeuten durch Pat (Competence) Einschätzung des Vertrauens in Effektivität der Behandlung durch Patienten (Confidence) Beurteilung der Sitzung durch Patient und Therapeut (Subj and Therapeut outcome)</p>
22	Ergebnisse	<p>Hier werden nur die für die Fragestellung der AG relevanten Verfahren berichtet.</p> <p>13 Drop-outs hatten höhere Werte in SUDs Reexposure, keine Unterschiede in PTBS Messungen Keine Unterschiede zwischen Gruppen in den Prozessvariablen</p> <p>Keine Korrelationen zwischen Prozessvariablen und primären (outcome)- Variablen, d.h. keine Vermischung von Behandlungseffekten mit Faktoren der Patienten-Therapeuten-Beziehung</p> <p>Keine Unterschiede in den outcome-Variablen beim Vergleich der Therapeutinnen, d.h. Therapeutinnen arbeiteten gleich effektiv</p> <p><u>Vergleich Behandlungsgruppen gegen Warteliste</u> Statistisch signifikante Unterschiede CAPS total (p<.001), Caps-Reexperiencing (p<.002), CAPS-Avoidance (p<.003), CAPS-Hyperarousal (p<.04), MISS (p<.006), SUDS (p<.001)</p> <p><u>Vergleich vor-nach-Behandlung</u> CAPS: signifikante Verbesserung über die Zeit (p< 0.001) Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen</p> <p>CAPS-Re-experiencing: signifikante Verbesserung über die Zeit (p< 0.001) Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen</p> <p>CAPS-Avoidance: signifikante Verbesserung über die Zeit (p< 0.001) Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen</p> <p>CAPS-Hyperarousal: signifikante Verbesserung über die Zeit (p< 0.001) Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen</p> <p>MISS: signifikante Verbesserung über die Zeit (p< 0.001)</p>

		<p>Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen</p> <p>SUD: signifikante Verbesserung über die Zeit ($p < 0.001$)</p> <p>Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen</p> <p><u>Vergleich vor Behandlung –follow up</u></p> <p>CAPS: signifikante Verbesserung über die Zeit ($p < 0.001$)</p> <p>Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen</p> <p>CAPS-Re-experiencing: signifikante Verbesserung über die Zeit ($p < 0.001$)</p> <p>Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen</p> <p>CAPS-Avoidance: signifikante Verbesserung über die Zeit ($p < 0.001$)</p> <p>Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen</p> <p>CAPS-Hyperarousal: signifikante Verbesserung über die Zeit ($p < 0.001$)</p> <p>Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen</p> <p>MISS: signifikante Verbesserung über die Zeit ($p < 0.001$)</p> <p>Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen</p> <p>SUD: signifikante Verbesserung über die Zeit ($p < 0.001$)</p> <p>Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen</p> <p>Effektstärken waren größer für PTBS-Messinstrumente (CAPS, MISS, SUD)</p>
23	Unerwünschte Therapiewirkungen	Keine benannt und erkennbar
24	Fazit der Autoren	<p>Eine aktive Behandlung wirkt sich eher auf PTBS-bezogene Symptomatik aus, weniger auf generelle psychiatrische Symptome</p> <p>Alle drei Behandlungsmethoden waren effektiv in der Behandlung von Symptomen der PTBS, weniger effektiv in Bezug auf „generelle“ psychiatrische Symptome</p> <p>In keinem Fall war eine der Behandlungsmethoden der anderen überlegen, d.h. dass der primäre therapeutische Faktor in der Behandlung der PTBS die imaginative Exposition ist.</p>

25	Abschließende Bewertung	<p>Interne Validität (<i>risk of bias</i>): ja / unklar / nein</p> <p><input type="checkbox"/>x<input type="checkbox"/> adäquate Randomisierungssequenz (<i>adequate sequence generation</i>)</p> <p><input type="checkbox"/>x<input type="checkbox"/> verdeckte Zuordnung (<i>allocation concealment</i>)</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>x Verblindung (Behandler und Patienten)</p> <p>x<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Verblindung (Auswerter)</p> <p><input type="checkbox"/>x<input type="checkbox"/> unvollständige Outcome-Daten begründet (<i>incomplete outcome data adressed</i>)</p> <p><input type="checkbox"/>x<input type="checkbox"/> selektives Berichten von Ergebnissen vermieden (<i>free of selective reporting</i>)</p> <p><input type="checkbox"/>x<input type="checkbox"/> Hinweis auf anderen Bias nicht vorhanden (<i>free of other bias</i>)</p> <p>Bewertung der Externen Validität / Übertragbarkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle Studienteilnehmer hatten während der Teilnahme an der Studie noch andere Therapien, welche sind unklar. • Studienteilnehmer waren weiblich • Probanden wurden bezahlt (40 Dollar) • Übertragbarkeit schwer einzuschätzen <p><u>Bewertungen der allgemeinen methodischen Qualität:</u></p> <p>Stärken der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientierung an den Behandlungsmanualen • Training der Therapeutinnen in jeder Therapie (Level II bei EMDR) • Verblindete Auswerter • Umfangreiche Einschätzung der Sitzung durch Patienten, Therapeuten, Supervisor • Supervision der Therapeuten <p>Schwächen der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PTBS anhand einer Weiterentwicklung der MISS (Keane) diagnostiziert, keine vollständige Diagnose nach DSM • Vergleich Warteliste-Behandlung, nicht aber Warteliste-EMDR etc. • Alle Behandlerinnen behandelten mit allen Methoden – bias möglich • Kleine Stichprobe pro Behandlungsarm <p>Zusammenfassend wurde von den Autoren eine Überlegenheit aktiver Verfahren (PE / EMDR / CM) gegenüber einer „Wartelistenpopulation“ (Standardbehandlung) festgestellt. Die Patienten der Warteliste wurden allerdings nicht randomisiert zugeteilt. Daher kann sie unter dem Aspekt einer randomisierten Studie nicht berücksichtigt werden. Der therapeutische Effekt scheint dabei in der Exposition traumatischer Erinnerungen zu liegen. Eine Überlegenheit des einen gegenüber einem anderen Verfahren ließ</p>
----	-------------------------	---

	sich nicht feststellen.
--	-------------------------

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	Högberg G, Pagani M, Sundin O, Soares J, Aberg-Wistedt A, Tarnell B, Hallstrom T. On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers--a randomized controlled trial. Nord J Psychiatry 2007; 61 (1): 54-61. <i>Peer review: Ja</i>
1a	Hersteller	
2	Studientyp	RCT
3	Einordnung in die Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	<input checked="" type="checkbox"/> Ib: Randomisierte klinische Studien <input type="checkbox"/> IIb: Prospektiv vergleichende Kohortenstudien <input type="checkbox"/> III: Retrospektiv vergleichende Studien <input type="checkbox"/> IV: Fallserien und nicht-vergleichende Studien <input type="checkbox"/> V: Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. a.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Bericht von Expertenkomitees und Konsenskonferenzen.
4	Bezugsrahmen	Finanziert durch öffentliches Transportsystem Schwedens. Enge Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsdienst des öffentlichen Transportsystems in Stockholm.
5	Indikation	PTBS
6	Fragestellung Zielsetzung	Kurzzeitwirksamkeit von EMDR auf berufsbedingte PTBS (Personenschaden bei Zugunglück (Person überfahren) oder Gewalterfahrungen während der Arbeit).
Population		
7	Studienpopulation; relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer im 1999 bis 2002 rekrutiert • Mitarbeiter des öffentlichen Transport-Systems in Stockholm (Lokführer, Ticket Kontrolleure, Service-Mitarbeiter von U-Bahnen, S-Bahnen und dem nationalen Fernverkehr), die entweder einmal oder mehrmals ein Zugunglück (Person überfahren) erlebt haben, oder bei der Arbeit angegriffen worden waren, waren eingeladen, an der Studie teilzunehmen. • Kriterien der PTBS nach DSM-IV erfüllt • mehr als 3 Monate, aber weniger als 6 Jahre zurückliegende Traumaexposition Ausschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> • „große“ (manifeste) psychiatrische Erkrankungen
8	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Nein, nicht zutreffend.

9	Anzahl der eingeschlossenen Patienten mit und ohne ausgewertete Daten.	<p>1. Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) dokumentiert und begründet? Wie wurde in der Analyse mit „drop-outs“ verfahren? Erfolgte eine Intention-to-treat-Analyse (ITT-Analyse) oder „per-protocol-analysis“ (explanatorisch)? Falls keine ITT-Analyse durchgeführt wurde: Gibt es Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den „drop-outs“ und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten?</p> <p>→ nach Randomisierung, aber vor Beginn der Behandlung, 3 drop-outs, Ursachen nachvollziehbar beschrieben → Unter der Behandlung gab es keine Drop-outs, daher keine ITT-Analyse oder „per-protocol-analysis“ durchgeführt</p> <p>2. Darstellung des Patientenflusses nach dem CONSORT-Flussdiagramm (s. Anlage 1). Ja</p>
10	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, relevanten prognostischen Faktoren, Begleittherapien etc.) oder liegen die Angaben nur als summarische Beschreibung der Autoren vor? Ja, keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventionsgruppe und Warteliste verzeichnet</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? nur eine Behandlungsgruppe</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt? Ja</p> <p>Welche Angaben werden zur Compliance der Patienten gemacht? Inwieweit wurden Patienten über Inhalte und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt? mündliche und schriftliche Informationen und Einverständniserklärung ohne konkretere Angaben</p>
Intervention		
11	Prüfintervention	n=13, EMDR nach den Behandlungsleitlinien von Shapiro, manualisierter Ablauf 5 Sitzungen a 90 min. innerhalb eines Zeitraums von 2 Monaten ohne vorgeschriebene Intervalle. Randomisierte Zuordnung zu einem von zwei ausgebildeten EMDR Therapeuten.
12	Vergleichs-intervention	Warteliste, n=11
13	Evtl. weitere Behandlungsgruppen	keine
14	Studiendesign	Prüfintervention gegen Warteliste, parallel

15	Zahl der Zentren	monozentrisch
16	Randomisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostische Interviews durch einen Psychiater, der nicht in die Studie involviert war und für die methodischen Bedingungen der Studie „blind“ war (mittels SCID-1). • Randomisierung in Behandlungsarm/ Warteliste durch Losverfahren in Anwesenheit einer Forschungs-Krankenschwester, die die Studie koordiniert und den Teilnehmer durch alle Phasen begleitet hat. Wartelistenteilnehmer bekamen das Angebot einer EMDR nach Studienende. • Randomisierte Zuordnung der Patienten zu einem von zwei ausgebildeten EMDR Therapeuten.
17	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine Aussage
18	Verblindung der Behandlung	<p><input checked="" type="checkbox"/> Nein, offene Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten verblindet</p> <p><input type="checkbox"/> Behandler verblindet</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten und Behandler verblindet</p> <p>Verblindete Messung der Ergebnisse in der Fremdbeurteilung</p>
19	Beobachtungsdauer	<ul style="list-style-type: none"> • erstes diagnostisches Interview vor Behandlung/ Warteliste • 2 Monate Behandlungsdauer • zweites diagnostisches Interview innerhalb des ersten Monats nach Behandlung/ Warteliste
20	Erhebung der primären Zielkriterien	<p>Primäres Outcome:</p> <p>Bestehen einer ausgeprägten PTBS nach DSM IV (unter Verwendung des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID))</p> <p>Erfassung vor und innerhalb des ersten Monats nach Behandlung.</p> <p><u>Wertung:</u> Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (<i>SKID</i>) ist ein verbreitetes Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen nach dem Diagnosemanual DSM-IV</p> <p>Global Assessment of Functioning (GAF), Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) einer Scala mit 14-Items focused für Angsterkrankungen (mit Quellenverweis) Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) einem Instrument mit 21 Items, das Angst und Depression abbildet (mit Quellenverweis) Selbstbeurteilungsskalen vor den jeweiligen Interviews am Computer, durch die StudienKrankenschwester begleitet: The Impact of Event Scale (IES) Beck Anxiety Inventory (BAI) Social Disability Index World Health Organisation Ten Well-being Scale (WHO-10) Trauma Antecedent Questionnaire (TAQ)</p>

		<u>Wertung:</u> Es handelt sich um in der klinischen Praxis etablierte und patientenrelevante Kriterien.
21	Erhebung der sekundären Zielkriterien	Autoren unterscheiden nicht nach primären und sekundären Zielkriterien
22	Ergebnisse	<p>An dieser Stelle werden nur die für die Fragestellung der AG relevanten Ergebnisse der diagnostischen Verfahren dargestellt.</p> <p><i>Darstellung der Ergebnisse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • N=12 Teilnehmer begannen und beendeten fünf Sitzungen EMDR • N=9 durchliefen die Wartelistenzeit • 8 Teilnehmer der EMDR (67 %) zeigten nach der Behandlung keine voll ausgeprägte PTBS mehr, gleiches trifft für ein Mitglied (11 %) der Warteliste zu. (difference, P / 0.02). <p>Innerhalb der Gruppen-Interventionsgruppe: Signifikante Veränderungen in IES</p> <p>Innerhalb der Gruppen-Warteliste signifikante Veränderungen in der Impact of Event Scale (IES)</p>
23	Unerwünschte Therapiewirkungen	Keine beschrieben, da keine drop-outs in Therapiearm erfolgten, kann ein Fehlen gravierender Nebenwirkungen im Rahmen der Studie angenommen werden
24	Fazit der Autoren	This study indicates that EMDR has a short-term effect on PTSD in public transportation workers exposed to occupational traumatic events. Such intensive and brief therapy might be further validated in larger samples of exposed workers with longer periods of follow-up.
25	Abschließende Bewertung	<p>Interne Validität (risk of bias): ja / unklar / nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> adäquate Randomisierungssequenz (<i>adequate sequence generation</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> verdeckte Zuordnung (<i>allocation concealment</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Verblindung (Behandler und Patienten)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verblindung (Auswerter)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> unvollständige Outcome-Daten begründet (<i>incomplete outcome data addressed</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> selektives Berichten von Ergebnissen vermieden (<i>free of selective reporting</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinweis auf anderen Bias nicht vorhanden (<i>free of other bias</i>)</p> <p>Bewertung der externen Validität / Übertragbarkeit: Gegeben, EMDR nach den Behandlungsleitlinien von Shapiro, manualisierter Ablauf mit, in Abweichung von Shapiros Behandlungsmanual vorher festgelegten, fünf Sitzungen.</p> <p>Bewertung der allgemeinen methodischen Qualität: Stärken der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verblindete Messung der Ergebnisse in der

		<p>Fremdbeurteilung</p> <ul style="list-style-type: none">• Manualgetreue Behandlung nach Shapiro, Modifizierung hinsichtlich der Anzahl der Sitzungen (5 Sitzungen a 90 min. innerhalb eines Zeitraums von 2 Monaten ohne vorgeschriebene Intervalle)• Behandlung erfolgte durch ausgebildete EMDR Therapeuten (Ausbildungslevel unklar: „fully trained therapists“) <p>Schwächen der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none">• kein Vergleich der Gruppen hinsichtlich der Ausgangsbewertungen – d.h. unklar, ob hier vergleichbare Gruppen vorlagen <p>Zusammenfassend kann diese Studie zeigen, dass bei einer kleinen Zahl von Probanden (n=12) im Vergleich zu einer unbehandelten Wartegruppe EMDR (n=9) bis max. 4 Wochen nach der Intervention einen deutlichen Nutzen erbracht hat. Aussagen zu längeren Verläufen kann sie anlagebedingt nicht liefern.</p> <p>Damit ist die Studie für die interessierende Fragestellung der Wirksamkeit von EMDR bei PTBS nur eingeschränkt aussagefähig. Die angeschlossene Follow-up-Studie der Arbeitsgruppe um Högberg könnte Ergebnisse auch zur Langzeitwirkung der EMDR erbringen.</p>
--	--	---

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p>van der Kolk BA, Spinazzola J, Blaustein ME, Hopper JW, Hopper EK, Korn DL, Simpson WB. A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. J Clin Psychiatry 2007; 68 37-46.</p> <p><i>Peer review:</i> Ja</p>
1a	Hersteller	
2	Studientyp	RCT
3	Einordnung in die Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ib: Randomisierte klinische Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IIb: Prospektiv vergleichende Kohortenstudien</p> <p><input type="checkbox"/> III: Retrospektiv vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IV: Fallserien und nicht-vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> V: Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. a.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Bericht von Expertenkomitees und Konsenskonferenzen.</p>
4	Bezugsrahmen	<p>Durchgeführt am Trauma Center, Justice Resort Institute, Brookline, USA</p> <p>Unterstützt durch National Institute of Mental health</p> <p>Einer der Ko-Autoren erhielt Honorare von EMDR Organisation, sonst keine Interessenkonflikte.</p>
5	Indikation	PTBS
6	Fragestellung Zielsetzung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sind EMDR und Fluoxetin bei PTBS gleichermaßen wirksam und wirksamer als Placebo? Unterscheiden sich die beiden Therapiemethoden hinsichtlich der Behandlungserfolge über die Zeit betrachtet? 2. Welchen Einfluss hat der Zeitpunkt der Traumatisierung auf das Behandlungsergebnis? 3. Wie ist der Einfluss auf depressive Symptome? <p>Endpunkte Remission der PTBS-Symptomatik</p>
Population		
7	Studienpopulation; relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p>Einschlusskriterien: Patienten mit PTBS (18-65 Jahre) nach DSM-IV Kriterien, das Trauma musste mindestens ein Jahr zurückliegen</p> <p>Ausschlusskriterien: instabile medizinische Verfassung, Kontraindikationen zu einer der Therapien (z.B. Schwangerschaft, Augenerkrankungen, Medikamentenunverträglichkeit), Psychose oder bipolare Störung, schwere dissoziative Symptome,</p>

		Suizidalität oder schweres selbstverletzendes Verhalten, Drogenmissbrauch, frühere EMDR oder SSRI Therapie, aktuelle Traumatherapie, instabile Lebenssituation, Global Assessment of Functioning <40 Disability Compensation für PTBS Aktuelles Gerichtsverfahren wegen Trauma
8	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Keine Angaben
9	Anzahl der eingeschlossenen Patienten mit und ohne ausgewertete Daten.	88 Patienten eingeschlossen. 12 Patienten ausgeschieden, keine Gründe angegeben. Ausscheider waren jünger und Trauma lag häufiger in der Kindheit als bei Patienten mit vollständigem Follow-Up. Auswertung nach ITT
10	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, relevanten prognostischen Faktoren, Begleittherapien etc.) oder liegen die Angaben nur als summarische Beschreibung der Autoren vor? Ja Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Nein Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt? Ja Welche Angaben werden zur Compliance der Patienten gemacht? Inwieweit wurden Patienten über Inhalte und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt? Angaben zur Compliance in Medikamentengruppe (Einnahme, Dosierung) erhoben Patienten gaben Informed Consent
Intervention		
11	Prüfintervention	EMDR, 90 Minuten, 1x/Woche über 8 Wochen
12	Vergleichsintervention	Fluoxetin (10mg ansteigend bis 60mg, nach Bedarf), + 20-30minütige Sitzungen, 1x/Woche, über 8 Wochen zu Nebenwirkungen, Dosierungsanpassung, Compliance, The drug was discontinued over a 10-day period following the 8-week intervention period. Aufgrund der fehlenden Zulassung in Deutschland wird diese Gruppe bei unserer Auswertung nicht berücksichtigt
13	Evtl. weitere Behandlungsgruppen	Wie Medikamentengruppe, aber Plazebo

14	Studiendesign	3 parallele Gruppen
15	Zahl der Zentren	1 Zentrum
16	Randomisierung	Blockrandomisierung detailliert beschrieben (stratifiziert nach begleitender Psychotherapie)
17	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Unklar
18	Verblindung der Behandlung	<p><input checked="" type="checkbox"/> Nein, offene Behandlung (für EMDR)</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten verblindet</p> <p><input type="checkbox"/> Behandler verblindet</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Patienten und Behandler verblindet (für Medikation)</p> <p>Beurteilung der Patienten verblindet</p>
19	Beobachtungsdauer	Direkt nach Behandlung (8 Wochen)
20	Erhebung der primären Zielkriterien	<p>Primärer Endpunkt: Clinician PTSD Symptom Scale (CAPS) Asymptomatischer Zustand (PTBS-Remission) definiert als CAPS <20 Erfassungsinstrument: CAPS Einfluss des Zeitpunktes der Traumatisierung auf das Behandlungoutcome</p> <p>Einfluss auf depressive Symptome Erfassungsinstrument: Beck Depression Inventory</p>
21	Erhebung der sekundären Zielkriterien	
22	Ergebnisse	<p>An dieser Stelle werden nur die für die Fragestellung der AG relevanten Ergebnisse der diagnostischen Verfahren dargestellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die unterschiedlichen Therapiegruppen sind bezüglich der soziodemographischen Parameter und der Psychopathologie gleichverteilt. • Die Drop-outs waren signifikant jünger als die Beender.($p < 0,05$), zeigen aber ansonsten keine signifikanten Unterschiede in soziodemographischen Parametern und Psychopathologie. • Die Drop-outs wiesen signifikant häufiger eine kindliche Traumatisierung auf ($p = 0,013$) • Es wurde kein signifikanter Einfluss konkurrierender supportiver Therapien nachgewiesen, die zum Zeitpunkt der Randomisierung stattgefunden hatten. <p>Posttreatment <u>EMDR vs. Placebo</u> Posttreatment <u>ITT-Analyse</u>:</p>

		<p>nichtsignifikante Trends für eine größere Remission der PTBS-Symptomatik</p> <p>Completer <u>-Analyse</u>: Nichtsignifikantes Ergebnis für das Zielkriterium „Remission“</p> <p>Signifikanter Unterschied im CAPS total score (p=0,03)</p> <p>(für die Subgruppenanalyse wird beschrieben, dass bei Traumatisierung im Kindesalter signifikant höhere Schweregrade der PTBS-Symptomatik zu finden waren (p> 0,01), dass über alle Behandlungsgruppen bei Traumatisierung im Erwachsenenalter die Reduktion von PTBS-Symptomen (CAPS score) sowohl nach der Behandlung als auch im Follow up deutlich ausgeprägter sind als bei Traumatisierung im Kindesalter (Posttreatment: ITT: p< 0,005, PP: p= 0,02; Follow up: ITT: p= 0,011, PP: p= 0,027), dass die Effektstärken sowohl bei der EMDR als auch in der Placebogruppe bei Traumatisierungen im Erwachsenenalter größer sind als bei ~ im Kindesalter, dass das Endziel „Remission“ bei Traumatisierungen im Erwachsenenalter häufiger erreicht wird (p= 0,045),</p>
23	Unerwünschte Therapiewirkungen	Keine Angaben
24	Fazit der Autoren	This study supports the efficacy of brief EMDR treatment to produce substantial and sustained reduction of PTSD and depression in most victims of adult onset trauma.
25	Abschließende Bewertung	<p>Interne Validität (<i>risk of bias</i>) (bitte ankreuzen, wenn zutreffend) ja / unklar / nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> adäquate Randomisierungssequenz (<i>adequate sequence generation</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> verdeckte Zuordnung (<i>allocation concealment</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Verblindung (Behandler und Patienten)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verblindung (Auswerter)</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> unvollständige Outcome-Daten begründet (<i>incomplete outcome data adressed</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> selektives Berichten von Ergebnissen vermieden (<i>free of selective reporting</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinweis auf anderen Bias nicht vorhanden (<i>free of other bias</i>)</p> <p>sonstige methodische Probleme: Diese Studie ist als Wirksamkeits- (EMDR gegen Placebo) und Äquivalenzstudie (EMDR gegen Fluoxetin) angelegt. Aufgrund der fehlenden Zulassung für Fluoxetin in Deutschland wurde bei der Auswertung nur der Vergleich EMDR gegen Placebo berücksichtigt.</p> <p>Externe Validität / Übertragbarkeit: Gegeben. EMDR-Behandlung erfolgte nach den Behandlungsleitlinien von Shapiro, manualisierter Ablauf mit, in Abweichung von Shapiros Behandlungsmanual vorher festgelegten, acht Sitzungen.</p>

		<p>Flouxetin besitzt in Deutschland für die Behandlung der PTBS keine Zulassung</p> <p>Bewertung der allgemeinen methodischen Qualität:</p> <p>Stärken der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Studie kann unter methodischen Gesichtspunkten als gut eingeschätzt werden• Die Planung und Durchführung werden nachvollziehbar beschrieben <p>Stärken sind</p> <ul style="list-style-type: none">• Randomisierung,• Diagnostik nach DSM• Einsatz validierter Fragebögen <p>Schwächen der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none">• Keine Beurteilung der Langzeitwirkung (Follow-up fehlt) <p>Im Posttreatment fand sich in der ITT-Analyse kein signifikanter Unterschied zwischen der aktiven Behandlungsgruppe (EMDR) und der Placebogruppe. Hier wurden die fehlenden Daten der Drop-outs durch die LOCF-Prozedur generiert.</p>
--	--	--

B-8.7 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5), 2013
- Andrews, G., Slade, T., Peters, L.: Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV, *The British Journal of Psychiatry*, 1999, 174: 3-5
- Andrews, B.: Delayed-Onset Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of the Evidence, *American Journal of Psychiatry* 2007, 164:1319–1326
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH): Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Melbourne (Australia), ACPMH, 2007
- Bandelow, B., Zohar, J., Hollander, E., Kasper, S., Moller, HJ.: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) - Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders - First Revision, *World Journal of Biological Psychiatry* 2008, 9 (N4): 248-312
- Blake D. D., Weathers F. W., Nagy L. M., Kaloupek D. G., Gusman F. D., Charney D. S., & Keane T. M. The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 1995, 8, 75-90
- Davidson J., Smith R., Kudler H.: Validity and Reliability of the DSM-III Criteria for Posttraumatic Stress Disorder. Experience with a Structured Interview. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1989, Vol. 177, No.6. S.336-341
- Department of Veterans Affairs (DV), Department of Defense Affairs (DoD): VA/DoD Clinical Practice Guideline for management of post-traumatic stress. Stand: October 2010. Washington, US Department of Veterans Affairs, 2010
- Falsetti S.A., Resnick H.S., Resick P.A., Kilpatrick D.G.: The Modified PTSD Symptom Scale: A Brief Selfreport Measure of Posttraumatic Stress Disorder. *The Behaviour Therapist*. Juni 1993, S.161-162
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, Ch., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L., Wöller, W.: S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, *Trauma & Gewalt*, 2011, 3: 202-210
- Foa E. B. und E. A. Meadows, Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review, *Annual Review of Psychology*, 1997, 48, 449-480
- Foa E.B., Riggs D.S., Dancu C.V., Rothbaum B.O.: Reliability and Validity of a Brief Instrument for Assessing Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 1993, Vol.6, No 4, 459-473
- Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie – in der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 18. April 2013
- Herman, J. L.: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München, 1993
- Higgins JPT, Altman DG, Gotzsche PC, et al. The Cochrane Colaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011; 343: d5928.
- Horowitz M., Wilner N., & Alvarez W., Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 1979, 41, No 3, 209–218.
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision German Modification Version 2014

- Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L.: Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three Studies in Reliability and Validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, Vol. 56, No. 1, 85-90
- Kessler, R. C.; Amanda Sonnega, A.; Bromet, E.; Hughes, M.; Nelson, C. B.: Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey, *Arch Gen Psychiatry*, 1995; 52:1048-1060
- Maercker A.: *Die Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Springer Verlag, 1997
- Maercker, A.; Forstmeier, S.; Wagner, B; Glaesmer , H.; Brähler , E.: Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung, *Nervenarzt*, 2008, 5: 577-586
- Maercker, A.: *Posttraumatische Belastungsstörungen*, Heidelberg 2009
- Maxfield, L. und Hyer, L., The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment in PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 2002, 58(1), 23-41
- Meyer C., Steil R.: Die posttraumatische Belastungsstörung nach Verkehrsunfällen. *Der Unfallchirurg*, 1998, 101(12), S.878-839
- National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Clinical Excellence: *Post-traumatic stress disorder - The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London, The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society, 2005
- Saß, H., Wittchen,H.-U.; Zaudig, M.;Houben; I.: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*, Hogrefe 2003
- Shapiro, F.: *EMDR-Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Paderborn 1998
- Shapiro F.: *EMDR. Grundlagen und Praxis; Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Junfermann, Paderborn 1999
- Shapiro, F.: *EMDR-Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*, 2. überarbeitete Auflage. Paderborn 2013
- World Health Organization (WHO), *Guidelines for the Management of Conditions That are Specifically Related to Stress*, Geneva, 2013

C Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

C-1 Einleitung

Entsprechend der zweigliedrigen Bewertung einer Methode ist gemäß 2. Kapitel § 7 lit. b) VerfO eine sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext durchzuführen (zur sektorübergreifenden Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit gemäß 2. Kapitel § 7 lit. a) VerfO wird auf Kapitel B: Sektorenübergreifende Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit verwiesen).

C-2 Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

C-2.1 Definition der Methode

Wie bereits dargelegt (vgl. Kapitel B 3), handelt es sich bei EMDR um eine standardisierte psychotherapeutische Behandlungsmethode, die auf die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse und Erfahrungen zielt. Das methodische Vorgehen gliedert sich nach der Begründerin der Methode, Francine Shapiro, in acht Phasen (Anamnese und Behandlungsplanung, Vorbereitung und Stabilisierung des Patienten, Bewertung, Desensibilisierung, Verankerung, Körper-Test, Abschluss, Überprüfung). Kernstück der Behandlung bildet dabei die „Desensibilisierung“ durch kurzzeitiges in Kontakt treten mit der belastenden Erinnerung während gleichzeitig eine bilaterale Stimulation (i.d.R. rhythmische Augenbewegungen aber auch Töne oder kurze Berührungen z.B. des Handrückens) durchgeführt wird. Dadurch soll die Blockierung der Verarbeitung der belastenden Erinnerung aufgehoben und eine zügige Verarbeitung ermöglicht werden.

C-2.2 Diagnostik

Phase 1 des methodischen Vorgehens nach F. Shapiro sieht eine umfassende Diagnostik vor. Sie beinhaltet eine ausführliche Anamneseerhebung, die Diagnosestellung, die Feststellung von absoluten und relativen Kontraindikationen und die Erfassung der belastenden Erinnerung, die verarbeitet werden soll sowie die Aufklärung des Patienten. In den Stellungnahmen wird dabei auch die Durchführung von störungsspezifischen Messinstrumenten (z.B. IES-R – Impact of Event Scale – revidierte Form, FDS - Fragebogen für dissoziative Störungen, DES – Dissociative Experience Scale) empfohlen. Während der Behandlung erfolgen gemäß dem Vorgehen von F. Shapiro zur Verlaufskontrolle weitere standardisierte Erfassungen (der Belastung mit Hilfe der Subjektive Level of Distress-Scale, SUD, sowie der Stimmigkeit der positiven Kognitionen durch die Validity of Cognition-Sclae, VoC).

C-2.3 Anwendungsbereich

EMDR wurde als Behandlungsmethode zur Verarbeitung traumatischer Erfahrungen entwickelt. Primäre Indikation für EMDR ist die die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Einzelsetting.

Als Kontraindikation für die Anwendung der Methode werden von den Stellungnehmenden akute Psychosen benannt sowie als relative Kontraindikationen komorbide schwere dissoziative Symptome, komorbide schwere Persönlichkeitsstörungen, organisch bedingte

Anfallsleiden und akute somatische Erkrankungen (z.B. schwere Herzrhythmusstörungen) sowie nicht ausreichende soziale Sicherheit aufgrund eines fortbestehenden Täterkontaktes und anhaltender Traumaeinwirkung sowie aktiver Substanzgebrauch (Ausnahme: Patienten in Substitutionsbehandlung) und unzureichende somatische, psychische und soziale Stabilität.

C-2.4 Ergebnisse der Nutzenbewertung

Die sektorenübergreifende Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit der psychotherapeutischen Behandlungsmethode EMDR im Einzelsetting bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) ergab einen deutlichen Hinweis auf einen Nutzen der EMDR gegenüber einer unspezifischen und spezifischen Behandlung bezüglich der Symptomreduktion und zwar für den Zeitpunkt unmittelbar nach Behandlungsende (vgl. Kapitel B).

C-2.5 Relevanz und aktuelle Versorgungssituation im ambulanten Bereich

Die posttraumatische Belastungsstörung ist eine spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen. In der amtlichen Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland, der „Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM)“ ist sie im Kapitel V unter F43.1 gelistet. Sie wird dort als „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß“ beschrieben. Es kann sich dabei um ein einmaliges oder auch um mehrerer traumatische Ereignisse handeln (wie z.B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit, Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit), die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden. Als typische Merkmale der PTBS werden in der ICD-10 GM „das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten“ beschrieben. Ebenso finden sich „Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten“ sowie „ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen. Mit den v.g. Symptomen treten auch häufig Angst und Depression sowie Suizidgedanken auf. Die vorbeschriebene Symptomatik beginnt verzögert nach dem traumatisch Erlebten (wenige Wochen bis Monate, manchmal auch deutlich länger). (vgl.: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f40-f48.htm>)

Gemäß der „Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F43.1“ der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWMF Register-Nr.051/010; <http://www.awmf.org>) ist die Häufigkeit von PTBS abhängig von der Art des Traumas: „ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung, ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen, ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern, ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern, ca. 10% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome). Als Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung mit länderspezifischen Besonderheiten werden zwischen 1% und 7% (Deutschland 1,5% – 2 %) angegeben. Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder wird als wesentlich höher eingeschätzt und eine hohe Chronifizierungsneigung konstatiert.

Epidemiologische Untersuchungen berichten über eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen (am häufigsten Angststörungen, Depressionen, Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder –sucht, Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) zwischen 50 bis 100%.

Zusammengefasst stellt die posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1 GM) eine psychische Erkrankung dar, die mit hoher Symptombelastung, hoher Chronifizierungsneigung und hoher Komorbidität zu anderen psychischen Erkrankungen einhergeht.

Die ambulante Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten, die unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, kann durch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte des entsprechenden Fachgebietes und durch zugelassene Psychologische Psychotherapeuten und zugelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (vgl. auch Kapitel B-6.2) oder in psychiatrischen Institutsambulanzen erfolgen. Die in der Psychotherapie-Richtlinie zur ambulanten Behandlung zugelassenen Psychotherapieverfahren verfügen über spezielle therapeutische Methoden zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen (z.B. VT: prolongierte Exposition nach Foa, kognitive Therapie nach Ehlers und Clark, kognitive Verarbeitungstherapie nach Resick, imaginatives Reprozessieren nach Smucker; z.B. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: psychodynamische Traumatherapie nach Horowitz, imaginativ psychodynamische Therapie nach Reddemann). Die Methode des EMDR gehört im Bereich der ambulanten Versorgung derzeit nicht zu den gemäß Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Behandlungsmethoden, während sie in der stationären Akut- und Rehabilitationsbehandlung bei gegebener Indikation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes zur Anwendung kommen kann.

C-2.6 Fazit der sektorenspezifischen Bewertung der Notwendigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

Eine posttraumatische Belastungsstörung ist eine psychische Erkrankung, die mit einer erheblichen Belastung und ausgeprägten krankheitswertigen Symptomen einhergehen kann.

Die S3 Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ der AWMF (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-010.html>) empfiehlt zur Traumabearbeitung eine traumaadaptierte Psychotherapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes. Diese soll „nur durch entsprechend qualifizierten Psychotherapeutinnen (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen, approbierte Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen)“ erfolgen.

Die posttraumatische Belastungsstörung kann gemäß Abschnitt D. „Anwendungsbereiche“, § 22 Abs. 4 der Psychotherapie-Richtlinie eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie zu Lasten der GKV sein. Bei gegebenem Behandlungsbedarf können gesetzlich Krankenversicherte, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, mit ambulanter Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie, mit traumaspezifischen Methoden im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes, behandelt werden.

Die vorausgegangene Nutzenbewertung (vgl. Kapitel B) erbrachte einen deutlichen Hinweis auf einen Nutzen der Methode des EMDR bezüglich der Symptomreduktion nach Behandlungsende bei Erwachsenen, die unter einer behandlungsbedürftigen posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Auf der Basis dieses Ergebnisses erscheint die Aufnahme des EMDR nach F. Shapiro als weitere traumaspezifische Methode zur Krankenbehandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Erwachsenen in die Psychotherapie-Richtlinie medizinisch notwendig.

Die Aufnahme einer weiteren traumaspezifischen Behandlungsmethode in die Psychotherapie-Richtlinie stellt eine Verbesserung der ambulanten Versorgung dar. Für erkrankte Versicherte, die bisher nicht oder nicht ausreichend auf die bereits vorhandenen

störungsspezifischen Methoden ansprechen, steht damit eine weitere wirksame psychotherapeutische Methode zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung zur Verfügung.

Auf der Basis der Empfehlungen der S3 Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ der AWMF und der Stellungnahmen sowie wegen der hohen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen ist eine Einbindung der Methode des EMDR in die Richtlinienverfahren und zwar in die Verhaltenstherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie i.S. eines Gesamtbehandlungsplanes geboten. So können komorbid bestehende psychische Erkrankungen ebenfalls ausreichend diagnostiziert und mitbehandelt werden, ohne dass ein Behandlerwechsel und/oder ein neues Antragsverfahren notwendig werden. Eine solche Einbindung erscheint auch vor dem Hintergrund der bisherigen Studienergebnisse, die eine Wirksamkeit des EMDR nach Behandlungsende belegen, jedoch kaum Erkenntnisse hinsichtlich der Haltbarkeit dieser Behandlungsergebnisse über einen längeren Zeitraum liefern, sinnvoll. Besteht doch im Rahmen der Einbindung in einen psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplan die Möglichkeit, die Behandlungsergebnisse des EMDR zu stabilisieren und weiter auszubauen sowie auch vorhandene komorbide psychische Erkrankungen mitzubehandeln.

Eine Einbindung des EMDR in das Richtlinien-Verfahren der analytischen Psychotherapie wurde in einer Anhörung mit Sachverständigen am 11.06.2014 diskutiert. Das Ergebnis der Anhörung war: Bei der Indikation Posttraumatische Belastungsstörung ist eine Anwendung von EMDR im Rahmen einer modifizierten regressionsbegrenzenden analytischen Psychotherapie im Sitzen ggf. sinnvoll, nicht jedoch in dem Setting der klassischen analytischen Psychotherapie im Liegen.

C-3 Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

Gemäß 2. Kapitel § 10 Abs. 2 Nr. 3 VerfO erfolgt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit einer Methode insbesondere auf der Basis von Unterlagen zur Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten, zur Kosten-Nutzung-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten, zur Kosten-Nutzung-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekosten-Abwägung, und zur Kosten-Nutzenabwägung im Vergleich zu anderen Methoden.

Keine der identifizierten Studien enthielt explizite Untersuchungen zu den v.g. ökonomischen Aspekten. Aus einigen Studien ließen sich Hinweise entnehmen, dass es sich bei EMDR im Vergleich zu anderen Behandlungen um eine kostengünstigere Methode handelt. So fanden bspw. Marcus, Marquis und Sakai (1997), dass Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung, die mit EMDR behandelt wurden, weniger Therapiestunden und weniger Psychopharmaka benötigten, als die jeweils mit Einzelpsychotherapie, Medikation und/oder Gruppentherapie behandelten Kontrollgruppen.

Zusammengefasst stehen dem G-BA derzeit keine belastbaren Daten zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit zur Verfügung. Auf eine sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit muss daher verzichtet werden.

D Stellungnahmeverfahren nach 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO**D-1 Schriftliches Stellungnahmeverfahren nach §§ 91 Abs. 5 sowie 92 Abs. 7d SGB V**

Die gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 5 und § 92 Abs. 7d SGB V sowie nach § 91 Abs. 9 SGB V wurden in Verbindung mit dem 3. Abschnitt 1. Kapitel der VerFO durchgeführt. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die eingeleiteten Stellungnahmeverfahren und die eingegangenen Stellungnahmen.

Gesetzliche Grundlage	Stellungnahmeberechtigte	Einleitung des SN-Verfahrens	Fristende	Eingang der SN
§ 91 Abs. 5	Bundesärztekammer	22.07.2014	19.08.2014	15.08.2014
§ 91 Abs. 5	Bundespsychotherapeutenkammer	22.07.2014	19.08.2014	19.08.2014
§ 92 Abs. 7d Satz 1 1. Halbsatz	einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften			
	AWMF-Fachgesellschaften			
	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	22.07.2014	19.08.2014	
	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.	22.07.2014	19.08.2014	
	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	22.07.2014	19.08.2014	18.08.2014
	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	22.07.2014	19.08.2014	
	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)	22.07.2014	19.08.2014	18.08.2014
	Non AWMF-Fachgesellschaften			
	EMDRIA Deutschland e. V.	22.07.2014	19.08.2014	12.08.2014
	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT)	22.07.2014	19.08.2014	19.08.2014
	Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e. V. (DFT)	22.07.2014	19.08.2014	

D-2 Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen

Einbettung der Methode in die RL-Verfahren/redaktionelle Änderung der Anlage 1

<i>Bundesärztekammer</i>	Die Bundesärztekammer begrüßt die geplante Änderung der Psychotherapierichtlinie mit der Aufnahme der EMDR bei Erwachsenen mit PTBS als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie. Die geplante redaktionelle Umstrukturierung der Anlage 1 wird als sachgerecht angesehen. Für einen, mit Blick auf die Psychotherapievereinbarungen, redundanten Hinweis auf eine ausreichende fachliche Befähigung zur EMDR-Methode in der PT-RL sieht die Bundesärztekammer keine Notwendigkeit.
<i>Bundespsychotherapeutenkammer</i>	Die BPTK hat bereits in ihrer Stellungnahme vom 4. August 2011 auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass EMDR in den Gesamtbehandlungsplan eines Richtlinienverfahrens integriert wird. Ein wichtiges Argument hierfür ist die hohe Komorbiditätsrate bei Patienten mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Durch eine Einbettung der EMDR-Behandlung in den Gesamtbehandlungsplan eines Richtlinienverfahrens kann grundsätzlich sichergestellt werden, dass eine vorherige, parallele oder anschließende Behandlung der komorbiden psychischen Erkrankungen sinnvoll geplant wird und aufeinander abgestimmt erfolgen kann und somit eine isolierte Fokussierung auf die Posttraumatische Belastungsstörung vermieden wird.
<i>Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)</i>	Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) begrüßt die Zulassung von EMDR als weitere psychotherapeutische Methode, die auf der Grundlage eines umfassenden Behandlungskonzeptes im Rahmen der drei Richtlinienverfahren der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter anzuwenden ist.
<i>Deutsch-sprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)</i>	Die DeGPT e.V. teilt die Nutzenbewertung des GBA und hält die Formulierung in Anlage 1 für sinnvoll. Weiter ist aus unserer Sicht eine Einbettung der EMDR-Methode in ein Richtlinienverfahren geboten.
<i>EMDRIA Deutschland e. V.</i>	Grundsätzlich begrüßen wir die anstehende Beschlussfassung des GBA...
<i>Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT)</i>	Die DGVT begrüßt das Vorhaben des GB-A, die PT-Richtlinie zu ändern und um die Methode EMDR zu ergänzen.

Würdigung der Stellungnahmen:

Aus den zustimmenden Stellungnahmen ergab sich kein Änderungsbedarf hinsichtlich der Möglichkeit der Einbettung der Methode EMDR in einen Behandlungsplan der bisher anerkannten Richtlinienverfahren.

Qualifikation / fachliche Befähigung

<p><i>Bundesärztekammer</i></p>	<p>Zum Erlernen und zur eigenverantwortlichen Anwendung der EMDR-Methode ist aus Sicht der Bundesärztekammer eine abgeschlossene ärztliche psychotherapeutische Weiterbildung (FA Psychiatrie und Psychotherapie, FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie -fachgebunden- oder Zusatz-Weiterbildung Psycho-analyse) unbedingte Voraussetzung. Die Qualifikationsvoraussetzungen von Psychologischen Psychotherapeuten sollten daneben gesondert ausgewiesen werden.</p> <p>Die Notwendigkeit, die Voraussetzung zur fachlichen Befähigung zusätzlich in der PT-RL zu verankern, wird von der Bundesärztekammer nicht gesehen. Wie in den tragenden Gründen beschrieben, wird das Nähere zur Qualifikation der Leistungserbringer entsprechend § 27 PT-RL, auch im Sinne einer Einheitlichkeit, in den Psychotherapievereinbarungen geregelt.</p>
<p><i>Bundespsychotherapeutenkammer</i></p>	<p>Grundsätzlich gilt für die Anwendung aller psychotherapeutischer Verfahren, Methoden und Techniken bereits aus berufsrechtlichen Gründen, dass diese stets eine hinreichende fachliche Befähigung voraussetzt. Daher stellte die exklusive Betonung der Voraussetzungen einer hinreichenden fachlichen Befähigung nur für die Anwendungen der EMDR-Methode einen systematischen Bruch in der Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie dar und könnte fälschlicherweise im Umkehrschluss signalisieren, dass für die Anwendung anderer Verfahren, Methoden oder Techniken geringere Anforderungen gelten. Sofern über die Einfügung dieses Satzes in Nummer I.3 der Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie auf eine gewünschte Definition von Qualifikationsanforderungen für die Erbringung der EMDR-Methode im Rahmen eines umfassenden Gesamtbehandlungskonzepts eines Richtlinienverfahrens verwiesen werden soll, sind hierzu die bestehenden Regelungen des § 27 Psychotherapie-Richtlinie bereits ausreichend und angemessen. Die BPTK spricht sich daher dafür aus, den Satz 2 in Nummer I.3 der Anlage 1 der Psychotherapie- Richtlinie in dem Beschlussentwurf des GKV-Spitzenverbandes und der Patientenvertretung zu streichen und dem Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu folgen. Darüber hinaus möchten wir an dieser Stelle darauf hinweisen, dass für die zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Psychotherapeuten gilt, dass sie bereits über eine im Rahmen ihrer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. ihrer ärztlichen Weiterbildung erworbene Fachkunde in Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie verfügen. Dabei ist eine Qualifikation in EMDR vielfach bereits in die Aus- und Weiterbildungscurricula der genannten Berufsgruppen integriert. Eine berufsrechtlich geregelte spezifische Aus- oder Weiterbildung in EMDR existiert in Deutschland dagegen nicht. Zu berücksichtigen ist hierbei auch, dass die EMDR-Behandlung im Verlauf ihrer Weiterentwicklung um traumaspezifische psychotherapeutische Techniken und Behandlungsstrategien ergänzt wurde, die wesentlich den bestehenden Richtlinienverfahren entlehnt bzw. im Kontext der allgemeinen störungsspezifischen Psychotherapieforschung entwickelt wurden. Eine berufsrechtlich geregelte spezifische Weiterbildung oder curriculare Fortbildung in der EMDR-Methode wäre daher nicht zu rechtfertigen. Für die Anwendung von EMDR als Methode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes eines Richtlinienverfahrens ist vielmehr eine breitere psychotraumatologische Kompetenz erforderlich, die neben</p>

	<p>psychotherapeutischen Kompetenzen wie z. B. der Stellung der Differenzialindikation für die verschiedenen traumaadaptierten Behandlungsmethoden, Kompetenzen in den Methoden der traumaspezifischen Stabilisierung, der Affektregulation und Ressourcenaktivierung oder der Krisenintervention auch EMDR einschließt. Vor diesem Hintergrund hat die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer eine curriculare Fortbildung entwickelt (OPK, 2012), die eine breite Qualifikation in Psychotherapie unter Einbezug von EMDR zum Gegenstand hat. Darüber hinaus wird von Seiten der BPTK zurzeit die Entwicklung einer strukturierten curricularen Fortbildung in Psychotherapie/ Psychotraumatologie gemeinsam mit der Bundesärztekammer angestrebt. In diesem Zusammenhang möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass bei der Anwendung von psychotherapeutischen Verfahren, Methoden und Techniken bereits berufsrechtlich der Grundsatz zum Tragen kommt, dass es den Psychotherapeuten nur gestattet ist, diejenigen Behandlungsmethoden anzuwenden, für die sie auch hinreichend qualifiziert sind. Somit gehört es losgelöst von möglichen Vorgaben der Psychotherapie- Richtlinie oder der Psychotherapie-Vereinbarungen zur den Berufspflichten der Psychotherapeuten und Ärzte, sich insbesondere über Fortbildungen auf dem aktuellen Stand des medizinischen/psychotherapeutischen Wissens zu halten, insbesondere hinsichtlich der von ihnen angewandten Behandlungsmethoden und der behandelten Erkrankungen. Von Seiten der Psychotherapeuten werden dabei insbesondere Fortbildungen zur Behandlung von Traumafolgestörungen stark nachgefragt. Eine dezidierte Vorgabe von Qualifikationsanforderungen für die Anwendung der EMDR-Methode erscheint daher aus Sicht der BPTK nicht erforderlich und sollte hinsichtlich möglicher Fehlanreize und unerwünschten Folgen genauer geprüft werden.</p>
<p><i>Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)</i></p>	<p>Die Anwendung dieser Methode setzt eine hinreichende spezifische Qualifikation und fachliche Befähigung voraus. Diese Qualifikation sollte im Rahmen der Novellierung der ärztlichen Weiterbildungsordnung geregelt werden und sich dabei an internationale Standards orientieren. Sie sollte durch die zuständigen Ärztekammern formal und inhaltlich geregelt werden. Dabei sollte die Methode nur zur Anwendung kommen durch ärztliche psychologische Psychotherapeuten, die in einem Richtlinienverfahren ausgebildet bzw. weitergebildet sind.</p>
<p><i>Deutsch-sprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)</i></p>	<p>Eine hinreichende fachliche Voraussetzung zur Anwendung der EMDR-Methode sollte in der Psychotherapievereinbarung geregelt werden. Diese sollte sich so ausgestalten, dass EMDR-spezifische Inhalte in ein breiteres Curriculum eingebettet sind. Aufgrund der Notwendigkeit eines häufig komplexen Behandlungsplans, in den die EMDR-Interventionen eingebettet sind, müssen dabei Inhalte berücksichtigt werden, die aktuell nicht hinreichend durch das EMDR-Curriculum abgedeckt sind (z.B. Fragen der traumaspezifischen Stabilisierung, Differential-Indikation, Krisenintervention, etc.). Ein entsprechendes Curriculum, für das ggf. weitere EMDR-spezifische Inhalte als obligatorisch vorgeschrieben werden könnten, wird aktuell bereits von der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) angeboten. Schließlich sollte auch definiert werden, welche hinreichende fachliche Voraussetzung dafür bestehen muss, um in der EMDR Methode auszubilden.</p>
<p><i>EMDRIA Deutschland e. V.</i></p>	<p>Insofern ist der Nachweis einer Befähigung zur Anwendung der EMDR-Methode unabdingbar. Kriterien der Befähigung sollten sich unbedingt an den bestehenden Standards der Ausbildung und</p>

	Zertifizierung, die durch die nationale EMDR Fachgesellschaft und den europäischen Dachverband der EMDR Fachgesellschaften etabliert wurden, orientieren. Nur ein solches Vorgehen sichert die Übertragbarkeit der wissenschaftlich dokumentierten guten Behandlungsergebnisse in die therapeutische Praxis. Daher sprechen wir uns eindeutig für den 2. Entwurf der Beschlussfassung (Anlage 2) aus und regen an, die Inhalte der zur Befähigung führenden Ausbildung im obigen Sinne klar zu beschreiben.
--	---

Würdigung der Stellungnahmen:

GKV-SV:

Aus § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V geht hervor, dass im Rahmen einer Prüfung neuer Methoden nicht nur Empfehlungen über die Anerkennung des medizinischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit, sondern auch u. a. die notwendig Qualifikation der Ärzte (Punkt 2) gegeben werden müssen. Dieser gesetzlichen Vorgabe wird der Vorschlag des GKV-SV/PatV gerecht.

Der Hinweis eines einheitlichen Vorgehens bei der Regelung von Qualifikationen in der Richtlinie wird zwar grundsätzlich zugestimmt, jedoch sind die bisher in der Richtlinie aufgelisteten Methoden ohne Evidenzprüfung aufgenommen worden, bevor der § 135 SGB V erlassen wurde, so dass nun eine an die Rechtslage angepasste Vorgehensweise als erforderlich gesehen wird.

Bei EMDR handelt es sich das erste Mal um die Aufnahme einer neuen Methode auf der Grundlage einer Evidenzprüfung nach § 135 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, so dass in diesem Kontext nicht nachvollziehbar wäre, die Nr. 2 des Absatzes unberücksichtigt zu lassen. Das Argument, dass die Qualifikation bereits vielfach in die Aus- und Weiterbildungscurricula integriert sei, kann nicht gefolgt werden. Weder in der Weiterbildungsordnung der BPTK noch in der PsychTh-APrV gibt es zur EMDR konkrete Regelungen. Aus diesem Grunde ist ein expliziter Hinweis auf eine hinreichende Befähigung notwendig. Der Kritik der BPTK, dass für „die Anwendung von EMDR als Methode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes eines Richtlinienverfahrens [...] vielmehr eine breitere psychotraumatologische Kompetenz erforderlich“ sei, wird durch eine Ergänzung der Qualifikationserfordernisse Rechnung getragen.

KBV/PatV:

Die Mehrheit der Stellungnehmer mit Ausnahme von EMDRIA Deutschland e. V. bestätigt die Position der KBV. EMDRIA Deutschland e. V. spricht sich explizit für die Beschlussvorlage des GKV-SV aus und begründet dies damit, dass nur ein solches Vorgehen die Übertragbarkeit der guten Behandlungsergebnisse in die therapeutische Praxis sichern könne. Nach Auffassung von EMDRIA Deutschland e.V. sollte sich eine Qualifikation am Standard der Kriterien der nationalen EMDR-Fachgesellschaften und der europäischen EMDR-Fachgesellschaften orientieren.

Die KBV vertritt nach wie vor die Auffassung, dass ein allgemeiner Hinweis auf die Qualifikation in der Richtlinie verzichtbar ist. Es reiche der Hinweis auf § 27 der Richtlinie in den Tragenden Gründen, dass die Qualifikation zur Erbringung von EMDR in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt werden solle. Die Alternative unter Bezugnahme auf § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V wäre eine dezidierte Festlegung der Qualifikationsanforderungen in der Psychotherapie-Richtlinie.

Konsens/PatV:

Nach intensiver fachlicher Diskussion wird als Kompromiss folgende Ergänzung vereinbart:

In der neuen Nummer I.3 der Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie wird folgendes ergänzt (Fettdruck):

[Die Anwendung setzt eine hinreichende fachliche Befähigung voraus], d.h. eine Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung einschließlich der Methode Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR). Das Nähere ist entsprechend § 27 in der Psychotherapie-Vereinbarung zu bestimmen.

Methode EMDR / Kurzzeittherapie

<i>Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)</i>	Wir möchten darauf hinweisen, dass die EMDR Methode sich nicht nur wie bei den tragenden Gründen erwähnt – aus der Tradition der Verhaltenstherapie entwickelt hat, sondern auch wesentliche therapeutische Techniken der psychodynamischen Psychotherapie wie z. B. die freie Assoziation nutzt.
<i>EMDRIA Deutschland e. V.</i>	<p>Insgesamt wird deutlich, dass EMDR als eine integrative, nach Hofmann dynamischbehaviorale Methode (Hofmann 2014), eigenständig ist. Da EMDR über ein eigenes Krankheits- und Veränderungsmodell verfügt, das den therapeutischen Prozess theoretisch fundiert, schein es angemessen EMDR weder der Verhaltenstherapie noch der psychodynamischen oder analytischen Psychotherapie zuzuschlagen, sondern als eigene Methode zu betrachten und so zu beschreiben. Dies ändert nichts an der Kompatibilität mit der Verhaltenstherapie, psychodynamischen oder analytischen Psychotherapie.</p> <p>...</p> <p>Eine konsequente Übertragung der wissenschaftlichen Ergebnisse in die therapeutische Praxis müsste somit die Möglichkeit zur Durchführung einer reinen EMDR Kurzzeittherapie bei der Behandlung der einfachen PTBS bieten.</p>

Würdigung der Stellungnahmen: Die AG sieht keinen Änderungsbedarf, da kein Widerspruch zur Änderung der Richtlinie bzw. der Tragenden Gründe besteht.

Wie bereits der Wissenschaftliche Beirat (WBP) ausgeführt hat, handelt es sich bei EMDR anhand der Studienlage des WBP nicht um ein eigenständiges Verfahren, sondern um eine Methode, so dass keine Empfehlung für eine vertiefte Ausbildung, die zur Approbation als Psychologischer Psychotherapeut führt, abgegeben werden konnte.

Doppelstunden

<i>EMDRIA Deutschland e. V.</i>	Insofern sollte die Möglichkeit der Durchführung und Abrechenbarkeit von Doppelstunden deutlich gemacht werden.
---------------------------------	---

Würdigung der Stellungnahme: Abrechnungsregelungen gehören nicht zum Regelungsbereich in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Möglichkeit zur Durchführung und Abrechnung von Doppelstunden ist bereits jetzt unter Verweis auf die Regelung in § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung und der Leistungslegenden der entsprechenden EBM-Nummern möglich.

D-3 Mündliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 9 SGB V

Diejenigen Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden zur Anhörung am 10.09.2014 eingeladen. Dabei haben folgende Organisationen/Institutionen die Gelegenheit zur mündlichen Stellungnahme wahrgenommen:

- Bundespsychotherapeutenkammer
- EMDRIA Deutschland e.V.
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT)

D-4 Abschließende Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet.

Nach Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses ergibt sich aus den Stellungnahmen folgender Änderungsvorschlag in Bezug auf die geplante Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:

In der neuen Nummer I.3 der Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie wird folgendes ergänzt (Fettdruck):

[Die Anwendung setzt eine hinreichende fachliche Befähigung voraus], d.h. eine Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung einschließlich der Methode Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR). Das Nähere ist entsprechend § 27 in der Psychotherapie-Vereinbarung zu bestimmen.

D-5 Dokumente des Stellungnahmeverfahrens

D-5.1 Beschlussentwurf KBV



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie- Richtlinie: EMDR bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen und Umstrukturierung der Anlage 1 ¶

Vom T. Monat JJJJ ¶

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Anlage 1 der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinie), zuletzt geändert am TT. Monat 2014 (BAnz-AT xx.xx.2014-B-x), wie folgt zu ändern. ¶

¶

I. → Nach der Angabe „Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt gemäß § 17 Absatz 3 der Richtlinie fest.“ wird folgende Angabe eingefügt. ¶

„I. Die nachstehenden Verfahren, Methoden und Techniken können wie folgt Anwendung finden.“ ¶

¶

II. → Die Angabe „3. Die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinie werden nicht erfüllt von.“ wird ersetzt durch die Angabe ¶

„II. Die folgenden Psychotherapieverfahren, Psychotherapiemethoden und psychotherapeutischen Techniken können keine Anwendung finden, da die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinie nicht erfüllt werden.“ ¶

¶

III. → Nach der Nummer I.2 wird folgende Nummer I.3 eingefügt. ¶

3. → Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) kann bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie Anwendung finden. ¶

¶

IV. → Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. ¶

¶

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht. ¶

¶

Berlin, den T. Monat JJJJ ¶

- Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende
- ¶
- Hecken ¶

D-5.2 Beschlusentwurf GKV-SV



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie- Richtlinie: EMDR bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen und Umstrukturierung der Anlage 1 ¶

Vom T. Monat JJJJ ¶

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Anlage 1 der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinie), zuletzt geändert am TT. Monat 2014 (BAnz-AT-xx.xx.2014-B-x), wie folgt zu ändern: ¶

¶

I. → Nach der Angabe „Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt gemäß § 17 Absatz 3 der Richtlinie fest.“ wird folgende Angabe eingefügt: ¶

„I. Die nachstehenden Verfahren, Methoden und Techniken können wie folgt Anwendung finden:“ ¶

¶

II. → Die Angabe „3. Die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinie werden nicht erfüllt von:“ wird ersetzt durch die Angabe ¶

„II. Die folgenden Psychotherapieverfahren, Psychotherapiemethoden und psychotherapeutischen Techniken können keine Anwendung finden, da die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinie nicht erfüllt werden:“ ¶

¶

III. → Nach der Nummer I.2 wird folgende Nummer I.3 eingefügt: ¶

3. → ~~Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR)~~ kann bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie Anwendung finden. Die Anwendung setzt eine hinreichende fachliche Befähigung voraus. ¶

¶

IV. → Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. ¶

¶

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht. ¶

¶

Berlin, den T. Monat JJJJ ¶

D-5.3 Tragende Gründe

Tragende Gründe →



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der PT-RL: EMDR als Methode der Einzeltherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen und Umstrukturierung der Anlage 1

Vom Beschlussdatum

Inhalt

1 →	Rechtsgrundlagen.....	2
2 →	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1 →	Beschreibung der Methode	2
2.2 →	Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit.....	2
2.3 →	Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit im Vorsorgungskontext.....	3
2.3.1 →	Schwere der Erkrankung	3
2.3.2 →	Aktuelle Versorgungssituation.....	4
2.3.3 →	Einschätzung der medizinischen Notwendigkeit im ambulanten Vorsorgungskontext.....	4
2.4 →	Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit.....	4
2.5 →	Einbindung der EMDR in die Psychotherapie-Richtlinie	5
3 →	Bürokratiekostenermittlung.....	6
4 →	Verfahrensablauf.....	6
4.1 →	Beratungsablauf in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	6
4.2 →	Stellungnahmeverfahren nach §§ 91 Abs. 5 und 92 Abs. 7 d SGB V sowie nach § 91 Abs. 9 SGB V.....	7
5 →	Fazit.....	8
	¶	
	¶	
	¶	

*** 1 → Rechtsgrundlagen¶**

Auf der Grundlage des § 135 Abs. 1 SGB V überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Abs. 2 Satz 1, einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue ärztliche Methoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Methode ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden darf.¶

Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit der Patientenvertretung am 27.01.2011 einen Antrag gemäß § 135 SGB V zur Prüfung der Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode der Einzeltherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen vorgelegt.¶

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hatte zuvor die EMDR bei Erwachsenen als Methode zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörungen wissenschaftlich anerkannt.¶

¶

*** 2 → Eckpunkte der Entscheidung¶***** 2.1 → Beschreibung der Methode¶**

Bei EMDR handelt es sich um eine standardisierte psychotherapeutische Behandlungsmethode, die auf die Verarbeitung von als traumatisch erlebten Ereignissen und Erfahrungen zielt (vgl. Kapitel B 3 der Zusammenfassenden Dokumentation). Das methodische Vorgehen gliedert sich nach der Begründerin der Methode, Francine Shapiro, in acht Phasen. Diese umfassen Anamnese und Behandlungsplanung, Vorbereitung und Stabilisierung des Patienten, Bewertung, Desensibilisierung, Verankerung, Körper-Test, Abschluss sowie Überprüfung. Das Kernstück der Behandlung bildet die „Desensibilisierung“. Dabei soll durch kurzzeitiges In-Kontaktreten mit der belastenden Erinnerung bei gleichzeitiger bilateraler Stimulation (i. d. R. rhythmische Augenbewegungen aber auch Töne oder kurze Berührungen z.B. des Handrückens) die Blockierung der Verarbeitung der belastenden Erinnerung aufgehoben und eine zügige Verarbeitung ermöglicht werden.¶

¶

*** 2.2 → Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit¶**

In die sektorenübergreifende Bewertung wurden 12 Primärstudien sowie zwei Übersichtsarbeiten eingeschlossen. Um den Effekt der EMDR aus den zumeist kleinen Studien besser einschätzen zu können, wurde in der Arbeitsgruppe zudem eine eigene Metaanalyse durchgeführt.¶

Die Metaanalyse zeigte eine statistisch signifikante Überlegenheit der EMDR gegenüber einer indikationsunspezifischen und -spezifischen Kontrollbehandlung nach Abschluss der Therapie. Allerdings wies ein Großteil der Primärstudien methodische und inhaltliche Limitationen auf. Somit lässt sich auf Basis der Ergebnisse ein deutlicher Hinweis auf die Wirksamkeit der EMDR bzw. im Sinne der VerFO 2. Kapitel § 10 Abs. 2 Nr. 1 ein deutlicher Hinweis auf einen Nutzen der EMDR gegenüber einer unspezifischen und -spezifischen Therapie ableiten.¶

2¶

Unter Berücksichtigung der Schwere der zu behandelnden Erkrankung wird neben den bereits bestehenden Behandlungsalternativen im ambulanten Bereich eine medizinische Notwendigkeit der EMDR gesehen.¶

Nach sektorenübergreifender, und somit einheitlicher, Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der neuen Methode EMDR (s. Kapitel B der Zusammenfassenden Dokumentation) ist gemäß des 2. Kapitels Abschnitt 2 § 7 Abs. 1b der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses eine sektorspezifische Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Methode der EMDR im ambulanten Versorgungskontext durchzuführen.¶

¶

• 2.3 → Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit im Versorgungskontext¶

• 2.3.1 → Schwere der Erkrankung¶

Für EMDR als Behandlungsmethode bei einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, ICD: F43.1) hat der Gemeinsame Bundesausschuss bei der sektorenübergreifenden Bewertung einen deutlichen Hinweis auf einen Nutzen festgestellt. Die PTBS stellt eine psychische Erkrankung dar, die mit hoher Symptombelastung, hoher Chronifizierungsneigung und hoher Komorbidität zu anderen psychischen Erkrankungen einhergeht. Die Prävalenz der PTBS kann in Abhängigkeit von der Art des Traumas bis zu 50% erreichen.¶

Die PTBS ist eine spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen. In der amtlichen Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland, der „Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM)“ ist sie im Kapitel V unter F43.1 gelistet. Sie wird dort als „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß“ beschrieben. Es kann sich dabei um ein einmaliges oder auch um mehrere traumatische Ereignisse handeln (wie z.B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, Vergewaltigung, gewalttätigen Angriffen auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlägen, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politischer Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfällen oder dem Erhalten der Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit), welche die eigene Person oder auch beobachtete Personen erleben. Als typische Merkmale der PTBS werden im ICD-10-GM „das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls des Betäubtseins und emotionaler Stumpfheit auftreten“ beschrieben. Weiterhin werden „Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten“ sowie „ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen“ als Charakteristika der PTBS genannt. Mit den v.g. Symptomen treten auch häufig Angst und Depression sowie Suizidgedanken auf. Die vorbeschriebene Symptomatik beginnt verzögert nach dem traumatisch Erlebten (wenige Wochen bis Monate, manchmal auch deutlich länger). (vgl.: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlqm2014/block-f40-f48.htm>)¶

Epidemiologische Untersuchungen berichten über eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen (am häufigsten Angststörungen, Depressionen, Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder –sucht, Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) zwischen 50 bis 100%.¶

Gemäß der „Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1“ der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF-Register-Nr.051/010; <http://www.awmf.org>) ist die Häufigkeit von PTBS abhängig von der Art des Traumas: „ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung, ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen, ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern, ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern, ca. 10% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome). Als Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung mit länderspezifischen Besonderheiten werden zwischen 1% und 7% (Deutschland 1,5% – 2%) angegeben. Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder wird als wesentlich höher eingeschätzt und eine hohe Chronifizierungsneigung konstatiert.“

¶

• 2.3.2 → Aktuelle-Versorgungssituation¶

Die Methode der EMDR gehört derzeit im Bereich der ambulanten Versorgung nicht zu den gemäß Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Behandlungsmethoden, während sie in der stationären Akut- und Rehabilitationsbehandlung bei gegebener Indikation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes zur Anwendung kommen kann.¶

Schon jetzt stellt die PTBS (gemäß Abschnitt D: „Anwendungsbereiche“, § 22 Abs. 1 Nr. 4 der Psychotherapie-Richtlinie) eine Indikation zur Anwendung auch von ambulanter Psychotherapie zu Lasten der GKV dar. Bei gegebenem Behandlungsbedarf können gesetzlich Krankenversicherte, die an einer PTBS leiden, ambulant mit traumaspezifischen Methoden im Rahmen der in der Psychotherapie-Richtlinie anerkannten Behandlungsverfahren behandelt werden.¶

¶

• 2.3.3 → Einschätzung der medizinischen Notwendigkeit im ambulanten Versorgungskontext¶

Unter Berücksichtigung des Ergebnisses der sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der Schwere der zu behandelnden Erkrankung der PTBS sowie der aktuellen Versorgungssituation wird neben den bereits bestehenden Behandlungsalternativen im ambulanten Bereich eine medizinische Notwendigkeit der EMDR gesehen.¶

Die Aufnahme dieser weiteren traumaspezifischen Behandlungsmethode in die Psychotherapie-Richtlinie stellt eine Verbesserung der ambulanten Versorgung dar. Erkrankten Versicherten, die bisher nicht oder nicht ausreichend auf die bereits vorhandenen störungsspezifischen Methoden ansprachen, steht damit eine weitere wirksame psychotherapeutische Methode zur Behandlung der PTBS zur Verfügung.¶

¶

• 2.4 → Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit¶

Gemäß 2. Kapitel § 10 Abs. 2 Nr. 3 VerFO erfolgt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit einer Methode insbesondere auf der Basis von Unterlagen zur Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten, zur Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten, zur Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekosten-Abwägung, und zur Kosten-Nutzenabwägung im Vergleich zu anderen Methoden.¶

Keine der identifizierten Studien enthielt explizite Untersuchungen zu den ö.k. ökonomischen Aspekten. Aus einigen Studien ließen sich Hinweise entnehmen, dass es sich bei EMDR im Vergleich zu anderen Behandlungen um eine kostengünstigere Methode handelt. So fanden bspw. Marcus, Marquis und Sakai (1997), dass Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung, die mit EMDR behandelt wurden, weniger Therapiestunden und weniger Psychopharmaka benötigten, als die jeweils mit Einzelpsychotherapie, Medikation und/oder Gruppentherapie behandelten Kontrollgruppen.¶

4¶

Anzumerken ist, dass die bestehenden Stundenkontingente durch die Anwendung der EMDR im Rahmen einer Richtlinien-Therapie nicht erweitert werden. Es entstehen also keine zusätzlichen Kosten. Plausibel erscheint hingegen, dass es durch die Wirksamkeit dieser Methode eher zur Verkürzung der Behandlung kommen könnte.¶

Zusammengefasst stehen dem G-BA derzeit keine belastbaren Daten zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit zur Verfügung. Auf eine sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit muss daher verzichtet werden.¶

¶

• 2.5 → Einbindung der EMDR in die Psychotherapie-Richtlinie¶

EMDR ist eine störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungsmethode zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Gemäß dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 Psychotherapeutengesetz kann EMDR bei Erwachsenen als Methode zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung als wissenschaftlich anerkannt gelten. Eine wissenschaftliche Anerkennung der EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen für den Bereich der posttraumatischen Belastungsstörungen war wegen nicht ausreichender Studienlage nicht erfolgt. Entsprechend den Ergebnissen des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie war vom GKV-Spitzenverband gemeinsam mit der Patientenvertretung ein Antrag gemäß § 135 SGB^V zur Prüfung der Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode der Einzeltherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen gestellt worden.¶

Nach sektorübergreifender Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit sowie nach sektorspezifischer Bewertung der Wirtschaftlichkeit und der Notwendigkeit im ambulanten Versorgungskontext kann festgestellt werden, dass die neue Methode der EMDR die Bedingungen des § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Richtlinie erfüllt.¶

Auf der Basis der Ergebnisse der Nutzenbewertung und unter Einbeziehung der Stellungnahmen sowie der Empfehlungen der S3 Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ der AWMF und insbesondere wegen der hohen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen erscheint eine Einbindung der Methode EMDR in die Richtlinienverfahren im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes geboten. So können komorbid bestehende psychische Erkrankungen ebenfalls ausreichend diagnostiziert und mitbehandelt werden, ohne dass ein Therapeutenwechsel und/ oder ein neues Antragsverfahren notwendig werden. Eine solche Einbindung erscheint auch vor dem Hintergrund der bisherigen Studienergebnisse, die eine Wirksamkeit der EMDR nach Behandlungsende belegen, jedoch kaum Erkenntnisse hinsichtlich der Haltbarkeit dieser Behandlungsergebnisse über einen längeren Zeitraum liefern, sinnvoll. Besteht doch im Rahmen der Einbindung der neuen Methode in eines der Psychotherapie-Richtlinienverfahren die Möglichkeit, die Behandlungsergebnisse der EMDR zu stabilisieren und weiter auszubauen sowie vorhandene komorbide psychische Erkrankungen mitzubehandeln.¶

Aufgrund der Herkunft der EMDR aus der Verhaltenstherapie, Shapiro selbst bezeichnet EMDR als „...kognitive, verhaltenspsychologische... Therapie“ (Shapiro 1998, S. 87) erscheint die neue Methode gut in ein umfassendes verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept integrierbar. Einer Anwendung der EMDR im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, welche auf die Bearbeitung von aktualisierten Konflikten ausgerichtet und das therapeutische Vorgehen regressionsbegrenzend und zielorientiert ist, steht gemäß den Stellungnahmen und nach fachlicher Abwägung in der AG ebenfalls nichts entgegen. Aufgrund des unterschiedlichen Störungs- und Therapieverständnisses von EMDR und analytischer Psychotherapie stellte sich die Frage der Kompatibilität der neuen Methode mit dem Richtlinien-Verfahren der analytischen Psychotherapie. Diesbezüglich bestanden sowohl in den Stellungnahmen als auch in der AG unterschiedliche Auffassungen. Zur Klärung derselben wurde in der AG am

11.06.2014 eine Expertenanhörung durchgeführt. Diese führte zu dem Ergebnis, dass die EMDR bei der Indikation posttraumatische Belastungsstörung auch im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes in der analytischen Psychotherapie Anwendung finden kann. Dies soll jedoch nur im Rahmen eines modifizierten, regressionsbegrenzenden Vorgehens im Sitzen mit niedriger Frequenz erfolgen und nicht im Setting der klassischen analytischen Psychotherapie im Liegen.[¶]

Gemäß den Ergebnissen des Bewertungsverfahrens nach § 135 SGB V und der v.g. Ausführungen ist die neue Methode der EMDR in Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie verortet. Der besseren Übersicht halber wurde in der Anlage 1 noch eine redaktionelle Umstrukturierung vorgenommen und zwar unter einer neuen Nummer I. wird aufgeführt, welche weiteren Verfahren, Methoden und Techniken unter welchen Bedingungen Anwendung finden können. Unter der neuen Nummer II. sind diejenigen Verfahren, Methoden und Techniken gelistet, die die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinie nicht erfüllen.[¶]

Die Erbringung von EMDR im Rahmen eines der Psychotherapie-Richtlinienverfahren setzt zum einen eine fachliche Befähigung zur Ausübung des jeweiligen Richtlinienverfahrens sowie eine Befähigung zur Anwendung der neuen Methode EMDR voraus. Das Nähere zur Qualifikation der Leistungserbringer wird entsprechend § 27 der Psychotherapie-Richtlinie in den Psychotherapie-Vereinbarungen geregelt.[¶]

¶

• 3 → Bürokratiekostenermittlung[¶]

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.[¶]

¶

• 4 → Verfahrensablauf[¶]

• 4.1 → Beratungsablauf in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses[¶]

Datum ^α	Gremium ^α	Verfahrensschritte ^α
27.01.2011 ^α	^α	Antrag des GKV-Spitzenverbands gemeinsam mit der Patientenvertretung ^α
17.02.2011 ^α	Plenum ^α	Antragsannahme und Beauftragung des UA-MB mit sektorenübergreifender Bewertung ^α
09.06.2011 ^α	UA-MB ^α	Beschluss zur Veröffentlichung der Ankündigung der Bewertung u. Beschluss des Fragenkataloges ^α
06.07.2011 ^α	^α	Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger ^α
31.05.2011- [¶] 14.01.2014 ^α	AG EMDR- (UA-MB) ^α	Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit ^α
27.02.2014 ^α	UA-MB ^α	Kenntnisnahme der sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit ^α
25.02.2014 [¶] 23.04.2014 ^α	AG EMDR- (UA-PT) ^α	Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bürokratiekostenermittlung ^α
11.06.2014 ^α	AG EMDR [¶] (UA-PT) ^α	Expertenanhörung zum Thema „Kompatibilität EMDR mit analytischer Psychotherapie“ [¶] Erarbeitung des Beschlussentwurfes und der Tragenden ^α

6[¶]

		Gründe ^α	
22.07.2014 ^α	UA-PT ^α	Einleitung der <u>Stellungnahmeverfahren</u> nach §§ 91 Abs. 5 ^α	^α
22.07.2014 ^α	UA-PT ^α	Einleitung des <u>Stellungnahmeverfahrens</u> nach § 92 Abs. 7 d. Satz 1 Halbsatz 1 SGB-V (einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften) ^α	^α
^α	AG-EMDR (UA-PT) ^α	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen ^α	^α
^α	UA-PT ^α	Mündliche Stellungnahmen (Anhörung) u. Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen, abschließende Beratung der Beschlussentwürfe u. der Tragenden Gründe ^α	^α
^α	Plenum ^α	Beschlussfassung ^α	^α
^α	BMG ^α	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB-V ^α	^α
^α	BÄnz ^α	Veröffentlichung des Beschlusses ^α	^α
^α	^α	Inkrafttreten des Beschlusses und der Richtlinienänderung ^α	^α

¶

4.2 → Stellungnahmeverfahren nach §§ 91 Abs. 5 und 92 Abs. 7 d. SGB-V sowie nach § 91 Abs. 9 SGB-V

Die gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 5 und § 92 Abs. 7 d. SGB-V sowie nach § 91 Abs. 9 SGB-V wurden in Verbindung mit dem 3. Abschnitt 1. Kapitel der VerfO durchgeführt. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die eingeleiteten Stellungnahmeverfahren und die eingegangenen Stellungnahmen. ¶

¶

Gesetzliche Grundlagen ^α	<u>Stellungnahmeberechtigte</u> ^α	Einleitung des SN-Verfahrens ^α	Fristende ^α	Eingang der SN ^α
§ 91 Abs. 5 ^α	Bundesärztekammer ^α	^α	^α	^α
§ 91 Abs. 5 ^α	Bundespsychotherapeutenkammer ^α	^α	^α	^α
§ 92 Abs. 7 d. Satz 1 1. Halbsatz ^α	einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften ^α	^α	^α	^α
^α	AWMF-Fachgesellschaften ^α	^α	^α	^α
^α	^α	^α	^α	^α
^α	^α	^α	^α	^α
^α	^α	^α	^α	^α
^α	^α	^α	^α	^α
^α	Non-AWMF-Fachgesellschaften ^α	^α	^α	^α
^α	^α	^α	^α	^α
^α	^α	^α	^α	^α
^α	^α	^α	^α	^α

¶

5 → Fazit

Bei der Methode der Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) handelt es sich um eine standardisierte psychotherapeutische Behandlungsmethode, die auf die Verarbeitung von als traumatisch erlebten Ereignissen und Erfahrungen zielt. Für EMDR als Behandlungsmethode im Rahmen einer Einzeltherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gemäß der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD; German Modification) in der aktuellen Fassung wurde ein deutlicher Hinweis auf Nutzen konstatiert.

Vor dem Hintergrund der Schwere, der Prävalenz sowie des Verlaufs der PTBS sieht der G-BA im ambulanten Bereich eine medizinische Notwendigkeit der EMDR als weiterer Methode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der bereits zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Psychotherapieverfahren.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

¶

Hecken

¶

D-5.4 Eingegangene schriftliche Stellungnahmen



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V über eine
Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
EMDR bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen
und Umstrukturierung der Anlage 1

Berlin, 15. August 2014

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 22.07.2014 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgefordert, eine Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V über eine Änderung der Psychotherapierichtlinie (PT-RL): EMDR bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen und Umstrukturierung der Anlage 1 abzugeben.

Ein Antrag gemäß § 135 SGB V zur Prüfung der EMDR in o.g. Form war vom GKV-Spitzenverband gemeinsam mit der Patientenvertretung am 27.01.2011 vorgelegt worden.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hatte zuvor die EMDR bei Erwachsenen als Methode zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wissenschaftlich anerkannt.

EMDR wird als eine standardisierte psychotherapeutische Behandlungsmethode definiert, die auf die Verarbeitung von als traumatisch erlebten Ereignissen und Erfahrungen zielt. In einem achtphasigen Therapiekonzept bildet die „Desensibilisierung“ das Kernstück der Behandlung. Dabei soll durch kurzzeitiges In-Kontakttreten mit der belastenden Erinnerung bei gleichzeitiger bilateraler Stimulation (i.d.R. rhythmische Augenbewegungen, aber auch Töne oder kurze Berührungen z. B. des Handrückens) die Blockierung der Verarbeitung der belastenden Erinnerung aufgehoben und eine affektive Entlastung ermöglicht werden.

Die PTBS ist eine spezifische Form einer Traumafolgeerkrankung. Sie entsteht als eine Reaktion auf ein belastendes Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Ein chronischer Verlauf ist möglich (vgl. internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, German Modifikation, ICD-10-GM-2014:F43.1). In Abhängigkeit von der Art des Traumas tritt die PTBS mit einer Prävalenz von bis zu 50 % zum Beispiel nach Vergewaltigung oder bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern auf. Es wird eine hohe Komorbidität mit somatischen und anderen psychischen Erkrankungen beschrieben. (vgl. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10:F43.1, 2011, AWMF-Register-Nr. 051/010).

Die Methode der EMDR kann aktuell in der stationären Akut- und Rehabilitationsbehandlung bei gegebener Indikation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes Anwendung finden. Gesetzlich krankenversicherte Patienten mit einer PTBS können ambulant mit traumaspezifi-

Stellungnahme der Bundesärztekammer
über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: EMDR und Umstrukturierung der Anlage 1
Seite 3 von 5

schen Methoden im Rahmen der in der PT-RL anerkannten Behandlungsverfahren behandelt werden.

Vor dem Hintergrund der Schwere, der Prävalenz sowie des Verlaufs der PTBS hält der Unterausschuss Psychotherapie (UA PT) des G-BA die Einbindung der Methode EMDR in die Richtlinien-Verfahren im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes für geboten. So können Behandlungsergebnisse der EMDR stabilisiert und weiter ausgebaut sowie komorbid bestehende psychische Erkrankungen ohne Therapeutenwechsel und/oder neues Antragsverfahren ebenfalls ausreichend diagnostiziert und mitbehandelt werden.

Dabei ist laut tragenden Gründen die neue Methode EMDR sowohl in ein umfassendes verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept als auch im Rahmen eines umfassenden Gesamtbehandlungskonzeptes in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie integrierbar.

Laut tragenden Gründen setzt die Erbringung von EMDR im Rahmen eines der Psychotherapie-Richtlinienverfahren sowohl eine fachliche Befähigung zur Ausübung des jeweiligen Richtlinienverfahrens als auch zur Anwendung der Methode EMDR voraus. Das Nähere zur Qualifikation der Leistungserbringer wird entsprechend § 27 der PT-RL in den Psychotherapie-Vereinbarungen geregelt.

Aus den Beschlussskizzen geht hervor, dass die neue Methode EMDR in der Anlage 1 der PT-RL verortet werden soll. Gleichzeitig ist eine redaktionelle Umstrukturierung der Anlage 1 mit neuer Nummer I. („Die nachstehenden Verfahren, Methoden und Techniken können wie folgt Anwendung finden“) und Nummer II. („Die folgenden Psychotherapieverfahren, Psychotherapiemethoden und psychotherapeutischen Techniken können keine Anwendung finden, da die Erfordernisse der PT-RL nicht erfüllt werden“) geplant.

Nach der Nummer I.2 wird die Nummer I.3 eingefügt (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) kann bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie Anwendung finden“).

Der Vorschlag der GKV-SV umfasst anders als der der KBV unter I.3 zusätzlich „Die Anwendung setzt eine hinreichende fachliche Befähigung voraus“.

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung

Schon im Juli 2006 hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 Psychotherapeutengesetz festgestellt, dass die EMDR-Methode zur Behandlung der PTBS bei Erwachsenen als wissenschaftlich anerkannt gelten kann.

Die Bundesärztekammer als eine der beiden tragenden Kammern des WBP (neben der Bundespsychotherapeutenkammer) begrüßt ausdrücklich, dass der G-BA nun die sozialrechtliche Anerkennung mit der Möglichkeit plant, die EMDR-Methode zur Behandlung der PTBS bei Erwachsenen ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkasse zu verordnen.

Sowohl in den Nice-Guidelines (National Institute of Clinical Excellence 2005) als auch in der S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (2011, AWMF-Register-Nr. 051/010) wird die EMDR-Methode als ein traumafokussiertes Therapieverfahren (neben der kognitiv-behavioralen Therapie) zur Behandlung der PTBS empfohlen. In der stationären Akut- und Rehabilitationsbehandlung wird sie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans erfolgreich angewendet. Die Bundesärztekammer begrüßt die Möglichkeit, EMDR künftig als ein traumaspezifisches Therapieverfahren auch in der ambulanten Behandlung gesetzlich versicherter Erwachsener mit PTBS einzusetzen.

Die PTBS ist eine schwerwiegende psychische Erkrankung mit Neigung zur Chronifizierung und hoher Komorbidität mit anderen psychischen Störungsbildern. Die vom G-BA u.a. deshalb vorgesehene Einbindung der störungsspezifischen psychotherapeutischen Methode EMDR in ein Richtlinien-Verfahren im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes wird von Bundesärztekammer unterstützt. Neben den komorbiden psychischen Störungen sollten auch mögliche somatische Begleiterkrankungen wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der umfassenden Therapieplanung Berücksichtigung finden.

Aus den Tragenden Gründen geht hervor, dass vom G-BA für die Erbringung von EMDR im Rahmen eines der Psychotherapie-Richtlinienverfahren sowohl eine fachliche Befähigung zur Ausübung des jeweiligen Richtlinienverfahren als auch zur Anwendung der Methode EMDR vorausgesetzt wird. Das Nähere zur Qualifikation der Leistungserbringer soll entsprechend § 27 der PT-RL in den Psychotherapie-Vereinbarungen geregelt werden.

Zum Erlernen und zur eigenverantwortlichen Anwendung der EMDR-Methode ist aus Sicht der Bundesärztekammer eine abgeschlossene ärztliche psychotherapeutische Weiterbildung (FA Psychiatrie und Psychotherapie, FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie -fachgebunden- oder Zusatz-Weiterbildung Psychoanalyse) unbedingte Voraussetzung. Die Qualifikationsvoraussetzungen von Psychologischen Psychotherapeuten sollten daneben gesondert ausgewiesen werden.

Stellungnahme der Bundesärztekammer
über einer Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: EMDR und Umstrukturierung der Anlage 1
Seite 5 von 5

Die Notwendigkeit, die Voraussetzung zur fachlichen Befähigung zusätzlich in der PT-RL zu verankern, wird von der Bundesärztekammer nicht gesehen. Wie in den tragenden Gründen beschrieben, wird das Nähere zur Qualifikation der Leistungserbringer entsprechend § 27 PT-RL, auch im Sinne einer Einheitlichkeit, in den Psychotherapievereinbarungen geregelt.

Die vom G-BA vorgesehene redaktionelle Umstrukturierung der Anlage 1 in der beschriebenen Form zur besseren Übersichtlichkeit ist zu unterstützen.

Fazit

Die Bundesärztekammer begrüßt die geplante Änderung der Psychotherapierichtlinie mit der Aufnahme der EMDR bei Erwachsenen mit PTBS als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie. Die geplante redaktionelle Umstrukturierung der Anlage 1 wird als sachgerecht angesehen. Für einen, mit Blick auf die Psychotherapievereinbarungen, redundanten Hinweis auf eine ausreichende fachliche Befähigung zur EMDR-Methode in der PT-RL sieht die Bundesärztekammer keine Notwendigkeit.



Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: EMDR bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen und Umstrukturierung der Anlage 1

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V vom 19. August 2014

BPTK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 278785-0
Fax: 030 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeine Bewertung	3
II. Aufnahme der EMDR als Behandlungsmethode in Anlage 1 Nummer I	4
III. Fachliche Befähigung für die Anwendung der EMDR	7
IV. Literatur	9

I. Allgemeine Bewertung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt die Aufnahme von EMDR als Methode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie bei erwachsenen Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung anwendbaren Behandlungsmethode unter Anlage 1 Nummer I.3 der Psychotherapie-Richtlinie.

Die BPTK teilt die Einschätzung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dass die dem Beschlussentwurf zugrundeliegenden Ergebnisse der Nutzenbewertung der EMDR-Methode bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen trotz einiger methodischer Limitationen der in der Metaanalyse des G-BA eingeschlossenen Primärstudien einen deutlichen Hinweis auf den Nutzen der EMDR-Methode bei dieser Patientengruppe liefern. Dieses Ergebnis stimmt auch überein mit den Befunden anderer Metaanalysen und Systematischen Reviews (insbesondere Bisson & Andrew, 2007 und Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, 2008), den Ergebnissen der Evidenzbewertungen im Rahmen von methodisch hochwertigen Leitlinien zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (u. a. Flatten et al., 2011 und NICE, 2005) und dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur EMDR-Methode (WBP, 2006).

Aus Sicht der BPTK ist es daher sachgerecht, dass EMDR künftig im Anhang 1 der Psychotherapie-Richtlinie als Behandlungsmethode aufgenommen wird, die bei Erwachsenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung ambulant zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen aller Richtlinienpsychotherapieverfahren erbracht werden kann. Wie bereits in der Stellungnahme vom 4. August 2011 dargelegt, hält die BPTK in diesem Zusammenhang die in dem Beschlussentwurf des G-BA vorgeschlagene Regelung, dass EMDR ausschließlich im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans eines der Richtlinienverfahren erbracht werden kann, für fachlich geboten und angemessen. Diese Einbettung der EMDR-Methode in den Gesamtbehandlungsplan eines Richtlinienverfahrens ist zum einen mit Blick auf die hohe Komorbiditätsrate psychischer Störungen bei der Posttraumatischen Belastungsstörung, zum

anderen auch deswegen geboten, weil traumatische Erlebnisse nicht nur Posttraumatische Belastungsstörungen zur Folge haben, sondern auch andere psychische Erkrankungen, wie z. B. depressive Störungen, Angststörungen etc. (Seidler et al., 2011). Generell ist die Sicherung einer umfassenden psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplanung einschließlich der lege artis durchzuführenden Differenzialdiagnostik und Indikationsstellung für die Patientinnen und Patienten erforderlich.

Insgesamt ermöglicht der vorgelegte Beschlussentwurf eine Klarstellung der bereits gelebten Praxis durch eine explizite Integration der EMDR-Methode in die bestehenden Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie.

II. Aufnahme der EMDR als Behandlungsmethode in Anlage 1 Nummer I

Die BPTK hat bereits in ihrer Stellungnahme vom 4. August 2011 auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass EMDR in den Gesamtbehandlungsplan eines Richtlinienverfahrens integriert wird. Ein wichtiges Argument hierfür ist die hohe Komorbiditätsrate bei Patienten mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Durch eine Einbettung der EMDR-Behandlung in den Gesamtbehandlungsplan eines Richtlinienverfahrens kann grundsätzlich sichergestellt werden, dass eine vorherige, parallele oder anschließende Behandlung der komorbiden psychischen Erkrankungen sinnvoll geplant wird und aufeinander abgestimmt erfolgen kann und somit eine isolierte Fokussierung auf die Posttraumatische Belastungsstörung vermieden wird.

In der Stellungnahme vom 4. August 2011 hat die BPTK hierzu insbesondere auf die epidemiologischen Forschungsbefunde aus dem National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R) angeführt, wonach bei 75 Prozent der Patienten mit der 12-Monats-Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung in diesem Zeitraum mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert werden konnte (Kessler et al., 2005). Inzwischen liegen mit den ersten Publikationen zum DEGS auch für Deutschland aktuelle Ergebnisse aus einer bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Studie vor (Jacobi et al., 2014; Mack et al., 2014). Danach weisen circa 80 Prozent der Patienten mit der 12-Monats-Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung min-

destens eine weitere psychische Störung auf, 37,5 Prozent sogar drei oder mehr weitere psychische Störungen. Im Vergleich zu den Gruppen der substanzbezogenen Störungen, Angststörungen und affektiven Störungen fällt damit die psychische Komorbiditätsrate bei Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung überproportional hoch aus.

Aber auch hinsichtlich der Vorbedingungen für eine EMDR-Behandlung wie dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung, der Entwicklung eines umfassenden Störungsmodells der psychischen Erkrankungen vor dem Hintergrund der Biographie des Patienten und der erforderlichen Stabilisierung des Patienten sowie der Sicherung des langfristigen Behandlungserfolgs ist der Einsatz von diagnostischen Methoden und therapeutischen Interventionen des jeweiligen Richtlinienverfahrens erforderlich. Viele der in den EMDR-Protokollen dargestellten Vorgehensweisen kommen im Rahmen einer traumaadaptierten Psychotherapie in allen Psychotherapieverfahren zur Anwendung und sind nicht EMDR-spezifisch. Insofern bedarf die Anwendung von EMDR der Integration in eine traumaadaptierte Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie. In diesem Zusammenhang folgt die BPTK hinsichtlich der Einbettung von EMDR in eine analytische Psychotherapie dem im Abschnitt 2.5 beschriebenen Resümee der Expertenanhörung vom 11. Juni 2014, dass die Anwendung der EMDR-Behandlung nur im Rahmen eines modifizierten, regressionsbegrenzenden Vorgehens der analytischen Psychotherapie im Sitzen erfolgen sollte.

Für eine regelhafte Einbettung von EMDR in den Gesamtbehandlungsplan der traumaadaptierten Anwendung eines Richtlinienverfahrens sprechen schließlich auch die Designs der Studien zur Wirksamkeit der EMDR-Behandlung. So beschränkt sich in vielen klinischen Studien der EMDR-spezifische Anteil der Intervention auf wenige Therapiesitzungen (z. B. Ironson et al., 2002; Vaughan et al., 1994) und EMDR kommt als eine therapeutische Methode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans zur Anwendung (Frommberger & Sack, 2008, S. 360). Dies spiegelt sich auch in den Vorgaben der Fachgesellschaft EMDRIA e.V. zur Erlangung des Zertifikats der Fachgesellschaft wider, wonach „mindestens 50 Zeitstunden Therapieerfahrung mit EMDR (Stimulationsstunden, davon mindestens 80 % Traumabearbeitung) mit mindestens 25

Stellungnahme



Klienten“ nachzuweisen sind (EMDRIA, 2014). Bei einer resultierenden durchschnittlichen Relation von zwei Zeitstunden Stimulation mittels der EMDR-Methode pro Klient fokussiert die nachzuweisende Qualifikation in der praktischen Anwendung der EMDR-Methode demnach nahezu ausschließlich auf diesen EMDR-spezifischen Behandlungsteil.

III. Fachliche Befähigung für die Anwendung der EMDR

In dem Beschlussentwurf des GKV-Spitzenverbandes und der Patientenvertretung ist im Unterschied zum Vorschlag der KBV für die Nummer I.3 der Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie der ergänzende Satz „Die Anwendung setzt eine hinreichende fachliche Befähigung voraus.“ eingefügt. Grundsätzlich gilt für die Anwendung aller psychotherapeutischer Verfahren, Methoden und Techniken bereits aus berufsrechtlichen Gründen, dass diese stets eine hinreichende fachliche Befähigung voraussetzt. Daher stellte die exklusive Betonung der Voraussetzungen einer hinreichenden fachlichen Befähigung nur für die Anwendungen der EMDR-Methode einen systematischen Bruch in der Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie dar und könnte fälschlicherweise im Umkehrschluss signalisieren, dass für die Anwendung anderer Verfahren, Methoden oder Techniken geringere Anforderungen gelten. Sofern über die Einfügung dieses Satzes in Nummer I.3 der Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie auf eine gewünschte Definition von Qualifikationsanforderungen für die Erbringung der EMDR-Methode im Rahmen eines umfassenden Gesamtbehandlungskonzepts eines Richtlinienverfahrens verwiesen werden soll, sind hierzu die bestehenden Regelungen des § 27 Psychotherapie-Richtlinie bereits ausreichend und angemessen. Die BPTK spricht sich daher dafür aus, den Satz 2 in Nummer I.3 der Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie in dem Beschlussentwurf des GKV-Spitzenverbandes und der Patientenvertretung zu streichen und dem Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu folgen.

Darüber hinaus möchten wir an dieser Stelle darauf hinweisen, dass für die zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Psychotherapeuten gilt, dass sie bereits über eine im Rahmen ihrer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. ihrer ärztlichen Weiterbildung erworbene Fachkunde in Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie verfügen. Dabei ist eine Qualifikation in EMDR vielfach bereits in die Aus- und Weiterbildungscurricula der genannten Berufsgruppen integriert. Eine berufsrechtlich geregelte spezifische Aus- oder Weiterbildung in EMDR existiert in Deutschland dagegen nicht. Zu berücksichtigen ist hierbei auch, dass die EMDR-Behandlung im

Stellungnahme



Verlauf ihrer Weiterentwicklung um traumaspezifische psychotherapeutische Techniken und Behandlungsstrategien ergänzt wurde, die wesentlich den bestehenden Richtlinienverfahren entlehnt bzw. im Kontext der allgemeinen störungsspezifischen Psychotherapieforschung entwickelt wurden. Eine berufsrechtlich geregelte spezifische Weiterbildung oder curriculare Fortbildung in der EMDR-Methode wäre daher nicht zu rechtfertigen.

Für die Anwendung von EMDR als Methode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes eines Richtlinienverfahrens ist vielmehr eine breitere psychotraumatologische Kompetenz erforderlich, die neben psychotherapeutischen Kompetenzen wie z. B. der Stellung der Differenzialindikation für die verschiedenen traumaadaptierten Behandlungsmethoden, Kompetenzen in den Methoden der traumaspezifischen Stabilisierung, der Affektregulation und Ressourcenaktivierung oder der Krisenintervention auch EMDR einschließt. Vor diesem Hintergrund hat die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer eine curriculare Fortbildung entwickelt (OPK, 2012), die eine breite Qualifikation in Psychotraumatologie unter Einbezug von EMDR zum Gegenstand hat. Darüber hinaus wird von Seiten der BPTK zurzeit die Entwicklung einer strukturierten curricularen Fortbildung in Psychotraumatologie/psychotraumatologie gemeinsam mit der Bundesärztekammer angestrebt.

In diesem Zusammenhang möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass bei der Anwendung von psychotherapeutischen Verfahren, Methoden und Techniken bereits berufsrechtlich der Grundsatz zum Tragen kommt, dass es den Psychotherapeuten nur gestattet ist, diejenigen Behandlungsmethoden anzuwenden, für die sie auch hinreichend qualifiziert sind. Somit gehört es losgelöst von möglichen Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie oder der Psychotherapie-Vereinbarungen zur den Berufspflichten der Psychotherapeuten und Ärzte, sich insbesondere über Fortbildungen auf dem aktuellen Stand des medizinischen/psychotherapeutischen Wissens zu halten, insbesondere hinsichtlich der von ihnen angewandten Behandlungsmethoden und der behandelten Erkrankungen. Von Seiten der Psychotherapeuten werden dabei insbesondere Fortbildungen zur Behandlung von Traumafolgestörungen stark nachgefragt. Eine dezidierte Vorgabe von Qualifikationsanforderungen für die Anwendung der EMDR-Methode erscheint daher aus Sicht der BPTK nicht erforderlich und sollte hinsichtlich möglicher Fehlanreize und unerwünschten Folgen genauer geprüft werden.

IV. Literatur

- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.
- Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (2008). *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. Washington, DC: The National Academies Press.
- EMDRIA (2014). Voraussetzungen für das Zertifikat "EMDR-Therapeut/in (EMDRIA Deutschland)". Stand: 07.04.2014. Online: http://www.emdria.de/fileadmin/user_upload/emdria/PDF/EMDR-Zert_Therap_Europa.pdf.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P. et al. (2011). S-3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F43.1. Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010I_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung.pdf.
- Frommberger, U. & Sack, M. (2008). Psychotherapie bei PTSD oder dissoziativer Störung. In S. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.). *Störungsorientierte Psychotherapie* (1. ed.). München: Elsevier.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L. & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. *J Clin Psychol*, 58(1), 113-128.
- Jacobi, F., Höfler, M., Siebert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M., Hapke, U., Maske, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., Wittchen, H. U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). In: *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/mpr.1439.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Months DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 617-627.
- Mack, S., Jacobi, F. et al. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-MentalHealthModule (DEGS1-MH). *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2014. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/mpr.1438.
- National Institute for Clinical Excellence (2005). Posttraumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 26. Online: www.NICE.org.uk/NICEmedia/pdf/CG026fullguideline.pdf.
- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (2012). Psychotraumatheorie OPK – Richtlinie. Online: http://www.opk-info.de/opk.site_postext_curriculare_fortbildung_artikel_id,1710,PHPSESSID,5aedf42e337d42439daa92a698200754.html.
- Power, K., McGoldrick, Th., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V. & Karatzias A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and

Stellungnahme



reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299-318.

Seidler, G. H., Freyberger, H. J., Maercker, A. (Hrsg.). *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag; 2011.

Vaughan, K., Armstrong, M. S., Gold, R. et al. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 283-291.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2006). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(37), A 2417-2419.



Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 120606
D-10596 Berlin

Bundesvorstand

Vorsitzender

Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapie des Universitätsklinikums
Gießen und Marburg
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
Tel.: 0641 985-45600, Sekretariat: -45601
Fax: 0641 985-45609
Johannes.Kruse@psycho.med.uni-giessen.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. med. Beate Gruner
Scherfegasse 1, 99423 Weimar
Tel.: 03643 908672, Fax: 03643 908673
E-Mail: beate.gruner@dgpm.de

Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie Klinikum Luedenscheid
Paukmannshöher Str. 14, 58515 Luedenscheid
Tel.: 02351 462730, Fax: 02351 462735
gerhard.hildenbrand@klinikum-luedenscheid.de

Beisitzer

PD Dr. med. habil. Dipl. Psych. Ulrich Cuntz
Chefarzt der Schön Klinik Rosaneck
Psychosomatik
Am Rosaneck 6, 83209 Prien am Chiemsee
Tel.: 08051 663524, Fax: 08051 693583
E-Mail: ulrich.cuntz@dgpm.de

Prof. Dr. med. Harald Gündel
Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel.: 0731 50061800, Fax: 0731 50061802
E-Mail: harald.guendel@dgpm.de

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Fachklinik für Psychosomatische Medizin -
MediClin Bliestal Kliniken
Am Spitzenberg, 69440 Bliestal
Tel.: 06842 542259
volker.koellner@medicin.de

PD Dr. med. Martina Rauchfuß
Oberärztin der Medizinischen Klinik mit Schwer-
punkt Psychosomatik der Charité
Luisenstr. 13a, 10117 Berlin
Tel.: 030 45053539, Fax: 030 45053900
E-Mail: martina.rauchfuss@dgpm.de

Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik
und Allgemeine Innere Medizin der Universität
Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
Tel.: 06221 568649, Fax: 06221 565749
wolfgang.herzog@med.uni-heidelberg.de

Geschäftsführerin

Simone Kneer-Weidenhammer
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht,
Justiziarin
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
s.kneer-weidenhammer@dgpm.de

Geschäftsstelle

Helke Bletzmann
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
info@dgpm.de

www.dgpm.de

Bankverbindung

Bank für Sozialwirtschaft
Konto-Nr. 0001278900, BLZ 100 205 00

Berlin, 18. August 2014

Stellungnahme gemäß § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL): EMDR und Umstrukturierung der Anlage 1

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die von Ihnen anberaumte Möglichkeit, Stellung zu nehmen zu der geplanten Änderung der Psychotherapierichtlinie.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) begrüßt die Zulassung von EMDR als weitere psychotherapeutische Methode, die auf der Grundlage eines umfassenden Behandlungskonzepts im Rahmen der drei Richtlinienverfahren in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensicherter anzuwenden ist.

Wir möchten darauf hinweisen, dass die EMDR-Methode sich nicht nur - wie bei den tragenden Gründen erwähnt - aus der Tradition der Verhaltenstherapie entwickelt hat, sondern auch wesentliche therapeutische Techniken der psychodynamischen Psychotherapie wie z.B. die freie Assoziation nutzt.

Diese Zulassung erweitert das Spektrum der evidenzbasierten psychotherapeutischen Methoden, insbesondere bei der Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen. Die Anwendung dieser Methode setzt eine hinreichende spezifische Qualifikation und fachliche Befähigung voraus. Diese Qualifikation sollte im Rahmen der Novelisierung der ärztlichen Weiterbildungsordnung geregelt werden und sich dabei an internationalen Standards orientieren Sie sollte durch die zuständigen Ärztekammern formal und inhaltlich geregelt werden. Dabei

sollte die Methode nur zur Anwendung kommen durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, die in einem Richtlinienverfahren aus- bzw. weitergebildet sind.

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Vorsitzender der DGPM



PD Dr. med. Ingo Schäfer, MPH
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Vorab per email:
st-gba@awmf.org, imke.spengler@g-ba.de

PD Dr. med. Ingo Schäfer, MPH
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Tel. +49-40-741059290
E-Mail: i.schaefer@uke.de

Hamburg, 15. August 2014

**Stellungnahme der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT e.V.) zur
Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL): EMDR und Umstrukturierung der Anlage 1**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die DeGPT e.V. teilt die Nutzenbewertung des GBA und hält die Formulierung in Anlage 1 für sinnvoll. Weiter ist aus unserer Sicht eine Einbettung der EMDR-Methode in ein Richtlinienverfahren geboten. Eine hinreichende fachliche Voraussetzung zur Anwendung der EMDR-Methode sollte in der Psychotherapievereinbarung geregelt werden. Diese sollte sich so ausgestalten, dass EMDR-spezifische Inhalte in ein breiteres Curriculum eingebettet sind. Aufgrund der Notwendigkeit eines häufig komplexen Behandlungsplans, in den die EMDR-Interventionen eingebettet sind, müssen dabei Inhalte berücksichtigt werden, die aktuell nicht hinreichend durch das EMDR-Curriculum abgedeckt sind (z.B. Fragen der traumaspezifischen Stabilisierung, Differential-Indikation, Krisenintervention, etc.). Ein entsprechendes Curriculum, für das ggf. weitere EMDR-spezifische Inhalte als obligatorisch vorgeschrieben werden könnten, wird aktuell bereits von der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) angeboten. Schließlich sollte auch definiert werden, welche hinreichende fachliche Voraussetzung dafür bestehen muss, um in der EMDR-Methode auszubilden.

Mit freundlichen Grüßen,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'I. Schäfer', is placed above the printed name.

PD Dr. med. Ingo Schäfer
(Vorsitzender)



Stellungnahme der Fachgesellschaft EMDRIA Deutschland hier: Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL): EMDR und Umstrukturierung der Anlage 1

Hiermit nehmen wir als Fachgesellschaft EMDRIA Deutschland e.V. zu den vorliegenden Entwürfen Stellung.

Grundsätzlich begrüßen wir die anstehende Beschlussfassung des GBA und möchten die dahinterstehende intensive, hervorragende wissenschaftliche Arbeit und die anstehende Veröffentlichung auch der Metaanalyse würdigen.

Aus unserer Sicht scheint es geboten, auf einige wesentliche Punkte hinzuweisen, die der Veränderung bedürfen, bzw. anzumerken sind (Punkt 5).

1. Nur Befähigung zur Durchführung der EMDR-Methode sichert das Behandlungsergebnis

Die Patientensicherheit und das Recht auf ein angemessen erwartbares Ergebnis der EMDR Behandlung müssen im Mittelpunkt der angestrebten Veränderungen stehen.

Traumazentrierte Psychotherapie ist gemäß der Metaanalyse von Bisson (Bisson 2007) nicht traumadaptierter Psychotherapie überlegen und in der Behandlung der PTBS Voraussetzung für den Behandlungserfolg. Die Grundzüge der traumazentrierten Psychotherapie, inclusive der notwendigen Diagnostik und Diagnostik komplexer Traumafolgestörungen, werden in der strukturierten EMDR Ausbildung vermittelt.

Zudem zeigen die Metaanalysen der EMDR Behandlungsstudien von Maxfield und Hyer (2002) sowie Sack et al. (2001) eindeutig, dass das Ergebnis der EMDR Behandlung von einer guten Ausbildung der Therapeuten und damit präziser Anwendung der Behandlungspläne und Prozeduren der EMDR-Methode abhängt.

Zur zertifizierten EMDR Ausbildung gehören Theoriestunden in zeitlich von einander abgesetzten Blöcken, um eine Verzahnung von theoretischem und praktischem Lernen zu ermöglichen, begleitende Supervision eigener Behandlungsfälle und Selbsterfahrung in supervidierten Kleingruppen im Rahmen der Ausbildungsblöcke. Besonders die Selbsterfahrung in der EMDR-Methode ist von Bedeutung und sollte zusätzlich zu dem europäischen Standard, der Konsens der Fachgesellschaften ist, festgeschrieben werden. Zum Standard des Zertifikats als EMDR-Therapeut EMDRIA Deutschland gehört auch die Supervision einer auf Video festgehaltenen EMDR-Sitzung. Wir haben den Umfang der Ausbildung im Vorfeld auf Anfrage des GBA beschrieben und ihnen zukommen lassen. Zu erwähnen ist, dass auch die Ausbildungscurricula und die Ausbildung der Supervisoren und Trainern in der EMDR-Methode strengen Qualitätskriterien unterliegt, die im Konsens der europäischen Fachgesellschaften erarbeitet wurden.

Nur die strukturierte EMDR Ausbildung mit der unbedingten Forderung nach Supervision der ersten eigenen EMDR Behandlungen vermittelt den notwendig sorgsam Umgang mit der Methode. Unsachgemäße Anwendung der EMDR Methode kann ein Risiko für die Patienten bedeuten, besonders wenn eine komplexe Traumafolgestörung nicht erkannt wird.

Die pure theoretische Vermittlung, wie sie in einigen Traumacurricula angeboten wird, befähigt nicht zur Arbeit mit der EMDR-Methode.

Insofern ist der Nachweis einer Befähigung zur Anwendung der EMDR-Methode unabdingbar. Kriterien der Befähigung sollten sich unbedingt an den bestehenden Standards der Ausbildung und Zertifizierung, die durch die nationale EMDR Fachgesellschaft und den europäischen Dachverband der EMDR Fachgesellschaften etabliert wurden, orientieren. Nur ein solches Vorgehen sichert die Übertragbarkeit der wissenschaftlich dokumentierten guten Behandlungsergebnisse in die therapeutische Praxis. Daher sprechen wir uns eindeutig für den 2. Entwurf der Beschlussfassung (Anlage 2) aus und regen an die Inhalte der zur Befähigung führenden Ausbildung im obigen Sinne klar zu beschreiben.



2. EMDR ist nicht Verhaltenstherapie

Auch wenn die Erstbeschreiberin der Methode in ihrer therapeutischen Grundausrichtung Verhaltenstherapeutin war und sich in der EMDR Methode mit den negativen und positiven Kognitionen Elemente der Verhaltenstherapie finden, rechtfertigt dies nicht EMDR unter die Verhaltenstherapie zu subsumieren.

Es finden sich nämlich weder typische Elemente aktiv kognitiv umstrukturierender Arbeit noch eine prolongierte Exposition im EMDR Prozess. Habituation ist gemäß dem AIP-Modell, dem Krankheits- und Veränderungsmodell der EMDR-Methode, kein wesentlicher Wirkmechanismus.

Wöller (2014) hat die Beziehung der EMDR-Methode zur psychodynamischen und analytischen Psychotherapie beschrieben. Wöller kommt zu dem Ergebnis, dass sich vielmehr Hinweise auf bedeutende Gemeinsamkeiten von psychodynamischer respektive analytischer Psychotherapie und EMDR in Bezug auf einige der zugrunde liegenden Wirkmechanismen finden lassen. Auch wenn EMDR ein primär symptomorientiertes Verfahren ist und die beziehungs-orientierten Aspekte von Übertragung und Gegenübertragung nicht im Vordergrund stehen, lassen sich bedeutsame Gemeinsamkeiten zwischen EMDR und psychodynamischer und analytischer Psychotherapie identifizieren (Wöller 2012).

Die wichtigste Gemeinsamkeit betrifft die zentrale Bedeutung der freien Assoziation. Darin unterscheidet sich EMDR grundsätzlich von konfrontativen Verfahren der Verhaltenstherapie, die zur Behandlung der PTBS das Prinzip der Habituation nutzen. Im Einzelnen bedeutet dies: Während bei dem verhaltenstherapeutischen Verfahren der prolongierten Exposition eine traumatische Erinnerung immer wieder aufgerufen wird, bis durch Habituation ein Rückgang der mit ihr verbundenen Erregung eingetreten ist, folgt der Patient beim EMDR dem Fluss seiner Assoziationen, bis das Ende des jeweils „Assoziationskanals“ erreicht ist, d.h. bis keine mit traumatischem Stress belasteten Assoziationen mehr auftreten, sondern nur noch positive oder neutrale Assoziationen. Erst dann wird der Prozess aktiv auf den „Knoten“, d.h. auf die ursprüngliche Erinnerung zurück geführt, um ein Prozessieren des nächsten „Assoziationskanals“ einzuleiten (Hofmann 2014; Shapiro 1998).

Auch wenn eine EMDR-Sitzung entsprechend dem Behandlungsprotokoll strukturiert geführt wird, ist der eigentliche EMDR-Prozess innerhalb eines Assoziationskanals nicht strukturiert. Der Therapeut regt nicht an, Assoziationen zu einer bestimmten Ziel-Erinnerung zu prozessieren, sondern er fordert die Patienten auf, ihren Assoziationen freien Lauf zu lassen. Insofern nutzt EMDR innerhalb eines Assoziationskanals die Produktion „freier“ Assoziationen. Entsprechend ist das therapeutische Vorgehen nicht direktiv, sondern auf die Förderung eines spontanen Prozesses gerichtet. Der Patient wird – ganz analog zur psychoanalytischen Behandlungstechnik – instruiert, möglichst auf eine kognitive Kontrolle über die Einfälle und auf eine Lenkung des Assoziationsstroms zu verzichten. Lediglich werden beim EMDR im Unterschied zur psychodynamischen Therapie nicht alle Assoziationen mitgeteilt, um den Prozess des Assoziierens nicht zu behindern.

Sowohl die psychodynamische Psychotherapie wie auch EMDR stellen die emotionale Verarbeitung in den Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens. EMDR sieht ausdrücklich ein gemeinsames Prozessieren der mit der traumatischen Erinnerung verknüpften Emotionen, Körperempfindungen und selbstbezogenen Überzeugungen vor. Bei beiden Ansätzen greifen Therapeuten vom Grundsatz her in den therapeutischen Prozess nur dann ein, wenn der spontane Prozess durch blockierende Phänomene behindert wird. Auch wenn das EMDR-Ziel nicht explizit in der „Bewusstmachung des Unbewussten“ besteht, werden häufig durch den assoziativen Prozess unbewusste Zusammenhänge zu früheren biografischen Erfahrungen deutlich.

Zudem vermeiden Patienten eher eine Aktivierung ihres traumatischen Materials und reagieren daher teils aversiv auf die prolongierte Exposition. Dies trifft besonders auf Patienten mit hohem Symptomdruck zu (Scott & Stradling 1997). Hier bietet EMDR einen vorteilhaften Unterschied, der durch den distanzierenden Effekt der Augenbewegungen noch verstärkt wird (Lee, Taylor & Drummond 2006, Lee & Cuipers 2013).



Insgesamt wird deutlich, dass EMDR als ein integrative, nach Hofmann dynamisch-behaviorale Methode (Hofmann 2014), eigenständig ist. Da EMDR über ein eigenes Krankheits- und Veränderungsmodell verfügt, das den therapeutischen Prozess theoretisch fundiert, schein es angemessen EMDR weder als der Verhaltenstherapie noch der psychodynamischen oder analytischen Psychotherapie zuzuschlagen, sondern als eigene Methode zu betrachten und so zu beschreiben. Dies ändert nichts an der Kompatibilität mit der Verhaltenstherapie, psychodynamischen oder analytischen Psychotherapie.

3. Abrechenbarkeit von Doppelstunden

Die EMDR Methode sieht die Doppelstunde als zeitlich sinnvollen Rahmen zur Bearbeitung von Erinnerungsmaterial traumatischen Ursprungs explizit vor. Eine aktuelle Metaanalyse betont das Verhältnis von längerer Sitzungsdauer zu positivem Behandlungsergebnis (Ying-Ren 2014).

Insofern sollte die Möglichkeit der Durchführung und Abrechenbarkeit von Doppelstunden deutlich gemacht werden.

4. Alleinige EMDR Behandlung bei einfacher PTBS

Bei der einfachen PTBS ist eine solitäre EMDR Behandlung im hohen Ausmaß wirksam und effektiv. In allen EMDR Behandlungsstudien, die auch in die Metaanalyse des GBA einbezogen wurden, wurde EMDR nicht in ein Richtlinienverfahren eingebettet sondern alleinstehend, auch im Vergleich mit z.B. der Verhaltenstherapie durchgeführt. Selbstverständlich beinhaltet EMDR in den gegebenen Behandlungsplänen explizit Diagnostik, Beziehungsaufbau, Stabilisierung, Durcharbeitung von Erinnerungsmaterial und Beendigung der Therapie. Somit ist in der EMDR-Methode ein geschlossener Ablauf zur Psychotherapie der PTBS vorhanden.

Eine konsequente Übertragung der wissenschaftlichen Ergebnisse in die therapeutische Praxis müsste somit die Möglichkeit zur Durchführung einer reinen EMDR Kurzzeittherapie bei der Behandlung der einfachen PTBS bieten.

5. EMDR Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

Mittlerweile liegen ausreichende randomisierte, kontrollierte Studien zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen vor. Auch eine Metaanalyse beschreibt die Wirksamkeit der EMDR Methode. Ein Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung der EMDR Methode zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen wurde beim wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gestellt. Dieser Antrag wird demnächst bearbeitet werden.

Wir möchten die priorisierte Bearbeitung durch den GBA bei positivem Bescheid dringend anregen, da der Versorgungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen groß ist.

Dr.med. Michael Hase
1.Vorsitzender

Dipl.-Psych. Susanne Leutner
stellv. Vorsitzende

Zur Klarheit in der Form wird in diesem Text nur die männliche Form genutzt. Selbstverständlich sind beide Geschlechter gleichermaßen gemeint.



Literatur:

Bisson J et al. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 190: 97-104.

Hofmann A (2014). EMDR. Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Lee CW, Taylor G, & Drummond PD (2006). The active ingredient in EMDR: Is it traditional exposure or dual focus of attention?. *Clini Psychol Psychoth*, 13(2), 97-107.

Lee CW & Cuijpers P (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *J Behav Ther & Exp Psychiat*; 44:231-239.

Maxfield L & Hyer L (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol*; 58(1): 23-41

Sack M, Lempa W, Lamprecht F (2001). Metaanalyse der Studien zur EMDR-Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen – Der Einfluss der Studienqualität auf die Effektstärken. *Psychother Psychosom Med Psychol*; 51(9-10):350-355

Scott MJ & Stradling SG (1997). Client compliance with exposure treatments for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 10(3):523-6.

Shapiro F (1998) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann.

Wöller W (2012). Integration von EMDR in die Psychodynamische Therapie. *EMDRIA- Rundbrief*; 25: 22-32.

Wöller W (2014). Kompatibilität der EMDR mit analytischer Psychotherapie. Manuskript im Rahmen der Expertenanhörung der AG EMDR im Auftrag des Unterausschusses „Psychotherapie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses am 11.06.2014

Ying-Ren C et al. (2014). Efficacy of Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for Patients with Posttraumatic-Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS One* 9(8):1-17

Gesendet: Di 19.08.2014 07:22

Sehr geehrte Frau,

herzlichen Dank für die Unterlagen zur Wahrnehmung unseres Stellungnahmerechts zum geplanten Beschluss des G-BA zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie. Die DGVT begrüßt das Vorhaben des GB-A, die PT-Richtlinie zu ändern und um die Methode EMDR zu ergänzen. Wir verweisen diesbezüglich auch auf das Mail von Herrn Merod, Vorstandsmitglied der DGVT, vom 14.7.14.

Mit freundlichen Grüßen
Waltraud Deubert

--

Waltraud Deubert
Geschäftsführerin
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
Postfach 1343
Besucheradresse: Corrensstraße 44-46, 72076 Tübingen
E-Mail: deubert@dgvt.de
Tel.: 07071 943493
Internet: www.dgvt.de

D-5.5 Wortprotokoll der mündlichen Anhörung

Mündliche Anhörung



gemäß § 91 Abs. 9 Satz 1 SGB V
des **Gemeinsamen Bundesausschusses**

**hier: Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL):
EMDR und Umstrukturierung der Anlage 1**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 10. September 2014
von 11.27 Uhr bis 11.53 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmer für die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**:

Frau Konitzer
Herr Harfst

Angemeldete Teilnehmer für **EMDRIA Deutschland e. V.**:

Herr Dr. Hase
Frau Leutner

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)**:

Frau Dr. Schellong
Herr Dr. Drobetz

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)**:

Herr Dr. Wöller

Angemeldete Teilnehmerin für die **Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT)**:

Frau Eckers

Beginn der Anhörung: 11.27 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Meine Damen und Herren, ich darf Sie herzlich begrüßen. Ihnen ein herzliches Willkommen beim G-BA! Anwesend sind für EMDRIA Deutschland Herr Hase und Frau Leutner, für die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie Frau Schellong – Herr Drobetz lässt sich entschuldigen –, für die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie Herr Wöller und für die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Frau Eckers. Wir haben uns beim Unterausschuss angewöhnt, die akademischen Titel wegzulassen. Sie haben es bei meiner Begrüßung schon gemerkt. Wenn einer der Meinung ist, damit wird sein Vorname nicht richtig gewürdigt, sollte er sich melden. Dann werde ich selbstverständlich den akademischen Titel wieder aufgreifen. Aber ich glaube, in allen Ihren Physiognomien aufzunehmen, dass Sie zumindest für diese Anhörung darauf verzichten können. Wir führen Wortprotokoll. Ihre Wortmeldungen sind also für die Ewigkeit festgehalten.

Ich darf Ihnen auch – dazu bin ich verpflichtet – nahebringen, was unsere Verfahrensordnung zur mündlichen Stellungnahme sagt. Laut 1. Kapitel § 12 Abs. 3 Satz 5 der Verfahrensordnung dient die mündliche Stellungnahme in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen. Gehen Sie davon aus, dass diesen Sitzungsteilnehmern, die Ihnen hier gegenüber sitzen, Ihre Stellungnahmen wohlbekannt sind, sie diese auch gelesen haben, sie mehr als nur in ihrem Herzen bewegt und sich mit ihnen auseinandergesetzt haben. Das hat zur Folge, dass Sie bitte davon absehen mögen, Ihre Stellungnahme, die Sie schriftlich abgegeben haben, in extenso zu wiederholen. Es ist nicht die erste Anhörung, die wir hier durchführen. Ich weiß natürlich, dass es den einen oder anderen von Ihnen drängt, in „Verstärkerfunktion“ aus Ihrer schriftlichen Stellungnahme vorzutragen. Ich bitte aber, dies auf die wesentlichen Punkte zu beschränken und nicht von Seite 1 bis Seite 22 sämtliches zu wiederholen.

Meine Damen und Herren, jetzt ist es an Ihnen. Sie können sich einigen, wer sich denn als Allererstes melden möchte. – Herr Hase.

Herr Dr. Hase (EMDRIA): Herzlichen Dank. – Mir geht es um den Punkt der Qualitätssicherung der Behandlung. Auf die vorliegenden Daten, Metaanalysen, haben wir hingewiesen; das muss ich nicht wiederholen.

Wir haben in der letzten Zeit verstärkt darauf geachtet, unter zertifizierten Therapeuten und erfahrenen EMDR-Kollegen zu horchen: Gibt es Berichte über Patientenschäden durch eine unsachgemäße Anwendung? Da sind mir drei Berichte bekannt, bei denen Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung durch Heilpraktiker, die EMDR irgendwo gelernt haben, behandelt wurden und Schaden genommen haben. Das ist ein Thema, das uns als Fachgesellschaft sehr bewegt. Wir versuchen, gegen diese Angebote, die es in Deutschland gibt, vorzugehen. Es ist rechtlich sehr schwierig. Es verweist aber darauf, dass für die Anwendung der EMDR-Methode und den Erfolg, der in den Studien beschrieben ist, eine Ausbildung und Erfahrung notwendig sind. Wir selber bilden nur Kolleginnen und Kollegen aus, die entweder approbierte Therapeuten – ärztliche oder psychologische – sind oder in der Ausbildung weit fortgeschritten sind und unter Supervision arbeiten. Für mich ist es ein Herzensanliegen, die Qualitätskriterien für die Ausbildung und Anwendung, die wir haben, fortzuschreiben und zu sichern, bis es zu abschließenden umfassenden Regelungen kommen kann. – Dies wäre mein Beitrag in der Anhörung.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Hase. – Ergänzungen? – Frau Leutner.

Frau Leutner (EMDRIA): Ich möchte Stellung nehmen, weil es zwei verschiedene Entwürfe gibt, wie das in den Richtlinien formuliert werden soll, die sich dadurch unterscheiden, dass der eine Entwurf die Qualitätssicherung mit enthält. Uns ist bewusst, dass es nicht der Systematik der Arbeit des G-BA entspricht, spezielle Methoden in ihrer Qualität innerhalb der Richtlinien des G-BA hervorzuheben, weil durch die Richtlinien auf die Psychotherapievereinbarung verwiesen wird. Uns ist aber unter dem Aspekt der Qualitätssicherung in der Übergangszeit wichtig, dass da klare Vorgaben gegeben werden, dass das, was bisher an Qualität durch die Zertifizierung, die von EMDRIA Deutschland erfolgt ist, nicht verlorengeht. Es ist klar, dass das später über die Kammern geregelt werden soll. Es gibt in anderen Verfahren und Methoden schon Beispiele. Aber wir fürchten, dass es bis dahin zu Unklarheiten kommt. Deswegen mein Appell, auch wenn es der Systematik widerspricht, da trotzdem eine Ausnahme zu machen, zumindest für die Zeit des Übergangs, bis die Weiterbildungsordnungen vorliegen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Frau Leutner. – Drängt es das Plenum, jetzt Fragen zu stellen? – Der GKV-Spitzenverband.

GKV-SV: Ich hätte eine Frage an die Vertreter von EMDRIA. Inwieweit sind diese Vorstellungen von Qualitätsanforderungen und Qualitätssicherung der Anwendung im Rahmen von Psychotherapie mit dem Antrag auf Anerkennung als Wortmarke zu vereinbaren? In diesem Antrag auf Anerkennung als Wortmarke ist die Rede von Coaching, allgemeinem Lebensgefühl, Gesundheitsberatung, privater Lebensgestaltung, Freizeit, Kunst, Sport usw. Dies sind sicher wichtige Bereiche, aber man kommt ins Grübeln, ob die Qualitätssicherung im Bereich der Psychotherapie durch solche Sachen gefährdet ist.

Herr Dr. Hase (EMDRIA): Verständlicherweise. Es gab Anfang des Jahres in Köln eine Briefwurfaktion einer Dame, die weder Ärztin noch Psychologin noch nicht einmal Heilpraktikerin für Psychotherapie ist, die EMDR zur allgemeinen Lebensverbesserung anbietet. Wir versuchen, gegen solche Angebote vorzugehen. Es ist rechtlich außerordentlich schwer. Der Versuch, eine Marke in der Markenkategorie 41, nicht der Psychotherapie, zu beantragen, war das Ergebnis rechtsanwaltlicher Beratung, denn nur wenn wir diese Sperrmarke hätten, könnten wir solchen Leuten sagen: Bitte lasst das, hört auf damit zu werben, das kostet euch sonst Geld. – Es gibt wenig andere Möglichkeiten. Es sei denn, betroffene Patienten würden, wenn sie zu Schaden kommen, gegen sie vorgehen. Oder Nutzer dieser Methode – es sind keine Therapeuten, die das anbieten – würden wir gegebenenfalls unterstützen. Aber auch das ist ein schwieriger Prozess. Das war der Antritt, den wir unternommen haben, eben mit einem sehr fraglichen Ausgang. Ich habe wahrgenommen, dass das bei Ihnen zu großer Irritation geführt hat. Wir haben gestern unseren Rechtsanwalt beauftragt, diesen Antrag zurückzuziehen. Es ist heute per Fax hinausgegangen und per Fax entsprechend bestätigt worden. Es ist mir schwergefallen, denn ich wollte gerne gegen diese Dinge etwas unternehmen, die ich in Deutschland in mehreren Städten wahrnehme. Aber das, um was es hier geht, ist wichtiger als das. Insofern war die Entscheidung dann klar.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Das gehört jetzt eigentlich nicht so ganz zu der Anhörung: Haben Sie diese Bestätigung haptisch da, dass wir sie einsehen und fotokopieren können? Denn wenn wir eine Stellungnahme noch abgeben wollen, haben wir nur noch zwei Tage Zeit. Ich glaube, der 11. September ist die Deadline, wenn ich das richtig sehe. Es wäre natürlich nicht ganz uninteressant

auch für die Beratungen hier im Unterausschuss, wenn wir die Rücknahme des Antrags hier tatsächlich gestempelt, beglaubigt und unterschrieben vor unseren Augen hätten.

Herr Dr. Hase (EMDRIA): Ich habe Frau Dr. Dege heute eine E-Mail mit dem PDF des Schreibens des Anwalts geschickt.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Wunderbar. – Weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. Wen drängt es als Zweiten? – Herr Wöller.

Herr Dr. Wöller (DGPM): Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie teilt ausdrücklich die Bedenken, die Herr Hase gerade vorgetragen hat. Wir würden mit großer Sorge sehen, wenn die Qualitätsstandards bei Anwendung von EMDR nicht beachtet würden. Die Systematik des G-BA ist uns als Problematik schon bewusst. Auf der anderen Seite muss man sehen, die Psychotherapie-Richtlinien verweisen auf die Psychotherapievereinbarung, und es wird immer eine Fachkunde gefordert. Bis die Musterweiterbildungsordnungen – ich kann jetzt nur für die ärztlichen Weiterbildungsordnungen sprechen – irgendwann geändert sind, kann noch einige Zeit ins Land gehen. Mindestens für Übergangszeiträume müsste etwas geschaffen werden, was die Fachkunde absichert. Derzeit steht in der ärztlichen Weiterbildungsordnung für das Fach psychosomatische Medizin und Psychotherapie zwar, dass man Kenntnisse in Psychotraumatologie nachweisen müsse, aber bei den einzelnen Therapieverfahren taucht EMDR nicht auf. Bis das geregelt ist, müsste der Satz, der die Qualitätssicherung einfordert, bestehen bleiben. Wie das im Einzelnen ausgestaltet ist, da sind wir der Meinung, dass das die Landesärztekammern tun sollten.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank dafür. – Ergeben sich spontane Fragen? Das ist nicht der Fall. Wer fährt als Dritter fort? – Frau Konitzer.

Frau Konitzer (BPtK): Auch uns ist die Qualität natürlich ein Anliegen, gar keine Frage. Aus dem gesamten Beschlussentwurf ergibt sich, dass Sie auch davon ausgehen, dass die neue Methode EMDR im Rahmen eines – nicht eines bestimmten – Richtlinienverfahrens anzuwenden ist und entsprechend im Rahmen der Richtlinie auch die Diagnose und Behandlungsplanung individuell vorzunehmen sind. Insofern gehen wir davon aus, dass die Qualitätssicherung für diesen gesamten Prozess gegeben sein müsste. Wir halten es für ganz problematisch, wenn die fachliche Befähigung für eine Methode gesondert geregelt würde, die verfahrensunabhängig angewendet werden kann, aber für den Verfahren zugeordnete auch neue Methoden eine solche fachliche Befähigung praktisch nicht extra geregelt würde. Wir denken, damit kämen die gesamte Richtlinie und die Qualitätssicherung in eine Schiefelage.

Es ist auch so, dass berufsrechtlich und auch sozialrechtlich die Kollegen verpflichtet sind, sich auf dem Stand der Wissenschaft und fachlichen klinischen Kunst zu halten. Ich kenne aus dem Bereich Nordrhein-Westfalen auch bereits Zivilprozesse, in denen es genau um Traumafolgestörungen geht und genau dies auch vor Gericht verhandelt worden ist: War die entsprechende Fortbildung da, um die Methode anzuwenden? Wir meinen, dass die Anreize, diese fachliche Befähigung und Fortbildung zu erwerben, dann nicht unterschiedlich für Methoden sein sollten, die dem Verfahren zugeordnet sind, und für Methoden, die dem Verfahren nicht im Einzelnen zugeordnet sind, weil das insgesamt zu einer Verschlechterung der Qualität führen würde. Deshalb unterstützen wir in dieser Hinsicht die Position der KBV und halten es auch für sinnvoll, dies in diesem Sinne fortzuentwickeln. Wenn man über Qualitätssicherung nachdenkt, sollte es aus unserer Sicht immer so sein, dass die Qualifikation im Rahmen der praktischen Berufstätigkeit erworben und auch verbessert werden kann. Wir haben

bei den Kammern schon seit längerem Qualitätszirkel zu EMDR akkreditiert, erkennen Supervision an. Insofern ist das alles bereits im Rahmen der ganz normalen Systematik gewährleistet.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Frau Konitzer. – Ich frage: Gibt es unmittelbare Fragen? – Das ist nicht der Fall. Herr Dr. Harfst, Sie möchten ergänzen.

Herr Harfst (BPtK): Weil ich hier ein paar fragende Blicke gesehen habe, möchte ich es an einem Beispiel konkret machen. Die narrative Expositionstherapie ist eine der neueren Methoden im Rahmen der Verhaltenstherapie, die auch empirisch gut untersucht ist, die natürlich heute in der PTBS-Behandlung angewendet werden kann und genauso wie die EMDR eine entsprechende fachliche Qualifikation voraussetzt. Nun erscheint es uns nicht sinnvoll, wenn man über die Definition von Qualifikationsanforderungen nachdenkt, das dann vereinzelt für jede einzelne Methode vorzusehen. Es wäre gar nicht mehr handhabbar. Vor diesem Hintergrund wäre unser Ansatz – dies als Verweis; das haben wir in der Stellungnahme schon genannt –, dafür zu sorgen, dass es strukturierte curriculare Fortbildung im Bereich der Psychotherapie gibt und sich da dann auch die evidenzbasierten Ansätze entsprechend wiederfinden. Man sollte dabei auch immer sicherstellen, dass diese Qualifikation im Rahmen der gängigen psychotherapeutischen Tätigkeit, was den praktischen Teil anbelangt, erworben werden kann. Es kann nicht zielführend sein, wenn zum Beispiel im Bereich EMDR 20 Patientenbehandlungen quasi erfolgen müssen, aber nicht im Rahmen der GKV-Versorgung erfolgen können, weil die Abrechnungsgenehmigung dann noch nicht vorliegen würde, und erst danach eine solche Behandlung im Rahmen der GKV-Versorgung stattfinden könnte. Das ist natürlich noch nicht der heutige Inhalt. Es ist eine Frage der Vertragspartner und des Bundesmantelvertrags, wie die das dann lösen wollen. Dies aber nur als Botschaft.

Vor diesem Hintergrund ist es unser Anliegen, gemeinsam mit der Bundesärztekammer ein Curriculum auf den Weg zu bringen, das eine breitere fachliche Qualifikation ermöglicht, auf die man dann aufsetzen kann.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Harfst, herzlichen Dank für Ihre Ergänzungen. – Frau Schellong.

Frau Dr. Schellong (DeGPT): Da kann ich sehr gut ansetzen. Ich denke, das ist genau der Punkt, der auch schon deutlich wurde, dass die Qualitätssicherung natürlich ein großes Anliegen ist. Ich spreche hier als Vertreterin der DeGPT, der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, in der wir die Qualitätssicherung ganz hochhalten. Aber ich bin auch bei der DGPM und darf zumindest für die Psychiater sagen, dass ich von verschiedenen Mitgliederversammlungen und sonstigen Gremien gehört habe, dass sehr gewünscht wird, dass der Bereich Psychotraumatologie in die Musterweiterbildungsordnung eingeschlossen wird, so wie Herr Wöller das schon gesagt hat, dass es aber nicht ausreichend ist, wie es aktuell gegeben ist, sodass eine curriculare Weiterbildung – als DeGPT geben wir natürlich das Curriculum, das wir entworfen haben, als Standard gerne an – sehr sinnvoll ist.

Ich denke nicht, dass wir damit eine Ausnahme im Medizinbereich machen. Man braucht nur zu schauen, es gibt Zertifikate für Ultraschall oder bestimmte Verwendungen von Geräten zur Strahlentherapie. Da gibt es in der Medizin weitreichende Beispiele, an die wir uns halten können. Man hat also bereits eine Qualifikation als Facharzt oder klinischer Psychotherapeut und erweitert sie. Wir haben ein sehr positives Beispiel hierzu bereits bei den Unfallkassen, der DGUV, der Deutschen Gesellschaft der Unfallversicherer. Sie wissen vielleicht, dass es da den Psychotherapeutenvertrag mit einzelnen Therapeuten gibt, der sich bereits an solchen curricularen Standards orientiert. Das ist das

eine. Es gibt auch schon ein Beispiel für eine Psychotherapeutenkammer, die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, die das in Mitteldeutschland – oder wie man es nun nennen will – schon mit ganz gutem Erfolg durchführt; es ist eine sehr wichtige Orientierungshilfe für die Patienten. Wenn jemand ein solches Zertifikat hat, dann kann ich mich guten Gewissens und vertrauensvoll an diesen Therapeuten wenden. Es wäre sicherlich erforderlich, dass man in Verhandlungen gute Übergangsregelungen findet, wie man so etwas gestalten kann. – So viel erst einmal.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Eckers.

Frau Eckers (DGVT): Ich beziehe mich auf den Brief, den Herr Merod vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie im Juli an Herrn Hecken geschickt hat. Da hat er einfach noch einmal betont, dass es ihm für den Verein viel zu lange dauert, bis die wissenschaftlich anerkannten Verfahren ihren Weg in die Praxis und dann natürlich ins GKV-System finden. Von der DGVT ist der Stand so, dass seit Jahren neben der traumafokussierten kognitiven behavioralen Therapie auch in den Seminaren in der Ausbildung von Verhaltenstherapie EMDR als wirksame Methode zumindest klar vorgestellt wird. Es gibt also nicht nur bei Erwachsenen, sondern inzwischen auch im Bereich der Kinder klare Vergleiche. Da vergleicht sich auf der pragmatischen Ebene die VT schon klar mit EMDR, weil beides als wirksam anerkannt ist. Vor kurzem berichtete Frau Diehle in Holland über Kinder zwischen 8 und 18 Jahren, dass statistisch kein signifikanter Unterschied in der Wirksamkeit zwischen TF-CBT und EMDR festgestellt wurde.

Der Punkt der Ausbildung wird von der DGVT ganz klar so geregelt, dass die VT das nicht vermitteln kann, aber aus dem Wissen heraus, dass es wirksam ist, klar darauf hingewiesen wird, dass es sinnvoll ist, das in guter Art und Weise zu vermitteln. Es ist der DGVT ein Anliegen, dass das auf einer guten Qualitätsebene den Teilnehmern vermittelt wird. Bei entsprechend qualifizierten Traumatherapeuten ist es inzwischen die Regel, EMDR bei Erwachsenen wie bei Kindern parallel zu der verhaltenstherapeutischen spezifischen Methode als wirksam anzuerkennen und den Teilnehmern das in der Ausbildung auch vorzustellen, so dass sie beides im Vergleich haben. Ich kenne aus vielen Städten, in denen es eine Ausbildung in VT gibt, dass nicht nur Trauma generell, sondern spezifisch EMDR parallel zum VT-spezifischen Verfahren bei Erwachsenen wie Kindern benannt wird. Von daher wäre es sehr wünschenswert, wenn es für Erwachsene und spezifisch später natürlich auch für Kinder, wenn es durch den wissenschaftlichen Beirat durch ist, was ich hoffe, eine solche Fundierung findet, dass es anerkannt wird.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Fragen an Frau Eckers? – Das ist nicht der Fall. Dann außerhalb der eigentlichen Anhörung: Auf Ihr Stellungnahmeverfahren und das Anhörungsrecht möchten Sie aber nicht gerne verzichten – das dauert insgesamt ein halbes Jahr –, weil Sie von der Länge des Verfahrens gesprochen haben? Indem wir Sie alle anhören, einladen, würdigen, vergeht ein halbes Jahr. Ich gehe einmal davon aus, dass Sie auf dieses halbe Jahr nicht gerne verzichten möchten.

Frau Eckers (DGVT): Nein. Es ging darum, dass Herr Merod vom Vorstand der DGVT gesagt hat, dass es bei mehreren Verfahren für die Qualität wünschenswert sei, dass es nicht drei Jahre und länger dauert. Er hat sich in seinem Brief darauf bezogen, dass es doch recht lange dauert. Darauf war ich zurückgegangen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Okay. – Ich eröffne eine Gesamtrunde. Gibt es Fragen von Ihrer Seite, nachdem die Damen und Herren dankenswerterweise Ihre mündliche Stellungnahme abgegeben haben? – Das ist nicht der Fall. Dann bedanke ich mich bei Ihnen ausdrücklich, dass Sie herge-

kommen sind, dass Sie uns mit Ihrer mündlichen Stellungnahme „bereichert“ haben. Wir werden uns selbstverständlich in der folgenden Tagesordnung mit Ihren Wortmeldungen auseinandersetzen. Ansonsten noch einmal herzlichen Dank, dass Sie da waren. Wo immer Sie hinwollen, eine gute Heimreise.

Schluss der Anhörung: 11.53 Uhr

E Gesamtbewertung in der vertragsärztlichen Versorgung

Bei der Methode der Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) handelt es sich um eine standardisierte psychotherapeutische Behandlungsmethode, die auf die Verarbeitung von als traumatisch erlebten Ereignissen und Erfahrungen zielt. Für EMDR als Behandlungsmethode im Rahmen einer Einzeltherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gemäß der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD; German Modification) in der aktuellen Fassung wurde ein deutlicher Hinweis auf Nutzen konstatiert.

Vor dem Hintergrund der Schwere, der Prävalenz sowie des Verlaufs der PTBS sieht der G-BA im ambulanten Bereich eine medizinische Notwendigkeit der EMDR als weiterer Methode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der bereits zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Psychotherapieverfahren.