ThemenCheck Medizin

HTA-Bericht

Angststörungen

Führt der ergänzende Einsatz der Eye Movement Desensitization and Re-processing Therapie bei psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen zu besseren Ergebnissen?

Health Technology Assessment im Auftrag des IQWiG

HTA-Nummer: HT17-05
Version: 1.0
Stand: 07.02.2020

IQWiG-Berichte – Nr. 879

IQWiG

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Thema

Angststörungen: Führt der ergänzende Einsatz der Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapie bei psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen zu besseren Ergebnissen?

HTA-Nummer

HT17-05

Beginn der Bearbeitung

14.03.2018

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Im Mediapark 8
50670 Köln
Tel.: +49 221 35685-0
Fax: +49 221 35685-1
E-Mail: themencheck@iqwig.de
Internet: www.iqwig.de
www.themencheck-medizin.iqwig.de

ISSN: 1864-2500

Autorinnen und Autoren

- Barbara Prediger, Universität Witten/Herdecke, Köln
- Tim Mathes, Universität Witten/Herdecke, Köln
- Christine Dunger, Universität Witten/Herdecke, Witten
- Martin Boncek, Praxis für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Plettenberg
- Paul Aleksander von Heese, Fernuniversität Hagen, Hagen
- Stefanie Bühn, Universität Witten/Herdecke, Köln
- Dawid Pieper, Universität Witten/Herdecke, Köln

Inhaltliches Review

- Susanne Schmitz, Luxembourg Institute of Health, Strassen, Luxemburg

Autorin von HTA kompakt: Das Wichtigste verständlich erklärt

- Kristin Sauer, Kristin Sauer Medical Writing, Bremen

Die Projektkoordination sowie die Informationsbeschaffung für die Domänen Nutzenbewertung und Gesundheitsökonomie erfolgten durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Schlagwörter: Augenbewegungs-Desensibilisierung, EMDR, Wingwave, Angststörungen, Nutzenbewertung, Systematische Übersicht, Technikfolgen-Abschätzung – Biomedizinische

Keywords: Eye Movement Desensitization Reprocessing, EMDR, Wingwave, Anxiety Disorders, Benefit Assessment, Systematic Review, Technology Assessment – Biomedical

Externe Sachverständige, die wissenschaftliche Forschungsaufträge für das Institut bearbeiten, haben gemäß § 139b Abs. 3 Satz 2 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung „alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen“ offenzulegen. Das Institut hat von jedem der Sachverständigen ein ausgefülltes Formular „Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“ erhalten. Die Angaben wurden durch das speziell für die Beurteilung der Interessenkonflikte eingerichtete Gremium des Instituts bewertet. Die Selbstangaben der externen Sachverständigen und der externen Reviewerinnen und Reviewer zu potenziellen Interessenkonflikten sind in Kapitel A11 zusammenfassend dargestellt. Es wurden keine Interessenkonflikte festgestellt, die die fachliche Unabhängigkeit im Hinblick auf eine Bearbeitung des vorliegenden Auftrags gefährden.

Herausgeberkommentar

Was ist der Hintergrund des HTA-Berichts?

Für den ThemenCheck Medizin des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) können Versicherte und sonstige interessierte Einzelpersonen Themen für die Bewertung von medizinischen Verfahren und Technologien vorschlagen. Die Bewertung erfolgt in einem sogenannten Health-Technology-Assessment(HTA)-Bericht. HTA-Berichte sind dadurch gekennzeichnet, dass neben der Bewertung des medizinischen Nutzens und einer gesundheitsökonomischen Bewertung auch ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte einer Technologie untersucht werden.

In einem 2-stufigen Auswahlverfahren, an dem unter anderem auch Bürgerinnen und Bürger beteiligt sind, werden aus allen eingereichten Vorschlägen jedes Jahr bis zu 5 Themen ausgewählt. Laut gesetzlichem Auftrag sollen dies Themen sein, die für die Versorgung von Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung sind [1]. Das IQWiG beauftragt anschließend externe Wissenschaftlerteams, die die Themen gemäß der Methodik des Instituts bearbeiten, und gibt diese HTA-Berichte heraus.

Im Jahr 2018 hat das IQWiG ein Wissenschaftlerteam der Universität Witten/Herdecke und der Fernuniversität Hagen mit der Bearbeitung des ausgewählten Themas „Angststörungen: Führt der ergänzende Einsatz der Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapie bei psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen zu besseren Ergebnissen?“ beauftragt. Das Team setzte sich aus Methodikerinnen und Methodikern mit Erfahrung in der Erstellung von HTA-Berichten, Expertinnen und Experten mit Kenntnissen und Erfahrungen in der Bearbeitung gesundheitsökonomischer, ethischer, sozialer, rechtlicher und organisatorischer Fragen sowie einem Psychologischen Psychotherapeuten zusammen.

Warum ist der HTA-Bericht wichtig?

Angststörungen sind in Deutschland weitverbreitet. So liegt die 12-Monats-Prävalenz von Angststörungen unterschiedlicher Ausprägungen und Schweregrade bei etwas mehr als 15 %. Von Angststörungen wird dann gesprochen, wenn Patientinnen und Patienten wiederholt starke Angstzustände erleben, ohne dass sie sich in einer objektiv bedrohlichen Situation befinden. Dabei kann es sich um Angstzustände handeln, die durch bestimmte Objekte (z. B. Spinnen) oder Situationen (z. B. Höhe) ausgelöst werden, oder um generalisierte Ängste, bei denen Angstzustände unabhängig von externen Auslösern auftreten.

In Abhängigkeit vom Ausmaß der Symptome können diese zu größeren Einschränkungen im Leben der Betroffenen führen.

Zur Therapie von Angststörungen werden meist die Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und Psychoanalyse, aber auch Medikamente oder deren Kombination eingesetzt. Die Kosten für diese Therapien werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

Es wird aber auch die „Eye Movement Desensitization and Reprocessing"-Therapie, kurz EMDR, als Behandlungsmethode bei Angststörungen angeboten. Bei einer Therapie mit der EMDR-Methode sollen sich Betroffene zunächst ein einprägendes Bild von angstbesetzten Ereignissen aus der Vergangenheit vergegenwärtigen. Anschließend folgen sie mit den Augen wechselnden, von der Therapeutin oder dem Therapeuten präsentierten optischen oder akustischen Reizen. Dadurch soll ein Verarbeitungsprozess der angstbesetzten Ereignisse angestoßen werden. Auch wenn das Wirkprinzip der EMDR-Therapie noch ungeklärt ist [2], kann sie seit 2015 bei Erwachsenen bei der Indikation Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) im Zuge einer Psychotherapie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden [3].

Vor diesem Hintergrund hat das IQWiG das Thema „EMDR bei Angststörungen" für die Erstellung eines HTA-Berichts ausgewählt. Aus den verschiedenen Perspektiven eines HTA-Berichts wurde untersucht, ob Betroffene mit einer Angststörung von einer EMDR-Therapie tatsächlich gesundheitlich profitieren. Dies kann bedeuten, dass Patientinnen und Patienten nach einer EMDR-Behandlung weniger Ängste empfinden oder sich deren gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessert. Für den Nachweis eines entsprechenden gesundheitlichen Nutzens müsste die Wirkung der EMDR-Therapie in hochwertigen Studien untersucht worden sein.

Welche Fragen werden beantwortet – und welche nicht?

Das Wissenschaftlerteam der Universität Witten/Herdecke konnte insgesamt 22 Studien identifizieren, die den Nutzen der EMDR-Therapie bei unterschiedlichen Formen der Angststörung untersuchen.

Alle in den Bericht eingeschlossenen Studien wiesen aber grundlegende Mängel auf.

Dies betrifft zum einen das Design der Studien. So wurde in einigen Studien die EMDR-Therapie mit einer ungeeigneten Vergleichsgruppe (z. B. Warteliste) verglichen. Ebenso wurden Symptomverbesserungen teilweise direkt nach einer Therapiesitzung beurteilt. Da eine EMDR-Sitzung zum Ziel hat, erst dann beendet zu werden, wenn eine Verbesserung oder zumindest Stabilität spürbar ist, relativiert dies sämtliche Studien mit einer Endpunkterhebung unmittelbar nach der Therapiesitzung und insbesondere im Vergleich zu keiner Therapie. Aus solchen Ergebnissen lassen sich zudem keine Aussagen über einen längerfristigen Behandlungserfolg ableiten. Zudem wurde in manchen Studien nur die Auswirkung einer einzelnen EMDR-Sitzung untersucht, was nicht der gängigen Versorgungspraxis entspricht. Bei einigen Studien war außerdem unklar, ob die eingeschlossenen Patientinnen und Patienten tatsächlich an einer Angststörung in einem klinisch-medizinischen Sinn erkrankt

oder vielleicht vor einer Prüfung oder Aufführung nur in einem normalen Ausmaß „aufgeregt“ waren.

Darüber hinaus wurde nur bei einer der 22 betrachteten Studien das Verzerrungspotenzial als niedrig eingestuft, in allen anderen Fällen als hoch. So war beispielsweise bei den meisten Studien unklar, wie bei der Randomisierung der Patienten vorgegangen wurde.

Daher war es auf Basis der in den Studien berichteten Ergebnisse nicht möglich, eine Aussage darüber zu treffen, ob Betroffene mit einer Angststörung von der EMDR-Therapie profitieren.

Keine der 22 Studien berichtet zudem explizit über Schäden oder Nebenwirkungen der EMDR-Therapie. Dabei bleibt unklar, ob kein Schaden auftrat oder ob ein möglicher Schaden in den Studien gar nicht untersucht wurde. Die Auseinandersetzung mit möglichen Schäden wäre aber wichtig gewesen, da zum Beispiel Betroffene mit nicht ausreichender Selbstkontrolle durch das Wiedererleben der Angstsituation während der EMDR-Therapie möglicherweise eine Panikattacke erleiden könnten. Außerdem besteht das Risiko, dass sich Angstsymptome durch die EMDR-Therapie verstärken.

Eine Aussage zur Kosteneffektivität der EMDR-Therapie bei Angststörungen war nicht möglich: Die externen Sachverständigen konnten keine Studien identifizieren, die diese Frage untersuchen.

Die Autorinnen und Autoren des Berichts heben zu den ethischen, rechtlichen, sozialen und organisatorischen Aspekten insbesondere die Ausbildung der EMDR-Therapeutinnen und -Therapeuten hervor. So seien die Qualifikationen, die Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nachweisen müssten, wenn sie die EMDR-Therapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung zulasten der GKV abrechnen möchten, eindeutig beschrieben. Dagegen werde die mit der EMDR-Therapie eng verwandte wingwave-Methode beispielsweise auch von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern angeboten. Diese kann in einem 4-tägigen Kurs erlernt werden [4] und wird weitgehend unreguliert angeboten. Hier sehen die Autorinnen und Autoren des HTA-Berichts die Gefahr, dass sich bei unerfahrenen Anwenderinnen und Anwendern und einer nicht hinreichenden Supervision eine Gefährdung für die Betroffenen entwickeln kann.

Aus Sicht des IQWiG ist es bemerkenswert, dass trotz der Vielzahl der identifizierten Studien keine Aussagen zum Nutzen der EMDR-Therapie bei Angststörungen möglich sind. Die geringe Aussagekraft der Studien lag möglicherweise auch daran, dass vorab nur geringe Anforderungen an die einzuschließenden Studien festgelegt wurden.

Wie geht es weiter?

Der HTA-Bericht hat deutlich gemacht, dass die Wissensgrundlage zur Beurteilung des Nutzens der EMDR-Therapie bei Angststörungen unzureichend ist. Um diese zu verbessern, wäre die Durchführung von Studien notwendig, die tatsächlich zu belastbaren und aussagekräftigen Ergebnissen führen. Wichtig wäre hierfür zum einen eine angemessene Konzeption der Studien (Einschluss von Betroffenen mit gesicherter Diagnose, Durchführung einer ausreichenden Anzahl von EMDR-Sitzungen, sinnvolle Vergleichsgruppen und ausreichende Nachbeobachtungsdauer), sowie zum anderen eine angemessene Durchführung (Verblindung).

Literatur

1. Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Bundesgesetzblatt 2015; Teil 1(30): 1211-1244.

2. Hase M, Leutner S, Tumani V, Hofmann A. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): eine ungewöhnliche Form der Psychotherapie. Deutsches Ärzteblatt PP 2013; 12(11): 512-514.

3. Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: EMDR bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen und Umstrukturierung der Anlage 1 [online]. 16.10.2014 [Zugriff: 27.11.2019]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2085/2014-10-16_PT-RL_EMDR_Umstrukturierung-Anlage1_BAnz.pdf.

4. Besser-Siegmund-Institut für praxisbezogene psychologische Programme. Wingwave Ausbildungsprogramm [online]. [Zugriff: 28.11.2019]. URL: https://wingwave.com/ausbildung/informationen-zur-wingwave-ausbildung/ausbildungsprogramm.

HTA-Kernaussagen

Fragestellung und Schlussfolgerung des HTA-Berichts

Die Ziele der vorliegenden Untersuchung sind

- die Nutzenbewertung einer Behandlung mit „Eye Movement Desensitization and Reprocessing" kurz EMDR im Vergleich zu einem Vorgehen ohne EMDR bei Patientinnen und Patienten mit Angststörungen hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte,
- die Bestimmung der Kosten, die bei der Behandlung mit EMDR im Vergleich zu einem Vorgehen ohne EMDR bei Patientinnen und Patienten mit Angststörungen entstehen (Interventionskosten),
- die Bewertung der Kosteneffektivität von EMDR im Vergleich zu einem Vorgehen ohne EMDR bei Patientinnen und Patienten mit Angststörungen sowie
- die Aufarbeitung ethischer, sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte, die mit der medizinischen Intervention verbunden sind.

EMDR ist ein Verfahren, das hauptsächlich in der Traumatherapie eingesetzt wird. Nach Darstellung der Vertreter der EMDR sollen dabei (angstbesetzte) Ereignisse herausgestellt werden und mit Hilfe der Aktivierung beider Gehirnhälften, zum Beispiel durch das Folgen eines Fingers mit den Augen, aufgearbeitet werden.

EMDR wird in Deutschland seit den 1990er Jahren bei der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen eingesetzt und seit 2015 von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Die Nutzung von EMDR bei Angststörungen ist bislang keine erstattungsfähige Leistung und muss durch Selbstzahlung erbracht werden. EMDR wird durch psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sowie Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker bei Angststörungen im ambulanten Rahmen eingesetzt. In klinischen Leitlinien zur Behandlung von Angststörungen wird EMDR nicht als Behandlungsmöglichkeit empfohlen, da die Evidenzlage als nicht ausreichend beschrieben wird.

Nutzenbewertung

Im Zuge dieses HTA-Berichtes wurde kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen Nutzen der Anwendung von EMDR gegenüber anderen, herkömmlichen Therapieverfahren oder keiner Behandlung identifiziert. Dies gilt für alle patientenrelevanten Endpunkte Angst, Depression, angstspezifische Effekte, wie Vermeidungsverhalten oder körperliche Symptome, gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychosoziale Aspekte.

Die Indikationen, die in diesem HTA-Bericht betrachtet wurden, waren: Prüfungsangst, Angst vor öffentlichem Reden / Auftritten, Panikstörungen, Arachnophobie, Dentalphobie und Flugangst. Die betrachteten Vergleichsinterventionen waren „Keine Behandlung“, Verhaltenstherapie, EMDR ohne Augenbewegung, EMDR mit einem anderen Stimulus, Hypnose/Biofeedback und (imaginäre) Expositionstherapie.

Es liegt eine Reihe von Gründen vor, weshalb aus den insgesamt 22 in diesen HTA-Bericht eingeschlossenen Studien keine dezidierten Aussagen zum Nutzen von EMDR getroffen werden konnten. Die Studien weisen überwiegend ein hohes Verzerrungspotenzial auf. Eine mangelhafte Berichtsqualität erschwert zusätzlich die Interpretation der Daten. Die Studiendauer erlaubt keine Aussagen über Langzeiteffekte. In vielen Studien erfolgt die Erhebung der Endpunkte lediglich unmittelbar nach Durchführung der Intervention. Somit bleibt unklar, ob ein möglicher Therapieerfolg auch persistent ist. Die vorgenommene Unterteilung der Studien in die beiden Gruppen „soziale Phobien“ und „andere Angststörungen“ ändert den Gesamtbefund nicht.

Drei laufende Studien wurden identifiziert. Der Status dieser Studien ist jedoch unklar.

Gesundheitsökonomische Bewertung

Im Vergleich zur Verhaltenstherapie, die häufig für die Behandlung einer Angststörung eingesetzt wird, sind für die EMDR – eine gleiche Anzahl an Sitzungen vorausgesetzt – keine Kostenunterschiede zu erwarten. Für eine verhaltenstherapeutische Kurzzeittherapie mit 24 Sitzungen kann ein Betrag über 2394,72 € abgerechnet werden.

Zur Beantwortung der Frage nach einer gesundheitsökonomischen Bewertung konnte keine Literatur identifiziert werden.

Ethische, rechtliche, soziale und organisatorische Aspekte

Der Wirkmechanismus von EMDR wird im Rahmen unterschiedlicher Erklärungsmodelle diskutiert und die neuropsychologischen Grundlagen sind umstritten. Außerdem können Patientinnen und Patienten individuell anders auf die Behandlung reagieren. Die Behandlung mit EMDR ist mit gewissen Risiken verbunden, auch wenn es sich um eine nicht invasive Therapieform handelt. Patientinnen und Patienten mit nicht ausreichender Selbstkontrolle könnten bei dem Wiedererleben der Angstsituation eine Panikattacke erleiden, die Symptome könnten sich verstärken oder aber psychische Krisen entstehen. Es wurden jedoch in keiner Studie explizit Schaden oder Nebenwirkungen berichtet.

Auch deshalb ist die Ausbildung und Qualifikation der Personen, die EMDR erbringen, für die Patientinnen und Patienten von erheblicher Bedeutung und ist für die Indikation der posttraumatischen Belastungsstörung bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits streng reguliert. Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker sind hingegen von der

erforderlichen Ausbildung an einem der autorisierten Partnerinstitute von Dr. Francine Shapiro (Begründerin von EMDR) ausgeschlossen. Vor allem bei unerfahrenen Anwendern mit nicht hinreichender Supervision durch einen erfahrenen EMDR Therapeuten oder Therapeutin kann sich daraus eine Gefährdung für die Patientin oder den Patienten entwickeln.

Um das Patientenwohl nicht zu gefährden und eine qualitativ hochwertige Versorgung zu ermöglichen, ist die Sicherstellung einer einheitlichen Ausbildung, Qualifikation und Supervision notwendig. Dies ist durch den unterschiedlichen Zugang zur Ausbildung zum EMDR Therapeuten und zur EMDR Therapeutin derzeit nicht gewährleistet.

Der Zugang zu EMDR ist ortsabhängig, möglicherweise unterschiedlich in städtischen und ländlichen Regionen, und erfolgt über niedergelassene Therapeuten.

Fazit

Die Studienlage ist nicht ausreichend, um Aussagen zum Nutzen und Schaden treffen zu können. Notwendig sind insbesondere qualitativ hochwertige Studien mit ausreichend langer Nachbeobachtungsdauer, um die Frage in Zukunft besser beantworten zu können.

Übersicht

Herausgeberkommentar 5

HTA-Kernaussagen 9

HTA-Überblick 22

1 Hintergrund 22
2 Fragestellungen 27
3 Methoden 28
4 Ergebnisse: Nutzenbewertung 33
5 Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung 51
6 Ergebnisse: Ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte 53
7 Zusammenführung der Ergebnisse 56
8 Diskussion 58
9 Schlussfolgerung 61

HTA-Details 63

A1 Projektverlauf 63
A2 Details der Methoden – Methodik gemäß Berichtsprotokoll 66
A3 Details der Ergebnisse: Nutzenbewertung 81
A4 Details der Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung 180
A5 Details der Ergebnisse: Ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte. 184
A6 Würdigung der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht 203
A7 Literatur 207
A8 Topics des EUnetHTA Core Models 215
A9 Studienlisten 216
A10 Suchstrategien 221
A11 Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte der externen Sachverständigen, der Reviewerin und von Betroffenen 225

Inhaltsverzeichnis

Herausgeberkommentar 5

HTA-Kernaussagen 9

Abbildungsverzeichnis 18
Tabellenverzeichnis 19
Abkürzungsverzeichnis 21

HTA-Überblick 22

1 Hintergrund 22
1.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund und Auftrag 22
1.2 Medizinischer Hintergrund 22
1.2.1 Angststörungen 22
1.2.2 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) 24
2 Fragestellungen 27
3 Methoden 28
3.1 Methoden Nutzenbewertung 28
3.2 Methoden gesundheitsökonomische Bewertung 30
3.3 Methoden ethische Aspekte 30
3.4 Methoden soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte 31
4 Ergebnisse: Nutzenbewertung 33
4.1 Ergebnisse der umfassenden Informationsbeschaffung 33
4.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien 33
4.3 Übersicht der bewertungsrelevanten Endpunkte 35
4.4 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene 37
4.5 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten 37
4.5.1 Ergebnisse zu Endpunkt Angst 37
4.5.2 Ergebnisse zu Endpunkt Depression 43
4.5.3 Ergebnisse zu Endpunkt Angstspezifische Effekte 43
4.5.4 Ergebnisse zu Endpunkt Psychosoziale Aspekte 44
4.5.5 Ergebnisse zu Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität 44
4.6 Landkarte der Beleglage 44
4.7 Diskussion 46
5 Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung 51

5.1 Interventionskosten ... 51
5.2 Kosteneffektivität ... 52
5.2.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung ... 52
5.2.2 Diskussion ... 52
6 Ergebnisse: Ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte ... 53
6.1 Ergebnisse zu ethischen Aspekten ... 53
6.2 Ergebnisse zu sozialen Aspekten ... 54
6.3 Ergebnisse zu rechtlichen Aspekten ... 55
6.4 Ergebnisse zu organisatorischen Aspekten ... 55
7 Zusammenführung der Ergebnisse ... 56
8 Diskussion ... 58
8.1 HTA-Bericht im Vergleich zu anderen Publikationen ... 58
8.2 HTA-Bericht im Vergleich zu Leitlinien ... 58
8.3 Kritische Reflexion des Vorgehens ... 59
9 Schlussfolgerung ... 61

HTA-Details ... 63

A1 Projektverlauf ... 63
A1.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts ... 63
A1.2 Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf ... 64
A2 Details der Methoden – Methodik gemäß Berichtsprotokoll ... 66
A2.1 Nutzenbewertung ... 66
A2.1.1 Kriterien für den Einschluss von Studien ... 66
A2.1.1.1 Population ... 66
A2.1.1.2 Prüf- und Vergleichsintervention ... 66
A2.1.1.3 Patientenrelevante Endpunkte ... 67
A2.1.1.4 Studientypen ... 67
A2.1.1.5 Studiendauer ... 68
A2.1.1.6 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Studieneinschluss ... 68
A2.1.1.7 Vorgehen im Falle einer Zulassungsänderung im Projektverlauf ... 68
A2.1.1.8 Einschluss von Studien, die die vorgenannten Kriterien nicht vollständig erfüllen ... 69
A2.1.2 Umfassende Informationsbeschaffung ... 69
A2.1.2.1 Primäre Informationsquellen ... 69
A2.1.2.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken ... 69
A2.1.2.3 Selektion relevanter Studien ... 70

A2.1.3 Informationsbewertung ... 71
A2.1.4 Informationsanalyse und -synthese ... 72
A2.1.4.1 Gegenüberstellung der Ergebnisse der Einzelstudien ... 72
A2.1.4.2 Metaanalysen ... 73
A2.1.4.3 Aussagen zur Beleglage ... 73
A2.1.4.4 Sensitivitätsanalysen ... 74
A2.1.4.5 Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren ... 75
A2.2 Ökonomische Bewertung ... 75
A2.2.1 Interventionskosten ... 75
A2.2.2 Kosteneffektivität ... 76
A2.2.2.1 Kriterien für den Einschluss von Studien in die systematische Übersicht ... 76
A2.2.2.1.1 Studientypen ... 76
A2.2.2.1.2 Gesundheitssystem beziehungsweise geografischer Bezug ... 76
A2.2.2.1.3 Tabellarische Darstellung der Kriterien ... 76
A2.2.2.2 Fokussierte Informationsbeschaffung ... 76
A2.2.2.2.1 Primäre Informationsquellen ... 77
A2.2.2.2.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken ... 77
A2.2.2.2.3 Selektion relevanter Publikationen ... 77
A2.2.2.3 Informationsbewertung ... 77
A2.2.2.4 Informationsanalyse und -synthese ... 78
A2.3 Ethische Aspekte ... 78
A2.3.1 Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung ethischer Implikationen ... 78
A2.3.2 Informationsbeschaffung ... 78
A2.3.3 Informationsaufbereitung ... 79
A2.4 Soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte ... 79
A2.4.1 Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Implikationen ... 79
A2.4.2 Informationsbeschaffung ... 79
A2.4.3 Informationsaufbereitung ... 80
A3 Details der Ergebnisse: Nutzenbewertung ... 81
A3.1 Umfassende Informationsbeschaffung ... 81
A3.1.1 Primäre Informationsquellen ... 81
A3.1.1.1 Bibliografische Datenbanken ... 81
A3.1.1.2 Studienregister ... 82
A3.1.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken ... 83

A3.1.2.1 Anwendung weiterer Suchtechniken ... 83
A3.1.2.2 Autorenanfragen ... 83
A3.1.2.3 Zusätzliche relevante Studien bzw. Dokumente ... 83
A3.1.2.4 Anhörung ... 84
A3.1.3 Resultierender Studienpool ... 84
A3.1.4 Studien ohne berichtete Ergebnisse ... 85
A3.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien ... 87
A3.2.1 Studiendesign und Studienpopulationen ... 87
A3.2.2 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ... 139
A3.3 Patientenrelevante Endpunkte ... 140
A3.3.1 Endpunkt Angst ... 175
A3.3.2 Endpunkt Depression ... 176
A3.3.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 177
A3.3.4 Metaanalysen ... 177
A3.3.5 Sensitivitätsanalysen ... 179
A3.3.6 Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren ... 179
A4 Details der Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung ... 180
A4.1 Bestimmung der Interventionskosten ... 180
A4.2 Kosteneffektivität ... 183
A4.2.1 Fokussierte Informationsbeschaffung ... 183
A4.2.1.1 Primäre Informationsquellen ... 183
A4.2.1.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken ... 183
A4.2.2 Ergebnisse zur Kosteneffektivität ... 183
A5 Details der Ergebnisse: Ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte ... 184
A5.1 Ethische Aspekte ... 184
A5.1.1 Recherche zu ethischen Aspekten der zu bewertenden Technologie ... 184
A5.1.2 Identifizierte ethische Aspekte ... 184
A5.2 Soziale Aspekte ... 199
A5.2.1 Recherche zu sozialen Aspekten der zu bewertenden Technologie ... 199
A5.2.2 Identifizierte soziale Aspekte ... 199
A5.3 Rechtliche Aspekte ... 199
A5.3.1 Recherche zu rechtlichen Aspekten der zu bewertenden Technologie ... 199
A5.3.2 Identifizierte rechtliche Aspekte ... 199
A5.4 Organisatorische Aspekte ... 202
A5.4.1 Recherche zu organisatorischen Aspekten der zu bewertenden Technologie ... 202

A5.4.2 Identifizierte organisatorische Aspekte 202
A6 Würdigung der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht 203
A6.1 Titeländerung 203
A6.2 Aussagen zur Wirkweise von EMDR 203
A6.3 Benennung der Kontrollgruppen 204
A6.4 Beschreibung der pharmazeutischen Therapie 204
A6.5 Beschreibung der Therapie bei Angststörungen 204
A6.6 Aussagen über die Effektivität von EMDR in der Traumatherapie 204
A6.7 Aussage zum Einsatz von EMDR in der Behandlung von Angststörungen 205
A6.8 Patientengruppen und Indikationen der eingeschlossenen Studien 205
A6.9 Effektivität der Kontrollgruppe 205
A6.10 Anwendung von EMDR bei Angststörungen 206
A7 Literatur 207
A8 Topics des EUnetHTA Core Models 215
A9 Studienlisten 216
A9.1 Studienlisten Nutzenbewertung 216
A9.1.1 Liste der eingeschlossenen Studien 216
A9.1.2 Liste der gesichteten systematischen Übersichten 218
A9.1.3 Liste der ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgründen 218
A9.2 Publikationslisten zu ethischen, sozialen, rechtlichen und organisatorischen Aspekten 220
A9.2.1 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu ethischen Aspekten 220
A9.2.2 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu rechtlichen Aspekten 220
A10 Suchstrategien 221
A10.1 Suchstrategien Nutzenbewertung und gesundheitsökonomische Bewertung 221
A10.1.1 Suchstrategien in bibliografischen Datenbanken 221
A10.1.2 Suche in Studienregistern 223
A11 Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte der externen Sachverständigen, der Reviewerin und von Betroffenen 225

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ergebnis der bibliografischen Recherche und der Studienselektion 82
Abbildung 2: Prüfungsangst; EMDR vs. „Keine Behandlung“; Endpunkt: State-Trait Anxiety Inventory 178
Abbildung 3: Prüfungsangst; EMDR vs. „Keine Behandlung“; Endpunkt: Test Anxiety Inventory 178
Abbildung 4: Flugangst; EMDR vs. Verhaltenstherapie; Endpunkt: Flight Anxiety Situations Questionnaire 178
Abbildung 5: Flugangst; EMDR vs. Verhaltenstherapie; Endpunkt: Flight Anxiety Modality Questionnaire 179

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Matrix der patientenrelevanten Endpunkte 36
Tabelle 2: Ergebnisse soziale Phobien 38
Tabelle 3: Ergebnisse andere Angststörungen 41
Tabelle 4: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte – Soziale Phobien 45
Tabelle 5: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte – Andere Angststörungen 46
Tabelle 6: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die Nutzenbewertung 68
Tabelle 7: Regelhaft abgeleitete Aussagesicherheiten für verschiedene Evidenzsituationen beim Vorliegen von Studien derselben qualitativen Ergebnissicherheit 74
Tabelle 8: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die ökonomische Bewertung 76
Tabelle 9: Übersicht zu Autorenanfragen 83
Tabelle 10: Zusätzlich identifizierte relevante Studien bzw. Dokumente 83
Tabelle 11: Studienpool der Nutzenbewertung 85
Tabelle 12: In der Informationsbeschaffung identifizierte Studien ohne berichtete Ergebnisse 86
Tabelle 13: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien zu sozialen Phobien 87
Tabelle 14: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien zu anderen Angststörungen 89
Tabelle 15: Charakterisierung der Studienpopulationen „soziale Phobien“ 93
Tabelle 16: Charakterisierung der Studienpopulationen „andere Angststörungen“ 96
Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“ 104
Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" 119
Tabelle 19: Verzerrungspotenzial auf Studienebene „soziale Phobien“ 139
Tabelle 20: Verzerrungspotenzial auf Studienebene „andere Angststörungen“ 140
Tabelle 21: Beschreibung der identifizierten Messinstrumente 142
Tabelle 22: Ergebnisse der Studien zu sozialen Phobien 143
Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen 154
Tabelle 24: Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Endpunktebene: Angst in Studien zu sozialen Phobien 175
Tabelle 25: Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Endpunktebene: Angst in Studien zu anderen Angststörungen 176

Tabelle 26: Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Endpunktebene: Depression in Studien zu anderen Angststörungen 176
Tabelle 27: Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Endpunktebene: Gesundheitsbezogene Lebensqualität in Studien zu anderen Angststörungen 177
Tabelle 28: Kosten der Prüfintervention und der Vergleichsintervention(en) 182
Tabelle 29: Studienpool ethische Aspekte 184
Tabelle 30: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten 185
Tabelle 31: Übergeordnete Fragestellung des Fragenkatalogs nach Hofmann [27] 192
Tabelle 32: Domänen des EUnetHTA Core Models 215

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
Az.	Aktenzeichen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte
CHEERS	Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EUnetHTA	European Network for Health Technology Assessment
FAM	Flight Anxiety Modality Questionnaire
FAS	Flight Anxiety Situations Questionnaire
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Classification of Diseases
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KI	Konfidenzintervall
KZT	Kurzzeittherapie
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
REM	Rapid Eye Movement
SGB	Sozialgesetzbuch
SSCI	Social Science Citation Index
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TAI	Test Anxiety Inventory
VG	Verwaltungsgericht
WHO	World Health Organization

HTA-Überblick

1 Hintergrund

1.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund und Auftrag

Gemäß § 139b Abs. 5 des Sozialgesetzbuchs (SGB) V gesetzliche Krankenversicherung (GKV) können Versicherte und interessierte Einzelpersonen beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Themen für die wissenschaftliche Bewertung von medizinischen Verfahren und Technologien vorschlagen. Die Themen für Health-Technology-Assessment (HTA)-Berichte können auf der Website des ThemenCheck Medizin eingereicht werden.

Ziel des ThemenCheck Medizin ist es, die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger an der evidenzbasierten Medizin zu fördern und Antworten auf Fragestellungen zu finden, die für die Versorgung von Patientinnen und Patienten besonders bedeutsam sind.

Einmal pro Jahr wählt das IQWiG unter Beteiligung von Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern bis zu 5 Themen für die Erstellung von HTA-Berichten aus. Mit der Bearbeitung der Fragestellung werden vom IQWiG externe Sachverständige beauftragt. Die durch die externen Sachverständigen erarbeiteten Ergebnisse werden gemeinsam mit einem Herausgeberkommentar des IQWiG als HTA-Bericht veröffentlicht.

Die HTA-Berichte leitet das IQWiG an Institutionen in Deutschland weiter, die zum Beispiel über die Leistungen und die Struktur des Gesundheitswesens entscheiden. Auf diese Weise sollen die Ergebnisse von HTA-Berichten Auswirkungen auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten haben.

1.2 Medizinischer Hintergrund

1.2.1 Angststörungen

Angststörungen sind in Deutschland mit einer 12-Monats-Prävalenz von 15,3 % weit verbreitet und stellen die am häufigsten auftretende Gruppe psychischer Störungen dar [1]. Frauen (21,3 %) sind dabei öfter betroffen als Männer (9,3 %) [1]. Unter dem Begriff „Angststörungen“ werden eine Reihe von Diagnosen psychischer Störungen zusammengefasst, die sich vor allem dadurch auszeichnen, dass Patientinnen und Patienten wiederholt starke Angstzustände empfinden, ohne dass sie sich in einer objektiv bedrohlichen Situation befinden [2]. Im Klassifikationssystem ICD-10 („Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“, Version 2018) wird zwischen phobischen Störungen (F40.-) und anderen Angststörungen (F41.-) unterschieden [3]. Zu den phobischen Störungen gehören Störungsbilder, bei denen die Angst durch einen bestimmten

Reiz oder eine bestimmte Situation ausgelöst wird. Die wichtigsten sind die Agoraphobie (F40.0-, unter anderem Angst vor großen Menschenmengen), die soziale Phobie (F40.1, Angst vor der Bewertung durch Andere) und die spezifischen Phobien (F40.2, Angst vor einem bestimmten Reiz wie zum Beispiel Tieren, Ärzten oder Höhe). Bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus der Diagnosegruppe anderer Angststörungen treten Panikattacken und Angstzustände unabhängig von externen Auslösern auf. Dazu gehören die Panikstörung (F41.0, unvorhersehbar auftretende Panikattacken), die generalisierte Angststörung (F41.1, ständiges Sorgen und Empfinden von Angst im Alltag) und die Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2, depressive Symptome und Angstsymptome treten gleichzeitig auf und bedingen sich gegenseitig, es herrscht jedoch keine der beiden Störungen eindeutig vor und keine rechtfertigt für sich genommen eine eigenständige Diagnose) [3].

Über die Ursachen der Entstehung einer Angststörung werden sowohl psychosoziale, psychologische, genetische als auch biologische Ursachen diskutiert. Auch scheinen sich die Ursachen je nach Typ der Angststörung zu unterscheiden. Ein moderater familiärer Einfluss scheint gesichert, sowohl durch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale als auch ungünstige Denkmuster, zum Beispiel Überschätzung von Wahrscheinlichkeiten für Gefahren oder übermäßigem Kontrollbedürfnis. Bei Panik- und generalisierten Angststörungen sowie sozialen Phobien wurden Veränderungen des Zusammenspiels von Botenstoffen im Gehirn, ähnlich wie bei Depressionen, beobachtet [4].

In Abhängigkeit des Ausmaßes der Symptome, kann es zu starken Einschränkungen im Leben der Betroffenen kommen. Meist werden bestimmte angstbesetzte Situationen oder Situationen, in denen das Auftreten einer Panikattacke befürchtet werden könnte („Angst vor der Angst“), vermieden. Das kann die Ausübung eines Berufes unmöglich machen oder Probleme bei der Aufrechterhaltung des sozialen Netzwerkes mit sich bringen. Oft sind notwendige Alltagsaktivitäten, wie Einkaufen gehen oder die Straßenbahn benutzen, nicht mehr möglich [5].

In der Verhaltenstherapie gilt die Exposition zur Behandlung von Angststörungen als die geläufigste Therapiemethode [6]. Die Patientin oder der Patient wird dabei mit der angstauslösenden Situation direkt konfrontiert und soll diese so lange aushalten bis die Angst abnimmt. Dabei soll ein Lernprozess stattfinden, durch den der Angstreiz als harmlos erkannt werden soll. Hierdurch sollen die Patientinnen und Patienten merken, dass trotz der hohen Angst keine negative Konsequenz auftritt. Dieses soll wiederum dazu führen, dass die Patientinnen und Patienten das nächste Mal in derselben Situation weniger Angst empfinden [6,7]. Neben der Verhaltenstherapie werden auch psychodynamische Therapieansätze (tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und Psychoanalyse) zur Behandlung von Angststörungen angewendet. Diese konzentrieren sich während des Therapieprozesses eher auf das Beziehungserleben und -verhalten der Patientin oder des Patienten. Durch das

Aufdecken intra- und interpersoneller Konflikte soll die Quelle der Angst identifiziert und direkt aufgearbeitet werden [8]. Auch eine medikamentöse Therapie von Angststörungen ist möglich. Genutzt werden dabei vor allem Serotonin(-Noradrenalin)-Wiederaufnahme-Hemmer, in zweiter Linie trizyklische Antidepressiva. Andere Wirkstoffe wie selektive Monoaminooxidasehemmer werden bei nicht Ansprechen auf Standardtherapien angewendet. Die Anwendung von Benzodiazepinen sollte aufgrund des hohen Abhängigkeitspotenzials vermieden werden. Nach der S3-Leitlinie werden psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlungen oder deren Kombination empfohlen [9].

Die Inanspruchnahme von den verschiedenen medizinischen Verfahren zur Behandlung von Angststörungen ist, trotz der Verfügbarkeit effektiver Behandlungsstrategien, niedrig [4]. Nur 44% der Befragten mit einer diagnostizierten Angststörung gaben beim Bundesgesundheitssurvey 1998 an, wegen Ihrer Erkrankung mindestens eine Institution jemals in Anspruch genommen zu haben. Dabei nehmen Frauen häufiger (46%) eine Behandlung in Anspruch als Männer (38%). Auch der Typ der Angststörung scheint einen Einfluss auf die Inanspruchnahme zu haben. Mit 74% werden Panikstörungen am häufigsten behandelt, gefolgt von generalisierten Angststörungen mit 62% und deutlich kleineren Anteilen anderer Angststörungen. Stationäre Versorgung wird mit ca. 10% von Frau und Männern gleichermaßen in Anspruch genommen, während ambulante Versorgung häufiger von Frauen (30%) als von Männern (24%) in Anspruch genommen wird. Am häufigsten werden psychotherapeutische Verfahren in der ambulanten Versorgung genutzt, ca. 50% bei Frauen und 40% bei Männern. Ausschließlich medikamentös werden ca. 41% der Frauen und 33% der Männer behandelt [4]. Insgesamt hat die Inanspruchnahme in den Jahren 2001 bis 2013 in Deutschland deutlich zugenommen und das sowohl im ambulanten als auch stationären Sektor [10].

1.2.2 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

„Eye Movement Desensitization and Reprocessing" bezeichnet eine Therapiemethode, die bisher vor allem in der Traumatherapie eingesetzt wird. Klassischerweise erfolgt die Behandlung mit EMDR mithilfe, oder aber angelehnt, an das Behandlungsprotokoll von Shapiro [13]. Zu Anfang der Therapie stehen der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung, die Aneignung von Stabilisationstechniken und die Übermittlung von Wissen über den Therapieablauf im Mittelpunkt. Im weiteren Verlauf wird eine Zielerinnerung identifiziert, die mit dem angstauslösenden Ereignis verbunden ist und in der Patientin oder in dem Patienten starke Emotionen, Körpersensationen und Gedanken auslöst. Während sie oder er sich ein besonders einprägendes Bild des Ereignisses vor Augen ruft, leitet die Therapeutin oder der Therapeut dazu an, die Augen von Seite zu Seite zu bewegen. Meistens werden hierzu über einen kurzen Zeitraum zwei Finger im Blickfeld der Patientin oder des Patienten hin und her bewegt, die mit den Augen verfolgt werden. Durch das Hin- und Herbewegen soll ein

Verarbeitungsprozess angeregt werden, durch den die einzelnen Eindrücke der Angstsituation zusammengeführt und als eine integrierte Erinnerung „abgelegt“ werden können. Der Wirkmechanismus von EMDR ist nicht abschließend geklärt. Laut Darstellung der Vertreter von EMDR soll hierbei eine „bilaterale Hemisphärenstimulation“ (eine wechselseitige Aktivierung der beiden Gehirnhälften um ein besseres Zusammenspiel zu ermöglichen) erzeugt werden. Diese soll der Rapid Eye Movement (REM) Phase während des Schlafes ähneln. Im Anschluss werden neu aufkommende Wahrnehmungen (Bilder, Emotionen, Gedanken) besprochen und dann im nächsten Durchlauf des Verfahrens bearbeitet. Nach mehreren Wiederholungen sollte die negative Reaktion auf die Erinnerung immer schwächer werden. Zwischen den einzelnen Sitzungen wird immer wieder der aktuelle Fortschritt evaluiert und es wird sichergestellt, dass die Patientin oder der Patient in der Lage ist, sich selbst zu regulieren und zu stabilisieren, um gut mit den ausgelösten Reaktionen umgehen zu können. Zusätzlich zur visuellen Stimulation können auch im Wechsel rechts und links Töne abgespielt werden oder die Therapeutin oder der Therapeut berührt abwechselnd die Hände der Patientin oder des Patienten [14]. Eine Herausforderung kann dabei die Auswahl der Zielerinnerung darstellen. Oft ist kein auslösendes Ereignis bekannt, sodass eine geeignete Alternativerinnerung gefunden werden muss.

Auch in der Therapie von Angststörungen wird EMDR als Therapieverfahren angewendet [15]. Im Rahmen der Angststörungen kann die letzte Situation herangezogen werden, in der es zu einer Konfrontation mit einem angstauslösenden Reiz gekommen ist, oder eine länger zurückliegende Situation, in der die Patientin oder der Patient eine starke Angst empfunden hat. Leidet die oder der Betroffene unter einer Panikstörung, ist es auch möglich, die Erinnerung an eine Panikattacke direkt zu bearbeiten [16].

Seit 2015 ist in Deutschland die Behandlung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) durch EMDR anerkannt und wird im Zuge einer Psychotherapie durch die GKV erstattet [17].

Die Voraussetzung für die Nutzung des Verfahrens liegt in der Ausbildung des Therapeuten. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat seit der Anerkennung von EMDR als Behandlungsmethode durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 3. Januar 2015 eine, seit dem 15. Januar 2015 geltende Qualifikationspflicht, eingeführt. Die Psychotherapievereinbarung wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband beschlossen.

§§ 5 und 6 Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 Bundesmantelvertrag–Ärzte (BMV-Ä)) regeln die Qualifikationsvoraussetzungen von ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten seit dem 3. Januar 2015, ohne dass sich dabei Änderungen an das Qualifikationsniveau ergeben hätten [18].

„Damit ein Psychotherapeut innerhalb einer Psychotherapie EMDR [Behandlung von PTBS] einsetzen darf, muss er bestimmte theoretische und praktische Qualifikationen nachweisen. Diese sind in neuen Regelungen der Psychotherapie-Vereinbarungen festgelegt, die heute in Kraft treten. Dazu gehören mindestens 40 Stunden Theorie in Traumabehandlung und EMDR und mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit EMDR bei erwachsenen Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Behandlungen erfolgen unter kontinuierlicher Supervision im Umfang von mindestens zehn Stunden. Insgesamt müssen mindestens fünf EMDR Behandlungen abgeschlossen worden sein. Mit diesen Anforderungen wird klargestellt, dass die praktischen Kenntnisse ausschließlich in der Behandlung von erwachsenen Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erwerben sind, für die EMDR zugelassen und für die ihre Wirksamkeit nachgewiesen wurde. So wird auch Fehlanreizen vorgebeugt, EMDR bei anderen Patienten und weiteren Diagnosen einzusetzen“ [19].

Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker setzen vielfach das Verfahren „Wingwave“ äquivalent zu EMDR bei der Behandlung von Angststörungen ein. „Wingwave“ beschreibt sich hingegen als Coaching, nicht als Therapie. Dieses Verfahren ist eine Zusammensetzung aus verschiedenen Elementen: Bilaterale Hemisphärenstimulation (gleiches Prinzip wie EMDR), neurolinguistisches Coaching (zielgerichtete Sprache) und ein kinesiologischer Muskeltest (zum Aufdecken von Stressfaktoren) [20]. Die Fachgesellschaft für EMDR, EMDRIA e.V., begrenzt den Zugang zur Ausbildung in EMDR auf approbierte Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen sowie Therapeutinnen/Therapeuten für Kinder und Jugendliche. Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker können am einzigen deutschen autorisierten Partnerinstitut von Dr. Francine Shapiro die Ausbildung in EMDR nicht durchführen. Allerdings stellen andere (nicht autorisierte) Institutionen eine Ausbildung für andere Berufsgruppen (Heilpraktiker, Kunst- und Musiktherapeuten, etc.) zur Verfügung [21,22]. Für Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, die EMDR sowie „Wingwave“ einsetzen, gilt laut Heilpraktikergesetz – im Lichte der Rechtsprechung interpretiert –: solange sichergestellt ist, dass der Betreffende (Heilpraktiker) die Grenzen seines Könnens kennt und beachtet, kann/darf er auf einem abgrenzbaren Gebiet mit speziellen Therapieformen heilkundlich tätig sein [23].

2 Fragestellungen

Die Ziele der vorliegenden Untersuchung sind

- die Nutzenbewertung einer Behandlung mit EMDR im Vergleich zu einem Vorgehen ohne EMDR bei Patientinnen und Patienten mit Angststörungen hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte,
- die Bestimmung der Kosten, die bei der Behandlung mit EMDR im Vergleich zu einem Vorgehen ohne EMDR bei Patientinnen und Patienten mit Angststörungen entstehen (Interventionskosten),
- die Bewertung der Kosteneffektivität von EMDR im Vergleich zu einem Vorgehen ohne EMDR bei Patientinnen und Patienten mit Angststörungen sowie
- die Aufarbeitung ethischer, sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte, die mit der medizinischen Intervention verbunden sind.

3 Methoden

3.1 Methoden Nutzenbewertung

Die Zielpopulation der Nutzenbewertung bilden nach ICD-10 klassifiziert phobische Angststörungen (F40.-) und andere Angststörungen (F41.-) [3]. Die Prüfintervention bildet die Behandlung mit EMDR. Hierbei wurde sowohl eine Behandlung mit EMDR ergänzend zu einer medikamentösen, nicht-medikamentösen oder Kombination aus einer medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlung als auch eine Behandlung ausschließlich mit EMDR betrachtet. Als Vergleichsintervention galt jegliche Vergleichsgruppe, falls die Prüfintervention ausschließlich EMDR betrachtet wurde. Für den Fall, dass die Prüfintervention EMDR mit einer weiteren medikamentösen oder nicht-medikamentösen Behandlung betrachtet wurde, galt diese medikamentöse oder nicht-medikamentöse Behandlung allein, oder erweitert um weitere Interventionen, als Vergleichsgruppe.

Für die Untersuchung wurden folgende patientenrelevante Endpunkte betrachtet:

- Morbidität, unter anderem
  - Angst / Panik
  - Schweregrad der Erkrankung (allgemein oder störungsspezifisch)
  - Rückfall
  - Vermeidungsverhalten
  - Depressivität
  - Somatische Zustände (zum Beispiel Herzklopfen, Übelkeit)
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Gesundheitsbezogenes soziales Funktionsniveau einschließlich beruflicher und sozialer Teilhabe am Leben
- (Schwerwiegende) unerwünschte Ereignisse

Die wahrgenommene Belastung durch die Therapie und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Behandlung wurden zusätzlich betrachtet. Die Patientenzufriedenheit wird nur herangezogen, sofern hierbei gesundheitsbezogene Aspekte abgebildet werden. Ein (höherer) Nutzen kann sich allein auf Basis dieser Endpunkte jedoch nicht ergeben.

Alle betrachteten subjektiven Endpunkte sollten durch validierte Fragebögen erfasst werden.

Es wurden ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) in die Nutzenbewertung eingeschlossen. Hinsichtlich der Studiendauer bestand keine Einschränkung.

Eine systematische Literaturrecherche nach Primärliteratur wurde in den Datenbanken MEDLINE, Embase und Cochrane Central Register of Controlled Trials und PsycINFO durchgeführt. Parallel erfolgte eine Suche nach relevanten systematischen Übersichten in den Datenbanken MEDLINE, Embase, PsycINFO, Cochrane Database of Systematic Reviews und Health Technology Assessment Database.

Die folgenden Studienregister wurden durchsucht: U.S. National Institutes of Health, ClinicalTrials.gov; World Health Organization (WHO), International Clinical Trials Registry Platform Search Portal. Systematische Übersichten wurden hinsichtlich weiterer relevanter Studien beziehungsweise Dokumente gesichtet. Weiterhin wurden Handrecherchen durchgeführt und Autorenanfragen gestellt.

Die Selektion relevanter Studien erfolgte von 2 Reviewern unabhängig voneinander. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen den beiden Reviewern aufgelöst. Zur Einschätzung der qualitativen Ergebnissicherheit wurde das Verzerrungspotenzial auf Studien- und Endpunktebene bewertet und jeweils in niedrig oder hoch eingestuft. Die Ergebnisse der einzelnen Studien wurden nach Endpunkten geordnet beschrieben. Alle für die Bewertung notwendigen Informationen zu den Studiencharakteristika und den patientenrelevanten Endpunkten wurden aus den Unterlagen zu den eingeschlossenen Studien von einer Autorin oder einem Autor in standardisierte Tabellen extrahiert und vergleichend beschrieben und von einer zweiten Autorin oder einem zweiten Autor überprüft.

Sofern die Studien hinsichtlich der Fragestellung und relevanter Charakteristika innerhalb der Angstindikation und hinsichtlich der Vergleichsintervention vergleichbar waren und keine bedeutsame Heterogenität beobachtet wurde, wurden die Einzelergebnisse mithilfe von Metaanalysen quantitativ zusammengefasst.

Für jeden Endpunkt wurde eine Aussage zur Beleglage des (höheren) Nutzens und (höheren) Schadens in 4 Abstufungen bezüglich der jeweiligen Aussagesicherheit getroffen: Es lag entweder ein Beleg (höchste Aussagesicherheit), ein Hinweis (mittlere Aussagesicherheit), ein Anhaltspunkt (schwächste Aussagesicherheit) oder keine dieser 3 Situationen vor. Der letzte Fall trat ein, wenn keine Daten vorlagen oder die vorliegenden Daten keine der 3 übrigen Aussagen zuließen. In diesem Fall wurde die Aussage „Es liegt kein Anhaltspunkt für einen (höheren) Nutzen oder (höheren) Schaden vor“ getroffen [24].

Sofern möglich sollten Sensitivitätsanalysen zur Überprüfung der Robustheit der Ergebnisse durchgeführt werden. Potenzielle Subgruppenmerkmale sollten in Erwägung gezogen und wenn möglich Subgruppenanalysen durchgeführt werden.

3.2 Methoden gesundheitsökonomische Bewertung

Zur Bestimmung der Interventionskosten wurden die durchschnittlichen Ressourcenverbräuche bestimmt, die jeweils direkt bei Anwendung der Prüf- und Vergleichsintervention erforderlich sind.

Für die Bewertung der Kosteneffektivität sollten vergleichende Studien einbezogen werden, das heißt Kosten-Effektivitäts- / Wirksamkeits-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen oder Kosten-Nutzen-Analysen (im engeren Sinne). Es erfolgte keine Einschränkung auf Studien aus einem bestimmten Gesundheitssystem oder Land.

Es wurde eine fokussierte Recherche nach Primärstudien in den Datenbanken MEDLINE und Embase und systematischen Übersichten in beiden Datenbanken gemeinsam mit der Suche nach Literatur zur Nutzenbewertung, sowie der Health Technology Assessment Database, durchgeführt. Falls nötig, wurden Autorenanfragen gestellt.

Die identifizierte Literatur sollte von einem Reviewer hinsichtlich der Einschlusskriterien bewertet werden und das Ergebnis durch eine zweite Person qualitätsgesichert.

Alle für die Bewertung notwendigen Informationen sollten aus den Unterlagen zu den eingeschlossenen Publikationen in standardisierte Tabellen extrahiert werden.

Die Bewertung der Berichtsqualität der berücksichtigten gesundheitsökonomischen Studien sollte sich an den Kriterien des Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) Statement [25] orientieren, die Bewertung der Übertragbarkeit der Ergebnisse orientierte sich an den Kriterien des European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) HTA adaptation toolkit [26].

Die Ergebnisse zu der in den Studien berichteten Kosteneffektivität und die Schlussfolgerungen der Autoren sollten im HTA-Bericht vergleichend beschrieben werden. Dabei sollten insbesondere auch Aspekte der Qualität der dargestellten Studien und deren Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem diskutiert werden. Zu diskutieren war ebenfalls, welche Auswirkungen sich aus der Verwendung von Endpunkten ergeben, die von der Nutzenbewertung abweichen.

3.3 Methoden ethische Aspekte

Für die Informationsbeschaffung erfolgte in einem ersten Schritt eine Orientierung zu möglichen ethisch relevanten Argumenten und Aspekten durch eine Ausarbeitung des Hofmanschen Fragenkatalogs [27]. Anschließend wurde eine orientierende Recherche durchgeführt in den Datenbanken BELIT und ETHICSWEB. Außerdem wurden Interessenabhängige Informationsquellen, zum Beispiel Webseiten von Interessenvertretern recherchiert.

Informationen aus allen Informationsquellen der orientierenden Recherchen wurden von einer Reviewerin oder einem Reviewer auf Aussagen zu ethischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Technologie gesichtet. Das Ergebnis wurde durch eine zweite Person qualitätsgesichert.

Alle für die Informationsaufbereitung notwendigen Argumente und Aspekte wurden in Tabellen extrahiert in Orientierung an den übergeordneten Fragstellungen des vereinfachten Fragenkatalogs von Hofmann [27]. Es erfolgte eine Auseinandersetzung mit sozialen und moralischen Normen und Werten in Bezug auf EMDR.

3.4 Methoden soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte

Für die Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte wurden im Social Science Citation Index (SSCI) orientierende Recherchen durchgeführt.

Informationen aus allen Informationsquellen der orientierenden Recherchen wurden von einer Reviewerin oder einem Reviewer auf Aussagen zu sozialen, rechtlichen und / oder organisatorischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Technologie gesichtet. Das Ergebnis wurde durch eine zweite Person qualitätsgesichert.

Alle für die Informationsaufbereitung notwendigen Argumente und Aspekte sollten in Tabellen extrahiert werden.

Soziale Aspekte

Soziale und soziokulturelle Aspekte im HTA greifen die wechselseitigen Interaktionen zwischen Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethode und sozialer Umwelt (zum Beispiel Verteilung von Ressourcen in einer Gesellschaft, Zugang zu Technologien, Präferenzen von Patientinnen und Patienten, gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen) auf.

Die Informationsaufbereitung zu sozialen Aspekten sollte sich an dem von Mozygemba et al. vorgeschlagenem umfassenden konzeptionellen Rahmen orientieren [28].

Rechtliche Aspekte

Rechtliche Aspekte im HTA beziehen sich zum einen auf den rechtlichen Rahmen, in den die Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethode und deren Bewertung eingebettet ist (zum Beispiel Marktzulassung), und zum anderen auf die mit der Implementation und Nutzung der Gesundheitstechnologie verbundenen rechtlichen Aspekte (zum Beispiel Patientenautonomie). Unterschieden wird zwischen den technologie- und patienten-bezogenen rechtlichen Aspekten.

Die Informationsaufbereitung zu rechtlichen Aspekten orientierte sich an dem von Brönneke et al. entwickelten Leitfaden zur Identifikation von rechtlichen Aspekten [29].

Organisatorische Aspekte

Organisatorische Aspekte umfassen die Wechselwirkungen, welche durch eine Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethode auf die Organisation der Versorgung entstehen.

Die Informationsaufbereitung zu organisatorischen Aspekten sollte sich an dem von Perleth et al. vorgeschlagenen Raster zur Einschätzung der organisatorischen Folgen von Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethoden orientieren [30].

4 Ergebnisse: Nutzenbewertung

4.1 Ergebnisse der umfassenden Informationsbeschaffung

Die Informationsbeschaffung identifizierte 22 randomisierte kontrollierte Studien (23 Dokumente) als relevant für die Fragestellung der Nutzenbewertung. Es wurden 3 weitere Studien in Studienregistern identifiziert, der Status war jedoch unklar. Die letzte Suche fand am 29.05.2018 statt.

4.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

Von den 22 identifizierten Studien untersuchten 12 soziale Phobien und zehn andere Angststörungen. Diese Gruppierung erfolgte, da die Studien der Gruppe der sozialen Phobien recht homogen waren, sich aber stark von allen anderen Studien unterschieden. Dies betraf verschiedene Aspekte. Zum einen wiesen die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer Ähnlichkeiten auf, zum anderen war die Anwendungshäufigkeit von EMDR in dieser Gruppe homogener und auch die Erhebung der Endpunkte wies mehr Gemeinsamkeiten auf. Die Studien in der Gruppe soziale Phobien scheinen auch klinisch betrachtet mehr Ähnlichkeiten als die anderen Studien, die zu der Gruppe andere Angststörungen zugeteilt wurden, aufzuweisen, zum Beispiel hinsichtlich der Krankheitslast.

Soziale Phobien

Neun Studien der Gruppe soziale Phobien untersuchten Prüfungsangst bei vornehmlich College- und Universitätsstudenten. Sechs Studien wurden an US-amerikanischen Universitäten und Colleges [31-36], zwei Studien in Kanada [37,38] und eine in Südafrika durchgeführt [39]. Eine Studie schloss ausschließlich Frauen ein [35], aber auch in allen anderen Studien waren die Teilnehmerinnen/Teilnehmer zu zwei Drittel weiblich. Das Alter aller Patientinnen und Patienten hatte eine Spannweite von 27 bis 53. Zwei der Studien zu sozialen Phobien, Carrigan et al. und Foley et al., untersuchten Patientinnen und Patienten mit Angst vor öffentlichem Reden und wurden in den USA durchgeführt [40,41]. Eine der beiden Studien zu öffentlichem Reden schloss ausschließlich Frauen ein [40]. In der zweiten Studie war das Patientenkollektiv zu drei Viertel weiblich [41]. Eine Studie, Brooker et al., untersuchte Patientinnen und Patienten (Pianisten) mit Angst vor Konzertauftritten [42]. Diese wurde in Großbritannien durchgeführt. Zwei Drittel der Teilnehmerinnen/ Teilnehmer waren weiblich und zwischen 18 und 53 Jahren alt.

Einige dieser 12 Studien untersuchten mehrere Vergleiche. Acht Studien der sozialen Phobien verglichen EMDR mit „Keine Behandlung“ [31-33,35-37,41,42]. Blaise-Enright et al., Hampel et al. und Maxfield et al. untersuchten ausschließlich EMDR vs. „Keine Behandlung“ [31,33,37]. Stevens et al. verglichen neben EMDR mit „Keine Behandlung“ auch EMDR mit Verhaltenstherapie [36]. Foley et al. untersuchten drei Vergleiche, nämlich EMDR mit „Keine Behandlung“, EMDR mit EMDR mit einem Audio Stimulus und EMDR mit EMDR ohne einen

Stimulus [41]. Brooker et al. und Cook-Viennot et al. untersuchten neben EMDR vs. „Keine Behandlung“ noch EMDR vs. Hypnose bzw. EMDR vs. Biofeedback [32,42]. Johnson et al. verglichen EMDR mit „Keine Behandlung“ und EMDR mit EMDR ohne Stimulus [35]. Bauman et al. verglich EMDR mit EMDR mit einem anderen Stimulus (Fingertappen) und Gosseling et al. und Carrigan et al. verglichen EMDR nur mit EMDR ohne Stimulus [34,38,40]. Ten Cate et al. verglichen EMDR plus Verhaltenstherapie vs. Verhaltenstherapie [39].

Andere Angststörungen

Es wurden zehn Studien identifiziert, die andere Angststörungen untersuchten, davon untersuchten drei Panikstörungen. Zwei, Feske et al. und Goldstein et al., waren von einer Autorengruppe aus den USA und eine aus den Niederlanden, Horst et al. [43-45]. In allen Studien betrug der Anteil der Frauen mindestens zwei Drittel und die Patientinnen und Patienten waren im Mittel 38 Jahre alt und litten unter der Erkrankung seit durchschnittlich 5 bis 12 Jahren. Bei circa der Hälfte der Patientinnen und Patienten war eine weitere psychische Erkrankung diagnostiziert worden, wie zum Beispiel soziale Phobien. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die sich in pharmakologischer Therapie befanden, lag bei 10-50%. Vier Studien, Bates et al., Muris 1997a, Muris 1997b und Muris 1998 et al., untersuchten Arachnophobie (= Angst vor Spinnen) [46-49]. Die Studien wurden alle in den USA durchgeführt und drei wurden durch die gleiche Autorengruppe verfasst. Alle Teilnehmerinnen waren weiblich, eine Studie untersuchte Kinder bis 14 Jahren. In zwei Studien wurden Patientinnen und Patienten mit Flugangst behandelt [50,51]. Es handelt sich dabei um Zwillingsstudien von einer Forschergruppe aus Italien. Zwei Drittel der Teilnehmerinnen/Teilnehmer waren weiblich und im Mittel 43 Jahre alt. Weiterhin wurde eine Studie von Doering et al. identifiziert, die Dentalphobie untersuchte [52]. Die Studie wurde in Deutschland durchgeführt, mehr als drei Viertel der Patientinnen/Patienten waren weiblich und im Mittel 41 Jahre alt.

Einige dieser Studien untersuchten mehrere Vergleiche. Fünf dieser Studien verglichen EMDR mit „Keine Behandlung“ [43,44,46,47,52]. Davon verglichen Bates et al. und Doering et al. EMDR ausschließlich mit „Keine Behandlung“ [46,52]. Goldstein et al. untersuchte zusätzlich noch einen Vergleich mit Verhaltenstherapie, Feske et al. mit EMDR ohne Bewegung der Finger und Muris et al. 1997a mit imaginärer Exposition [43,44,47]. Muris et al. 1998 verglich EMDR mit einer In vivo Exposition und mit einer digitalen Exposition [48], während Muris et al. 1997b EMDR nur mit einer In vivo Exposition verglich [49]. Triscari et al. 2011 und Triscari et al. 2015 untersuchten EMDR vs. Verhaltenstherapie und Triscari et al. 2015 untersuchte zusätzlich EMDR vs. imaginäre Exposition [50,51]. Horst et al. verglich EMDR ausschließlich mit einer Verhaltenstherapie [45].

4.3 Übersicht der bewertungsrelevanten Endpunkte

Aus 19 Studien konnten Daten zu patientenrelevanten Endpunkten extrahiert werden. Tabelle 1 zeigt die Übersicht der verfügbaren Daten zu patientenrelevanten Endpunkten aus den eingeschlossenen Studien. Die Daten von drei Studien wurden nicht extrahiert. Im ersten Fall wurden die Ergebnisse nicht getrennt für die Interventions- und Vergleichsgruppe berichtet [40], im zweiten Fall betrug die Rate der Studienabbrecher mehr als 30% [35] und im dritten Fall betrug der Unterschied der Rate der Studienabbrecher zwischen beiden Gruppen mehr als 15% [44].

Tabelle 1: Matrix der patientenrelevanten Endpunkte

Studie	**Endpunkte**								
	Mortalität	**Morbidität**							**LQ**
	Gesamtmortalität / Gesamtüberleben	**Angst**	**Depression**	**Angstspezifische Effekte***	**Psychosoziale Aspekte****	**SUE**	**Abbruch wegen UE**	**Weitere**	**gesundheitsbezogene Lebensqualität (Instrument)**
Studien Soziale Phobien									
Bauman 1994	-	●	-	-	-	-	~	-	-
Blaise-Enright 1996	-	●	-	-	-	-	~	-	-
Brooker 2018	-	●	-	-	-	-	~	-	-
Cook-Vienot 2012	-	●	-	-	-	-	~	-	-
Foley 1995	-	●	-	-	-	-	~	-	-
Gosselin 1995	-	●	-	-	-	-	~	-	-
Hampel 1997	-	●	-	-	-	-	~	-	-
Maxfield 2000	-	●	-	-	-	-	~	-	-
Stevens 1999	-	●	-	-	-	-	~	-	-
Ten Cate 1998	-	●	-	-	-	-	~	-	-
Studien andere Angststörungen									
Bates 1996	-	●	-	-	-	-	~	-	-
Doering 2013	-	●	●	-	-	-	~	-	-
Feske 1997	-	●	●	●	●	-	~	-	-
Horst 2017	-	●	-	●	-	-	~	-	●
Muris 1997a	-	●	-	●	-	-	~	-	-
Muris 1997b	-	●	-	●	-	-	~	-	-
Muris 1998	-	●	-	●	-	-	~	-	-
Triscari 2011	-	●	-	-	-	-	~	-	-
Triscari 2015	-	●	-	-	-	-	~	-	-

● Daten wurden berichtet und waren verwertbar
○ Daten wurden berichtet aber waren nicht für Nutzenbewertung verwertbar
- es wurden keine Daten berichtet (keine weiteren Angaben) / der Endpunkt wurde nicht erhoben
~ unklar
LQ: gesundheitsbezogene Lebensqualität; SUE: schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis; UE: unerwünschtes Ereignis
* Schweregrad der Erkrankung (allgemein oder störungsspezifisch), Rückfall, Vermeidungsverhalten, Somatische Zustände (zum Beispiel Herzklopfen, Übelkeit)
**Gesundheitsbezogenes soziales Funktionsniveau einschließlich beruflicher und sozialer Teilhabe am Leben

4.4 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene

Das Verzerrungspotenzial auf Studienebene wurde für nur eine Studie als niedrig bewertet [45], hierbei wurde sowohl die Erzeugung der Randomisierungssequenz als auch die Verdeckung der Gruppenzuteilung beschrieben. Das Verzerrungspotenzial der übrigen 18 Studien wurde als hoch eingestuft. Dies lag an fehlenden Informationen über die adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz und die Verdeckung der Gruppenzuteilung. Außerdem wurde keine Studie verblindet durchgeführt, was jedoch bei dem Charakter der Intervention nicht möglich ist.

Das Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu allen Endpunkten wurde für alle Studien als hoch bewertet. Ob die Endpunkterheber verblindet waren, war unklar. Bis auf Bates et al. berichtete keine Studie über die Verblindung der Endpunkterheber [46]. Und auch ob das Intention-To-Treat-Prinzip adäquat umgesetzt war, war häufig unklar. Nur Cook-Vienot et al., Foley et al., Ten Cate et al. und Muris et al. 1997a berichteten von einem (korrekten) Einsatz des Intention-To-Treat-Prinzips [32,39,41,49].

4.5 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten

4.5.1 Ergebnisse zu Endpunkt Angst

Tabelle 2 und Tabelle 3 zeigen die Ergebnisse für soziale Phobien und andere Angststörungen. Die verschiedenen Skalen werden berichtet. Die Mittelwertsänderungen der Interventions- und Vergleichsgruppe werden gezeigt. Weiterhin wird der Unterschied zwischen den beiden Gruppen verglichen zu Studienbeginn dargestellt. In allen hier berichteten Angstskalen zeigen höhere Werte größere Angst, bzw. größere Änderungen der Mittelwerte eine größere Änderung der Angst. Negative Werte zeigen eine Reduktion der Angst.

In der Gruppe der Studien zu sozialen Phobien wurde über alle Studien hinweg unmittelbar (Foley et al. nach einer Woche) nach der Durchführung von EMDR eine Angstreduktion erzielt. Auch die aktiven Vergleichsinterventionen führten jedoch zu einer Angstreduktion. In welcher Gruppe die Angstreduktion größer war, unterschied sich von Studie zu Studie. Cook-Vienot et al. berichtete einen statistisch signifikanten Unterschied der Angstreduktion von EMDR gegenüber Biofeedback [32]. Auch die Vergleichsgruppe „Keine Behandlung“ erzielte in einigen Studien eine Angstreduktion nach erneuter Messung. Vier Studien berichteten eine statistisch signifikant größere Angstreduktion in der EMDR Gruppe gegenüber der „Keine Behandlung“ Gruppe [31-33,37]. Nach einem Monat zeigten Gosselin et al., nach anfänglicher Verringerung, eine leichte Erhöhung der Angst, parallel in der EMDR Gruppe und in der Gruppe EMDR ohne Augenbewegung [34]. Ten Cate et al. zeigten nach acht Wochen eine stärkere Angstreduktion in der Gruppe Rational Emotive Behaviour Therapy [39]. Es ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von EMDR gegenüber jeglicher betrachteten Vergleichstherapie.

Tabelle 2: Ergebnisse soziale Phobien

Studie Messinstrument (Wertebereich)	**Betrachteter Vergleich, Messzeitpunkt**	**Intervention**	**Vergleich**	**Intervention vs. Vergleich Änderung im Vergleich zu Studienbeginn**
		Änderung verglichen zu Studien-beginn MW *(SA)*[a]	**Änderung verglichen zu Studien-beginn MW *(SA)*[a]**	**Mittelwerts-differenz, p-Wert[a]**
Blaise-Enright 1996 TAI (20-80)	EMDR vs. keine Behandlung Unmittelbar nach Intervention	-13,75	-3,28	-10,47 *< 0,001*[b]
Brooker 2018 STAI (state anxiety) (20-80)	EMDR vs. keine Behandlung Unmittelbar nach Intervention	-10,87	-1,50	-9,37
Brooker 2018 STAI (trait anxiety) (20-80)	EMDR vs. keine Behandlung Unmittelbar nach Intervention	-5,19	-0,86	-4,33
Cook-Vienot 2012 TAI (20-80)	EMDR vs. keine Behandlung Bis zu 45 Tage nach Intervention	-30,40 *(7,4)*	-1,9 *(6,93)*	-28,50 *< 0,05*
Cook-Vienot 2012 STAI (20-80)	EMDR vs. keine Behandlung Bis zu 45 Tage nach Intervention	-13,90 *(7,06)*	-0,2 *(5,84)*	-13,7 *< 0,05*
Hampel 1997 TAI (20-80)	EMDR vs. keine Behandlung Unmittelbar nach Intervention	-49,00	-6,00	-43 *< 0,001*[b]
Hampel 1997 STAI (20-80)	EMDR vs. keine Behandlung Unmittelbar nach Intervention	-22,95	-13,44	-9,51
Maxfield 2000 TAI (20-80)	EMDR vs. keine Behandlung 0-4 Wochen nach Intervention	-13,43	-0,5	-12,93 *< 0,05*[b]
Maxfield 2000 STAI (20-80)	EMDR vs. keine Behandlung 0-4 Wochen nach Intervention	1,00	-1,25	2,25 *< 0,05*[b]
Maxfield 2000 FNE (12-60)	EMDR vs. keine Behandlung 0-4 Wochen nach Intervention	-7,83	-1,63	-6,2 *< 0,05*
Stevens 1999 TAI (20-80)	EMDR vs. keine Behandlung Unmittelbar nach Intervention	-49,19	-4,95	-44,24
Foley 1995 PRCA-24 (24-120)	EMDR vs. keine Behandlung 1 Woche nach Intervention	-8,00	1	-9,00
Foley 1995 PRPSA (34-170)	EMDR vs. keine Behandlung 1 Woche nach Intervention	-11,00	0,50	-11,50, *> 0,05*
Foley 1995 BASA (18-180)	EMDR vs. keine Behandlung 1 Woche nach Intervention	-19,00	-6,50	-12,50, *> 0,05*

(Fortsetzung)

Tabelle 2: Ergebnisse soziale Phobien (Fortsetzung)

Studie **Messinstrument** **(Wertebereich)**	**Betrachteter Vergleich,** **Messzeitpunkt**	**Intervention**	**Vergleich**	**Intervention vs. Vergleich** **Änderung im Vergleich zu Studienbeginn**
		Änderung verglichen zu Studien-beginn **MW *(SA)*[a]**	**Änderung verglichen zu Studien-beginn** **MW *(SA)*[a]**	**Mittelwerts-differenz, *p-Wert*[a]**
Brooker 2018 STAI (state anxiety) (20-80)	EMDR vs. Hypnose Unmittelbar nach Intervention	-10,87	-10,75	-0,12
Brooker 2018 STAI (trait anxiety) (20-80)	EMDR vs. Hypnose Unmittelbar nach Intervention	-5,19	-0,69	-4,5
Cook-Vienot 2012 TAI (20-80)	EMDR vs. Biofeedback Bis zu 45 Tage nach Intervention	-30,40 *(7,4)*	-10,5 *(11,81)*	-19,90, *< 0,05*
Cook-Vienot 2012 STAI (20-80)	EMDR vs. Biofeedback Bis zu 45 Tage nach Intervention	-13,90 *(7,06)*	-3,1 *(6,045)*	-10,8, *< 0,05*
Stevens 1999 TAI (20-80)	EMDR vs. KVT (REBT) Unmittelbar nach Intervention	-49,19	-12,88	-36,31
Foley 1995 PRCA-24 (24-120)	EMDR vs. keine Augenbewegung 1 Woche nach Intervention	-8,00	-15,00	7,00
Foley 1995 PRPSA (34-170)	EMDR vs. keine Augenbewegung 1 Woche nach Intervention	-11,00	-18,00	7,00, *> 0,05*
Foley 1995 BASA (18-180)	EMDR vs. keine Augenbewegung 1 Woche nach Intervention	-19,00	-12,50	-6,50, *> 0,05*
Gosselin 1995 TAI (20-80)	EMDR vs. keine Augenbewegung Unmittelbar nach Intervention 1 Monat nach Intervention	-6,55 (7,6) 4,43	-7,63 *(9,61)* 4,43	1,08, *0,088* 0
Bauman 1994 TAI (20-80)	EMDR vs. Fingertappen Unmittelbar nach Intervention	-6,94	-11,27	4,33
Foley 1995 PRCA-24 (24-120)	EMDR vs. Audio Stimulus 1 Woche nach Intervention	-8,00	-11,40	3,40
Foley 1995 PRPSA (34-170)	EMDR vs. Audio Stimulus 1 Woche nach Intervention	-11,00	-10,50	-0,50, *> 0,05*
Foley 1995 BASA (18-180)	EMDR vs. Audio Stimulus 1 Woche nach Intervention	-19,00	-12,50	-6,50, *> 0,05*

(Fortsetzung)

Tabelle 2: Ergebnisse soziale Phobien (Fortsetzung)

Studie **Messinstrument** **(Wertebereich)**	**Betrachteter Vergleich, Messzeitpunkt**	**Intervention**	**Vergleich**	**Intervention vs. Vergleich** **Änderung im Vergleich zu Studienbeginn**
		Änderung verglichen zu Studien-beginn **MW *(SA)*[a]**	**Änderung verglichen zu Studien-beginn** **MW *(SA)*[a]**	**Mittelwerts-differenz, *p-Wert*[a]**
Ten Cate 1998 DA-AAT (19-95)	EMDR plus KVT (REBT) vs. KVT (REBT) Unmittelbar nach Intervention 8 Wochen nach Intervention	 -1,33 -1,67	 1,67 -3,67	 0,33 2,00
Ten Cate 1998 STAI (20-80)	EMDR plus KVT (REBT) vs. KVT (REBT) Unmittelbar nach Intervention 8 Wochen nach Intervention	Nicht berichtet	Nicht berichtet	Nicht berichtet
Ten Cate 1998 STABS (50-250)	EMDR plus KVT (REBT) vs. KVT (REBT) Unmittelbar nach Intervention 8 Wochen nach Intervention	 -19,50 -27,33	 -53,50 -61,00	 34 33,67

a= Nur aufgeführt, wenn berichtet
b= Test auf Interaktion zwischen Zeit und Behandlung.

BASA: Behavioural assessment of speech anxiety; DA-AAT: Debilitating Anxiety Subscale of the Achievement Anxiety Test; EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; FNE: Fear of Negative Evaluation Scale; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; MW: Mittelwert; PRCA-24: Personal Report of Communication Anxiety-24; PRPSA: Personal Report of Public Speaking Anxiety; REBT: Rational Emotive Behaviour Therapy; SA: Standardabweichung; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; STABS: Suinn Test Anxiety Behaviour Scale; TAI: Test Anxiety Inventory; vs: versus

Auch in der Gruppe der Studien zu anderen Angststörungen erzielte die Anwendung von EMDR in allen Studien unmittelbar nach der Durchführung eine Angstreduktion. Bis auf zwei Studien zeigten auch die aktiven Vergleichsgruppen und die Gruppe „Keine Behandlung“ eine Angstreduktion. Dabei war die Ausprägung der Angstreduktion in beiden Gruppen ähnlich stark, bis auf die Gruppe „Keine Behandlung“, in der die Angstreduktion deutlich kleiner ausfiel. Nur in der Gruppe Arachnophobie war die Ausprägung der Angstreduktion auch bei „Keine Behandlung“ ähnlich wie durch EMDR [46,47]. Nur in der Studie von Doering et al. konnte eine statistisch signifikant höhere Angstreduktion durch EMDR gegenüber „Keine Behandlung“ gezeigt werden [52]. Es ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von EMDR gegenüber jeglicher betrachteten Vergleichstherapie.

Tabelle 3: Ergebnisse andere Angststörungen

Studie **Messinstrument (Wertebereich)**	**Betrachteter Vergleich, Messzeitpunkt**	**Intervention**	**Vergleich**	**Intervention vs. Vergleich** **Änderung im Vergleich zu Studienbeginn**
		Änderung verglichen zu Studien-beginn **MW *(SA)*[a]**	**Änderung verglichen zu Studien-beginn** **MW *(SA)*[a]**	**Mittelwerts-differenz, *p-Wert*[a]**
Panikstörung				
Feske 1997 BAI (0-63)	EMDR vs. keine Behandlung Unmittelbar nach Intervention	-12,50	-1,30	-11,20
Feske 1997 Häufigkeit der Panikattacke (n)	EMDR vs. keine Behandlung Unmittelbar nach Intervention	-2,43	-0,52	-1,91
Feske 1997 BSI (0-212)	EMDR vs. keine Behandlung Unmittelbar nach Intervention	-0,76	-0,10	-0,66
Feske 1997 BAI (0-63)	EMDR vs. keine Augenbewegung Unmittelbar nach Intervention	-12,60	-6,40	-6,20
Feske 1997 Häufigkeit der Panikattacke (n)	EMDR vs. keine Augenbewegung Unmittelbar nach Intervention	-2,33	-2,12	-0,21
Feske 1997 BSI (0-212)	EMDR vs. keine Augenbewegung Unmittelbar nach Intervention	-0,81	-0,28	-0,53
Horst 2017 ACQ (14-70)	EMDR vs. KVT Unmittelbar nach Intervention 3 Monate nach Intervention	 -13,20 -11,70	 -9,40 -6,60	 -3,80 -5,10
Arachnophobie				
Bates 1996 Angst berichtet (NRS 0-10)	EMDR vs. keine Behandlung Unmittelbar nach Intervention	-2,57	-3,14	0,57, *> 0,05*
Muris 1997a SPQ (0-15)	EMDR vs. keine Behandlung Unmittelbar nach Intervention	-7,13	-10,25	3,12, *> 0,05*
Muris 1997a SPQ (0-15)	EMDR vs. In vivo Exposition Unmittelbar nach Intervention	-7,13	-5,25	-1,88, *> 0,05*
Muris 1997b SPQ-Children (0-15)	EMDR vs. In vivo Exposition Unmittelbar nach Intervention	-6,55	1,12	-7,67, *> 0,05*
Muris 1997b SAM (3-27)	EMDR vs. In vivo Exposition Unmittelbar nach Intervention	-9,64	-8,58	-1,06, *> 0,05*

(Fortsetzung)

Tabelle 3: Ergebnisse andere Angststörungen (Fortsetzung)

Studie Messinstrument (Wertebereich)	**Betrachteter Vergleich, Messzeitpunkt**	**Intervention**	**Vergleich**	**Intervention vs. Vergleich Änderung im Vergleich zu Studienbeginn**
		Änderung verglichen zu Studien-beginn MW *(SA)*[a]	**Änderung verglichen zu Studien-beginn MW *(SA)*[a]**	**Mittelwerts-differenz, *p-Wert*[a]**
Arachnophobie				
Muris 1998 SPQ-Children (0-15)	EMDR vs. In vivo Exposition Unmittelbar nach Intervention	-4,11	-5,33	1,22, *< 0,05*
Muris 1998 SPQ-Children (0-15)	EMDR vs. Imaginäre Exposition Unmittelbar nach Intervention	-4,11	-4,25	0,14, *> 0,05*
Muris 1998 SAM (3-27)	EMDR vs. In vivo Exposition Unmittelbar nach Intervention	-9,89	-11,00	1,11, *0,1*
Muris 1998 SAM (3-27)	EMDR vs. Imaginäre Exposition Unmittelbar nach Intervention	-9,89	-9,37	-0,52, *< 0,05*
Dentalphobie				
Doering 2013 BSI (0-212)	EMDR vs. keine Behandlung Unmittelbar nach Intervention	-4,20	-1,90	-2,30, *0,4*
Doering 2013 DAS (4-20)	EMDR vs. keine Behandlung Unmittelbar nach Intervention	-5,00	-0,20	-4,80, *< 0,001*
Doering 2013 DFS (20-100)	EMDR vs. keine Behandlung Unmittelbar nach Intervention	-18,80	-2,00	-16,80, *< 0,001*
Doering 2013 HADS-A (0-18)	EMDR vs. keine Behandlung Unmittelbar nach Intervention	-1,10	0,10	-1,20, *0,19*
Flugangst				
Triscari 2011 FAS (32-160)	EMDR vs. KVT (SD) Unmittelbar nach Intervention	-46,80	-45,00	-1,80
Triscari 2011 FAM (18-90)	EMDR vs. KVT (SD) Unmittelbar nach Intervention	-21,00	-23,70	2,70
Triscari 2015 FAS (32-160)	EMDR vs. KVT (SD) Unmittelbar nach Intervention 1 Jahr nach Intervention	 -47,23 -48,00	 -49,00 -49,83	 1,77 1,83
Triscari 2015 FAS (32-160)	EMDR vs. KVT (VRET) Unmittelbar nach Intervention 1 Jahr nach Intervention	 -47,23 -48,00	 -47,00 -46,69	 -0,23 -1,31

(Fortsetzung)

Tabelle 3: Ergebnisse andere Angststörungen (Fortsetzung)

Studie Messinstrument (Wertebereich)	**Betrachteter Vergleich, Messzeitpunkt**	**Intervention**	**Vergleich**	**Intervention vs. Vergleich Änderung im Vergleich zu Studienbeginn**
		Änderung verglichen zu Studien-beginn MW *(SA)*[a]	**Änderung verglichen zu Studien-beginn MW *(SA)*[a]**	**Mittelwerts-differenz, *p-Wert*[a]**
Flugangst				
Triscari 2015 FAM (18-90)	EMDR vs. KVT (SD) Unmittelbar nach Intervention 1 Jahr nach Intervention	 -21,55 -23,28	 -23,41 -21,49	 1,86 -1,79
Triscari 2015 FAM (18-90)	EMDR vs. KVT (VRET) Unmittelbar nach Intervention 1 Jahr nach Intervention	 -21,55 -23,28	 -24,14 -25,13	 2,59 1,85

a= Nur aufgeführt wenn berichtet

ACQ: Agoraphobic Cognitions Questionnaire; BAI: Beck Anxiety Inventory; BSI: Brief Symptom Inventory; DAS: Dental Anxiety Scale; DFS: Dental Fear Survey; EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; FAM: Flight Anxiety Modality Questionnaire; FAS: Flight Anxiety Situations Questionnaire; HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; MW: Mittelwert; NRS: Numeric Rating Scale; RCT: randomized controlled trial; SA: Standardabweichung; SAM: Self Assessment Manikin; SD: systematic desensitization; SPQ: Spider Phobia Questionnaire; VRET: Virtual reality exposure therapy; vs.: versus

4.5.2 Ergebnisse zu Endpunkt Depression

Depression wurde in zwei Studien für die Patienten und Patientinnen mit „anderen Angststörungen“ berichtet [43,52]. Die Ergebnisse zeigten einen Unterschied in der Änderung vor und nach Intervention zum Vorteil von EMDR, jedoch ist dieser bei Doering et al. statistisch nicht signifikant (p=0,4) und Feske et al. berichteten keine Konfidenzintervalle (KI) oder p-Werte. Es ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von EMDR gegenüber „Keine Behandlung“ und „EMDR ohne Augenbewegung“.

4.5.3 Ergebnisse zu Endpunkt Angstspezifische Effekte

Einige Studien aus dem Kollektiv „andere Angststörungen“ berichteten verschiedene angstspezifische Effekte. Vermeidungsverhalten wurde von fünf Studien berichtet; zwei Studien, die Panikstörungen untersuchten und drei Studien, die Arachnophobie untersuchten. In der Gruppe Panikstörung zeigten Interventions- und Vergleichsgruppe eine Verbesserung des Vermeidungsverhaltens [43,45]. Feske et al. zeigten sogar in der Gruppe „Keine Behandlung“ eine geringe Besserung. Insgesamt waren die Unterschiede der Änderung vor

und nach der Intervention zwischen den Gruppen klein, es wurden keine Konfidenzintervalle oder p-Werte berichtet. In der Gruppe Arachnophobie konnte keine statistische Signifikanz (p>0,05) hinsichtlich der Unterschiede der Änderungen vor und nach der Intervention zwischen den Vergleichsgruppen festgestellt werden [47-49]. Alle Vergleiche zeigten jedoch etwas größere Verbesserungen in der EMDR Gruppe als in der Kontrollgruppe.

Beide Studien der Gruppe Panikstörungen berichteten somatische Effekte (zum Beispiel Übelkeit) durch die Angst, die mithilfe von Skalen gemessen wurden. Die Ergebnisse zeigten einen Unterschied in der Änderung vor und nach Intervention zum Vorteil von EMDR, jedoch berichteten sie keine Konfidenzintervalle oder p-Werte. Es ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von EMDR gegenüber jeglicher betrachteten Vergleichstherapie.

4.5.4 Ergebnisse zu Endpunkt Psychosoziale Aspekte

Feske et al. berichteten die Beeinträchtigung im Sozialleben, hervorgerufen durch die Angst, gemessen mithilfe des Agoraphobic Cognitions Questionnaire – Social Concerns und des Panic Appraisal Inventory – Social Concerns. Die Ergebnisse zeigten einen sehr kleinen Unterschied in der Änderung vor und nach Intervention zum Vorteil von EMDR, jedoch berichteten sie keine Konfidenzintervalle oder p-Werte. Es ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von EMDR gegenüber „Keine Behandlung“ und „EMDR ohne Augenbewegung“.

4.5.5 Ergebnisse zu Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Horst et al. berichteten gesundheitsbezogene Lebensqualität beim Vergleich EMDR mit Verhaltenstherapie. Beide Gruppen erzielten einen Zugewinn an Lebensqualität sowohl unmittelbar nach Durchführung als auch nach drei Monaten. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist jedoch sehr klein und es wurden keine Konfidenzintervalle oder p-Werte berichtet [45]. Es ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von EMDR gegenüber Verhaltenstherapie.

4.6 Landkarte der Beleglage

Die folgende Tabelle 4 und Tabelle 5 zeigen die Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte.

Tabelle 4: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte – Soziale Phobien

Soziale Phobien	**Morta-lität**	**Morbidität**			**Gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie psychosoziale Aspekte**	
		Angst	**De-pres-sion**	**Angst-spezifische Effekte ***	**Gesundheits-bezogene Lebensqualität**	**Psychosoziale Aspekte****
EMDR vs. keine Behandlung	-	(⇔) Bl, Br, Co, Fo, Ha, Ma, Ste	-	-	-	-
EMDR vs. Verhaltenstherapie	-	⇔ Ste	-	-	-	-
EMDR plus Verhaltenstherapie vs. Verhaltenstherapie	-	⇔ Te	-	-	-	-
EMDR vs. EMDR mit einem anderem Stimulus	-	⇔ Ba, Fo	-	-	-	-
EMDR vs. EMDR ohne Stimulus	-	⇔ Fo, Go	-	-	-	-
EMDR vs. Hypnose /Biofeedback	-	⇔ Br, Co,	-	-	-	-

⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis
(⇔): kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis; das 95 %-Konfidenzintervall für den relativen Effekt ist so unpräzise, dass weder eine Halbierung noch eine Verdopplung des Effekts ausgeschlossen werden kann
-: keine Daten berichtet
EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
Ba: Bauman et al., Bl: Blaise-Enright et al., Br: Brooker et al., Co: Cook-Vienot et al., Fo: Foley et al., Go: Gosselin et al., Ha: Hampel et al., Ma: Maxfield et al., Ste: Stevens et al., Te: Ten Cate et al.
* Schweregrad der Erkrankung (allgemein oder störungsspezifisch), Rückfall, Vermeidungsverhalten, Somatische Zustände (zum Beispiel Herzklopfen, Übelkeit)
** Gesundheitsbezogenes soziales Funktionsniveau einschließlich beruflicher und sozialer Teilhabe am Leben

Tabelle 5: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte – Andere Angststörungen

Andere Angststörungen	**Mortalität**	**Morbidität**			**Gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie psychosoziale Aspekte**	
		Angst	**Depression**	**Angstspezifische Effekte ***	**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Psychosoziale Aspekte****
Panikstörungen						
EMDR vs. keine Behandlung	-	⇔ Fe	⇔ Fe	⇔ Fe	-	⇔ Fe
EMDR vs. Verhaltenstherapie	-	⇔ Ho	-	⇔ Ho	⇔ Ho	-
EMDR vs. EMDR ohne Augenbewegung	-	⇔ Fe	⇔ Fe	⇔ Fe	-	⇔ Fe
Spezifische Phobien						
EMDR vs. keine Behandlung	-	⇔ Ba, Do, Mu a	⇔ Do	⇔ Mu a	-	-
EMDR vs. Verhaltenstherapie	-	(⇔) Tr a, Tr b	-	-	-	-
EMDR vs. (imaginäre) Exposition	-	⇔ Mu a , Mu b, Mu c	-	⇔ Mu a, Mu b, Mu c	-	-

⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis
(⇔): kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis; das 95 %-Konfidenzintervall für den relativen Effekt ist so unpräzise, dass weder eine Halbierung noch eine Verdopplung des Effekts ausgeschlossen werden kann
-: keine Daten berichtet
EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
Ba: Bates et al., Do: Doering et al., Fe: Feske et al., Ho: Horst et al., Mu a: Muris et al. 1997a, Mu b: Muris et al. 1997b, Mu c: Muris et al. 1998, Tr a: Triscari et al. 2011, Tr b: Triscari et al. 2015
* Schweregrad der Erkrankung (allgemein oder störungsspezifisch), Rückfall, Vermeidungsverhalten, Somatische Zustände (zum Beispiel Herzklopfen, Übelkeit)
**Gesundheitsbezogenes soziales Funktionsniveau einschließlich beruflicher und sozialer Teilhabe am Leben

4.7 Diskussion

Die Ergebnisse zeigen keine Hinweise oder Anhaltspunkte für einen Nutzen oder Schaden durch EMDR bei Angststörungen. Die Behandlung mit EMDR bei Angststörung führte immer zu einer mindestens leichten Symptomverbesserung, jedoch ist der Zeithorizont sehr kurzfristig (direkt nach der Intervention) und Ergebnisse für einen langfristigen Zeitraum liegen nicht vor. Allerdings führt auch die Durchführung der (aktiven)

Vergleichsinterventionen zu ähnlichen Ergebnissen, auch hier jedoch ohne langfristige Betrachtung.

Im Folgenden werden die Gründe für jede Vergleichsintervention diskutiert. Für die Gruppe soziale Phobien, wird der Endpunkt Angst betrachtet. Die Vergleiche EMDR vs. „Keine Behandlung“, EMDR vs. Verhaltenstherapie, EMDR plus Verhaltenstherapie vs. Verhaltenstherapie, EMDR vs. EMDR mit anderem Stimulus, EMDR vs. EMDR ohne Stimulus und EMDR vs. Hypnose/Biofeedback werden diskutiert. Die Gruppe andere Angststörungen wird nochmals in Panikstörungen und spezifische Phobien unterteilt. Innerhalb der Untergruppe Panikstörungen werden die Vergleiche EMDR vs. „Keine Behandlung“, EMDR vs. Verhaltenstherapie und EMDR vs. EMDR ohne Augenbewegung hinsichtlich aller betrachteten Endpunkte diskutiert. Innerhalb der Untergruppe spezifische Phobien werden für den Endpunkt Angst die Vergleiche EMDR vs. „Keine Behandlung“, EMDR vs. Verhaltenstherapie und EMDR vs. (imaginäre) Exposition diskutiert. Für die Endpunkte Depression und angstspezifische Effekte werden die Vergleiche EMDR vs. „Keine Behandlung“ und EMDR vs. (imaginäre) Exposition diskutiert.

Soziale Phobien

Für die Gruppe soziale Phobien ergab sich vergleichsübergreifend für den Endpunkt Angst kein Hinweis oder Anhaltspunkt.

- EMDR vs. „Keine Behandlung“: Sieben Studien berichten eine Verringerung der Angst nach der Anwendung von EMDR. Fünf von diesen Studien berichteten auch eine Reduktion der Angst in der Gruppe „Keine Behandlung“, jedoch war diese minimal und die Differenz der Angstreduktion zwischen beiden Gruppen war zum Teil statistisch signifikant. Es wurden zwei Metaanalysen mit Studien, die Prüfungsangst untersuchten (siehe A3.3.4), durchgeführt. Diese zeigen jedoch keine statistisch signifikanten Ergebnisse. Darüber hinaus erfolgte die Messung von Angst direkt nach Durchführung von EMDR und wurde nicht wiederholt. Die qualitative Ergebnissicherheit ist gering.
- EMDR vs. Verhaltenstherapie: Es handelt sich um eine einzelne Studie zu Prüfungsangst von Stevens et al., die eine statistisch signifikante Angstreduktion durch EMDR im Vergleich zu Verhaltenstherapie berichtet. Die Messung der Angst erfolgte nur direkt nach Durchführung von EMDR. Die qualitative Ergebnissicherheit ist gering.
- EMDR plus Verhaltenstherapie vs. Verhaltenstherapie: Es handelt sich um eine einzelne Studie von Ten Cate et al. zu Prüfungsangst. Beide Interventionen führen zu einer Angstreduktion. Nach acht Wochen wurde eine erneute Messung durchgeführt, diese zeigte eine stärkere Angstreduktion durch die Verhaltenstherapie alleine. Die qualitative Ergebnissicherheit ist gering.

- EMDR vs. EMDR mit einem anderen Stimulus: Es handelt sich um zwei Studien. Foley et al. vergleicht EMDR mit EMDR mit einem Audio Stimulus, während Bauman et al. EMDR mit EMDR mit Fingertappen vergleicht. Alle drei Verfahren erzeugen eine Angstreduktion. Der Unterschied ist gering und nicht statistisch signifikant. Die qualitative Ergebnissicherheit ist gering.
- EMDR vs. EMDR ohne Stimulus: Es handelt sich um zwei Studien, Foley et al. und Gosselin et al., in beiden Studien zeigt sich eine Angstreduktion in beiden Versuchsgruppen. Der Unterschied ist gering und nicht statistisch signifikant. Eine Studie berichtet eine erneute Messung nach einem Monat. In beiden Gruppen wurde erhöhte Angst gemessen. Die qualitative Ergebnissicherheit ist gering.
- EMDR vs. Hypnose /Biofeedback: Die Studie von Cook Viennot et al., die EMDR mit einem Biofeedbackverfahren vergleicht, berichtet eine statistisch signifikante Angstreduktion (für EMDR). In der Studie von Brooker et al. wird auf einer Angstskala eine ähnliche Angstreduktion durch Hypnose wie durch EMDR und auf einer anderen eine kleinere Angstreduktion berichtet. Die qualitative Ergebnissicherheit ist gering.

Neben dem kurzen Nachbeobachtungszeitraum und der teilweise sehr kleinen Teilnehmeranzahl, fällt zu dem auf, dass die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studien zu Prüfungsangst Psychologiestudenten der Universität waren, an der die Autoren ansässig waren. Weiterhin sind wenige Patientencharakteristika oder Ein- und Ausschlusskriterien berichtet, wodurch man nicht erfahren kann, ob die hier untersuchte Patientengruppe besonders behandlungsbedürftig ist.

Andere Angststörungen

Für die Gruppe andere Angststörungen ergab sich für Panikstörungen folgende Ableitung für alle betrachteten Endpunkte:

- EMDR vs. „Keine Behandlung“: Es handelt sich um eine einzelne Studie von Feske et al., die verschiedene Angstskalen und weitere Endpunkte (Depression, angstspezifische Effekte, Psychosoziale Aspekte) berichtet. Die Gruppe EMDR zeigt Angstreduktion und eine Verbesserung der anderen Endpunkte, in der Gruppe „Keine Behandlung“ konnten eine sehr geringe Angstreduktion und Verbesserung der anderen Endpunkte festgestellt werden. Die Effekte sind nicht statistisch signifikant und die qualitative Ergebnissicherheit ist gering.
- EMDR vs. Verhaltenstherapie: Es handelt sich um eine einzelne Studie von Horst et al., die verschiedene Angstskalen und weitere Endpunkte (angstspezifische Effekte, gesundheitsbezogene Lebensqualität) berichtet. Beide Gruppen zeigen eine Verbesserung der Symptomatik, wobei jedoch die Veränderung in der EMDR Gruppe (nicht statistisch signifikant) stärker ist. Drei Monate nach der Durchführung zeigen sich

vergleichbare, etwas abgeschwächte Effekte. Die qualitative Ergebnissicherheit ist gering.

- EMDR vs. EMDR ohne Augenbewegung: Es handelt sich um eine einzelne Studie von Feske et al., die verschiedene Angstskalen und weitere Endpunkte (Depression, angstspezifische Effekte, Psychosoziale Aspekte) berichtet. Die Gruppe EMDR zeigt Angstreduktion und eine Verbesserung der anderen Endpunkte. Die Gruppe EMDR ohne Augenbewegung zeigte ähnliche Änderungen, wenn auch geringer. Die Effekte sind nicht statistisch signifikant und die qualitative Ergebnissicherheit ist gering.

Wenn auch die Durchführung, vor allem bei Horst et al. mit 13 Sitzungen (Feske et al. sechs Sitzungen), annähernd der Praxis in der Behandlung von Angststörungen entspricht, ist die Nachbeobachtung mit drei Monaten zu kurz, um Aussagen über den Nutzen zu treffen.

Für die Gruppe spezifische Phobien für Endpunkt Angst:

- EMDR vs. „Keine Behandlung“: Zwei Studien, Bates et al. und Muris et al. 1997a, untersuchen Arachnophobie und zeigen sowohl in der EMDR als auch in der „Keine Behandlung“ Gruppe eine vergleichbar ausgeprägte Angstreduktion. Eine weitere Studie von Doering et al. untersucht Dentalphobie und zeigt eine statistisch signifikant stärkere Angstreduktion nach der Durchführung von EMDR. Die Messung erfolgte in allen Studien unmittelbar nach der Intervention. Die qualitative Ergebnissicherheit ist gering.
- EMDR vs. Verhaltenstherapie: Zwei Studien, Triscari et al. 2011 und 2015, die Flugangst untersuchten, zeigen in beiden Gruppen eine ähnliche Angstreduktion. Es wurde eine Metaanalyse durchgeführt, diese zeigte kein statistisch signifikantes Ergebnis. Eine Studie berichtet erneut Ergebnisse nach einem Jahr, wobei die Angstreduktion ähnlich stark wie direkt nach der Intervention ist und auch die Ergebnisse der beiden Gruppen kaum unterschiedlich sind. Die qualitative Ergebnissicherheit ist gering.
- EMDR vs. (imaginäre) Exposition: Es handelt sich um drei Studien, Muris et al. 1997a, 1997b und 1998, die alle in beiden Gruppen eine (ähnliche) Angstreduktion zeigen. Die Effekte sind nicht statistisch signifikant und die qualitative Ergebnissicherheit ist gering.

Für die Gruppe spezifische Phobien für Endpunkt Depression und angstspezifische Effekte:

- EMDR vs. „Keine Behandlung“: Die Studie von Doering et al., die Dentalphobie untersucht, zeigen eine geringe Verbesserung auf einer Depressionsskala in der EMDR Gruppe, während sich keine Verbesserung in der Gruppe „Keine Behandlung“ zeigt. Die Effekte sind statistisch nicht signifikant und die qualitative Ergebnissicherheit ist gering.
- EMDR vs. (imaginäre) Exposition: Es handelt sich um drei Studien, Muris et al. 1997a, 1997b und 1998, die alle in beiden Gruppen ein verringertes Vermeidungsverhalten nach

Durchführung der Intervention zeigen. Die Ausprägung in beiden Gruppen ist ähnlich und nicht statistisch signifikant. Die qualitative Ergebnissicherheit ist gering.

Auch die Studien zu spezifischen Phobien untersuchten kleine Patientengruppen über einen zu kurzen Zeitraum, um Aussagen über einen langfristigen Nutzen von EMDR zu treffen. Drei der Studien, die Arachnophobie untersuchten, stammen von dem gleichen Autorenteam. Die Fragestellungen unterscheiden sich nur sehr geringfügig und schließen jeweils ca. 24 Mädchen oder Frauen ein.

Triscari 2015 et al. ist die einzige Studie, die mit einem Jahr Nachbeobachtung zumindest mittelfristige Ergebnisse auswertet. Jedoch wurden auch hier insgesamt nur ca. 60 Patientinnen und Patienten beobachtet.

5 Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung

5.1 Interventionskosten

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses HTA Berichtes war die Anwendung von EMDR bei Angststörungen nicht durch die GKV erstattungsfähig. Dennoch konnten die möglichen Interventionskosten von einer EMDR Behandlung abgeschätzt werden, da EMDR bereits für eine andere Indikation, die PTBS, zugelassen und erstattungsfähig ist.

Eine Behandlung von Angststörungen als primäre Diagnose findet im Wesentlichen ambulant statt. Nur sehr schwere Fälle von Panikstörungen oder generalisierten Angststörungen werden stationär behandelt [53]. Eine stationäre Behandlung würde die Abrechnung über das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP) erfordern. Die Berechnung von Kosten einer stationären Behandlung wurde im Zuge dieses HTA Berichtes nicht durchgeführt. Es wurde sich ausschließlich auf die ambulante Behandlung konzentriert.

EMDR wird primär durch psychologische oder ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt. Die Durchführung kann aber auch durch Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker erfolgen („Wingwave“). Die Abrechnung von EMDR bei der Indikation PTBS findet über den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) unter der Kennziffer 35421/35422 als Kurzzeittherapie (KZT) 1 bzw. 2 (maximal 2 mal 12 Sitzungen) oder 35425 als Langzeittherapie als Verhaltenstherapie statt. Möglich ist auch die Abrechnung als tiefenpsychologische Psychotherapie über die Kennziffern 35401/35402 bzw. 35405. Die einzelne Sitzung wird mit 99,78 € angesetzt [54].

Die Erstattung einer EMDR Behandlung bei Angststörungen muss als Selbstzahler erfolgen. Für die Berechnung der Interventionskosten einer Behandlung bei psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird der EBM Katalog hinzugezogen (siehe oben). Für gewöhnlich ist eine Behandlung einer Angststörung durch Psychotherapie (Verhaltens- oder tiefenpsychologische Psychotherapie) abhängig von der Indikation, dem Typ der Angststörung, der Schwere und des persönliche Ansprechens der Patientin oder des Patienten auf die Therapie. Die S3-Leitlinie Behandlung von Angststörung empfiehlt für Panikstörung, Agoraphobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie und spezifische Phobien eine Verhaltenstherapie [53]. Für die Berechnung der Dauer einer Behandlung mit EMDR wurde angenommen, dass sie äquivalent zur Verhaltenstherapie erfolgt, da noch keine Daten zur effektiven Dauer einer EMDR Behandlung von Angststörungen vorliegen.

Der Leistungsumfang der GKV für Verhaltenstherapie im ambulanten Bereich beträgt bis zu 45 Anwendungen, bis zu 60 bei besonderer Schwere und bis zu 80 Anwendungen in besonders begründeten Ausnahmefällen. Für Panikstörung mit/ohne Agoraphobie und generalisierter Angststörung zeigte sich laut S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen eine durchschnittliche Anzahl von 10-25 Anwendungen als effektiv [53]. Für soziale Phobien ist die

Dauer einer Verhaltenstherapie unklar. Die Literatur zeigt, dass die verhaltenstherapeutische Behandlung im Durchschnitt nach 4 (Bandbreite 1-12) Anwendungen effektiv bei spezifischen Phobien ist [53]. Je nach Indikation kann von der Behandlung durch EMDR als KZT von durchschnittlich 24 Anwendungen ausgegangen werden, was Kosten von 2394,72 € entspricht. Für besonders schwere Fälle von Panikstörungen und generalisierter Angststörung kann die Therapie auch als Langzeittherapie veranschlagt werden (bis zu 70 Anwendungen), was Kosten von 6984,60 € ergeben würde.

Die Vergleichsintervention, die in diesem HTA Bericht herangezogen wurde, ist die Verhaltenstherapie. Diese ist im Gegensatz zu EMDR jedoch durch die GKVerstattungsfähig. Die Kosten der einzelnen Anwendung und die Dauer entsprechen der obigen Berechnung, das heißt die Kosten für EMDR und Verhaltenstherapie sind gleichermaßen abrechenbar. Kostenunterschiede zwischen EMDR und Verhaltenstherapie würden sich somit nur durch Unterschiede in der Behandlungsdauer bzw. Anzahl der Sitzungen ergeben.

5.2 Kosteneffektivität

5.2.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

Im Rahmen der fokussierten Informationsbeschaffung konnten keine relevanten gesundheitsökonomischen Evaluationen identifiziert werden. Die letzte Suche fand am 29.05.2018 statt.

5.2.2 Diskussion

Es liegt noch keine gesundheitsökonomische Evaluation der Behandlung von EMDR bei Angststörungen vor. Dies liegt möglicherweise daran, dass die primäre Indikation für EMDR die PTBS ist und (noch) keine Empfehlung für die Behandlung mit EMDR bei Angst-Patienten erfolgt ist [53]. In Bezug auf das deutsche Gesundheitssystem ist vor allem die Dauer einer Behandlung, also die Anzahl der Sitzungen, durch EMDR relevant. Verkürzt EMDR möglicherweise die Behandlungsdauer im Vergleich zu einer Verhaltenstherapie, könnte dies ein Einsparpotenzial bergen. Im Falle einer möglichen zukünftigen Erstattungsfähigkeit, ist also vor allem relevant, wie viele Therapiesitzungen notwendig sind und wie langfristig die Effekte sind. Da man davon ausgehen kann, dass die Kosten von EMDR pro Anwendung denen einer Verhaltenstherapie entsprechen würden, liegen zumindest punktuell gesehen keine höheren oder niedrigeren Kosten vor. Interessant wäre die Abwägung eines Vergleichs mit einer Verhaltenstherapie in Form einer Gruppentherapie, da EMDR nicht als Gruppentherapie angewendet werden kann, eine Verhaltenstherapie hingegen schon.

6 Ergebnisse: Ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte

6.1 Ergebnisse zu ethischen Aspekten

Je nach Ausmaß der Symptombelastung, führen Angststörungen zu massiven Einschränkungen in der selbstbestimmten Lebensgestaltung und sozioökonomischer Teilhabe Betroffener. Menschen, die unter Angststörungen leiden, sind als besonders vulnerabel einzuschätzen. Das bedeutet auch, dass therapeutische Beziehungen mit einer besonderen Fürsorge zu gestalten sind. Zugleich gilt es, die Selbstbestimmung jedes Einzelnen zu achten und zu fördern.

Wie auch therapeutische Ansätze aus der Verhaltenstherapie und den psychodynamischen Therapien nutzt die EMDR Therapie eine geleitete Auseinandersetzung mit angstauslösenden Situationen oder deren Ursachen. Diese Erinnerungen sollen im Rahmen der Therapie neu assoziiert und so durch positive Emotionen überschrieben werden. Zentrale Elemente der Therapie sind

- eine klare und eindeutige Diagnostik sowie Anamnese, die auch Falsch- und Überdiagnosen verhindern,
- die Anbahnung der therapeutischen Beziehung und
- die Stärkung der Selbstkontrolle der Betroffenen durch Stabilisationstechniken.

Die Nutzung einer schematischen Vorgehensweise, die wenig Rücksicht auf individuelle, persönlichkeitsbezogene und krankheitsspezifische Aspekte der betroffenen Menschen nimmt, ist kritisch zu bewerten. Dies kann dazu führen, dass die Therapie als nicht wirksam, angstfördernd oder sogar traumatisierend erlebt wird [55]. Metter warnt zudem davor, dass die grundlegenden Probleme der betroffenen Menschen mit Angststörungen nicht erkannt und angesprochen werden [55]. Als zentralen Faktor dafür benennt er den impliziten Zeit-/ Erfolgsdruck der Therapeutinnen und Therapeuten. Im Sinne der Fürsorge, deren Ziel Schutz und Stärkung der Betroffenen ist, müssen solche negativen Folgen vermieden werden.

Für die Sicherheit der EMDR Therapie und die Vermeidung von Komplikationen, beziehungsweise Nebenwirkungen erscheint daher die Ausbildung der Therapeutinnen und Therapeuten besonders wichtig. Die Ausbildung zur EMDR Therapeutin und zum EMDR Therapeuten unterliegt strikten Regelungen. Es gibt ein mehrstufiges Currikulum, welches durchlaufen werden muss. Praktische Erfahrung als Therapeutin/Therapeut ist eine Voraussetzung und weiterhin werden erfahrene Supervisoren eingebunden [56]. Jedoch ist die begleitende Supervision während der Therapieausübung mit ihren Anforderungen nicht wissenschaftlich untersucht. Sie ist jedoch notwendig, um die Maßnahme auch bereits in der Ausbildung durchzuführen. So wird auch die Patientensicherheit gewährleistet. Sind diese Bedingungen der Ausbildung und Supervision nicht erfüllt, kann die EMDR Therapie aus

ethischer Sicht negative Folgen haben. Insbesondere mit Blick auf die Selbstbestimmung Betroffener müssen diese dann entsprechend aufgeklärt werden, um entscheiden zu können, ob sie die Maßnahme dennoch durchführen möchten. Ohnehin ist eine gründliche Aufklärung angesichts der möglichen Belastung dringend notwendig.

Zur Kultursensibilität der EMDR Therapie und zur Therapie von Menschen mit sprachlichen Schwierigkeiten liegen keine klaren Hinweise vor. Jedoch wird die EMDR Therapie beispielsweise auch bei Menschen mit traumatischen Fluchterfahrungen angewendet. Ebenfalls nicht untersucht sind die Wechselwirkungen zwischen einer EMDR Therapie und möglichen soziokulturellen Aspekten, die, unabhängig von der grundlegenden Angststörung, Stigmatisierungen und Ausgrenzung fördern.

Neben diesen Aspekten, die die therapeutische Beziehung betreffen, sind auch forschungsethische Fragen zu klären. Zur EMDR Therapie liegen internationale Studien vor. Vielfach werden diese durch Forscher durchgeführt, die selbst EMDR Therapeutinnen oder EMDR Therapeuten sind. Die Ausbildung zur EMDR Therapeutin/zum EMDR Therapeuten verläuft über eigene Schulungszentren und ist als Schulungskonzept (beispielsweise für unabhängige Evaluationen) nicht frei zugänglich. Zudem wird eine Verbreitung der Technologie außerhalb der EMDR Community unterbunden. Begründet wird das mit Qualitätssicherungsmaßnahmen. Kritiker bemängeln, dass diese Exklusivität der Weiterverbreitung von Wissen innerhalb einer wissenschaftlichen Disziplin widerspricht und dazu führt, dass (Wirksamkeits-)Studien nur von Personen durchgeführt werden können, die zuvor viel Geld und Zeit in ihre Ausbildung investiert haben. Sie warnen vor möglichen (auch unbewussten) Beeinflussungen der Studienergebnisse [57].

6.2 Ergebnisse zu sozialen Aspekten

Im Rahmen der orientierenden Informationsbeschaffung konnten keine relevanten sozialen Aspekte identifiziert werden. Die letzte Suche fand am 29.05.2018 statt. Weiterhin wurden keine sozialen Aspekte identifiziert, die im besonderen Zusammenhang mit EMDR stehen könnten, vergleicht man diese mit anderen psychotherapeutischen Maßnahmen. Die Erfahrung mit der Erkrankung und psychotherapeutischen Maßnahmen ist individuell sehr unterschiedlich. Viele Patientinnen und Patienten suchen einige Jahre nach einer geeigneten psychotherapeutischen Maßnahme. Außerdem können vor allem Kosten einer psychotherapeutischen Maßnahme eine der größten Barrieren darstellen [58].

Wie bei allen Maßnahmen, die nicht durch den Leistungskatalog der GKV abgedeckt werden, sollte angemerkt werden, dass eine private Kostenübernahme dazu führen kann, dass bestimmte Gruppen bevor- oder benachteiligt werden. Einerseits Personen mit geringen finanziellen Mitteln, die die private Kostenübernahme nicht tätigen können, andererseits

Personen, die finanziell gut gestellt sind und möglicherweise eine nicht notwendige, nicht nützliche oder im schlimmsten Fall gefährliche Behandlung „verkauft bekommen“.

6.3 Ergebnisse zu rechtlichen Aspekten

Im Verhältnis EMDR Anwender zu Patient (Microebene) ist festzustellen, dass aus der Behandlungsmethode unmittelbar resultierende rechtliche Bedenken, die Zweck und Nutzen oder Nebenwirkungen des EMDR betreffen, nicht existieren, sofern EMDR von ausreichend qualifizierten Anwendern angewandt wird. Setzt man dieses voraus, ergeben sich in der Folge auch keine patientenbezogenen Bedenken.

Im Verhältnis der EMDR Anwender zu den Krankenkassen (Macroebene) ist festzustellen, dass eine Behandlung mit EMDR nur dann beihilfefähig und somit erstattungsfähig durch die Krankenkassen ist, wenn die/der behandelnde Therapeutin/Therapeut folgende Berufsbezeichnung vorweisen kann: Ausbildung als Ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeutin/ Psychotherapeut oder als approbierter Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/ Jugendlichenpsychotherapeut. Derzeit ist eine Abrechnung nur für die Indikation PTBS möglich.

6.4 Ergebnisse zu organisatorischen Aspekten

Im Rahmen der orientierenden Informationsbeschaffung konnten keine relevanten organisatorischen Aspekte identifiziert werden. Die letzte Suche fand am 29.05.2018 statt. Weiterhin wurden keine organisatorischen Aspekte identifiziert, die im besonderen Zusammenhang mit EMDR stehen könnten, vergleicht man diese mit anderen psychotherapeutischen Maßnahmen. Die größten Barrieren scheinen in diesem Zusammenhang Informationen über und Zugang zu einer psychotherapeutischen Maßnahme zu sein [58]. Der Zugang zu EMDR ist ortsabhängig, möglicherweise unterschiedlich in städtischen und ländlichen Regionen.

7 Zusammenführung der Ergebnisse

In diesem HTA Bericht wurde der Nutzen von EMDR bei verschiedenen Arten von Angststörungen bewertet. Eine grobe Unterteilung erfolgte in soziale Phobien und andere Angststörungen. Die Anwendung von EMDR bei sozialen Phobien wurde für die Indikation Prüfungsangst und Angst vor öffentlichem Reden oder öffentlichen Auftritten untersucht. Es konnte kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von EMDR gegenüber jeglicher betrachteten Vergleichstherapie abgeleitet werden.

Die Behandlung anderer Angststörungen durch EMDR wurde für die Indikationen Panikstörung, Arachnophobie, Dentalangst und Flugangst untersucht. Es konnte kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von EMDR gegenüber jeglicher betrachteten Vergleichstherapie abgeleitet werden.

Kritisch sind auch die allgemein geltenden Risiken bei psychotherapeutischen Verfahren, die sowohl bei EMDR als auch einer verhaltenstherapeutischen oder anderen Intervention auftreten können. Das größte Erfolgsrisiko besteht in einer problematischen Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten [59]. Die Patientin oder der Patient kann ein Abhängigkeitsgefühl von der Therapeutin/dem Therapeuten entwickeln, dass während der Behandlung nicht hinreichend bearbeitet wird. Weiterhin ist es möglich, dass die Patientin oder der Patient Belastung im Umgang mit seinem sozialen Umfeld erfährt.

Die Gesamtheit der sehr heterogenen Studien ergibt für keine der Indikationen einen Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen Nutzen durch die Anwendung von EMDR. Jedoch zeigte das durchgeführte Betroffenengespräch, dass sich die Wirkung individuell unterscheidet und langfristige Effekte haben kann.

Die Durchführung von EMDR ist auf den ersten Blick aus ethischer Sicht unbedenklich, da es sich um eine nicht invasive Maßnahme handelt, die oftmals als „Letzter Ausweg“ aus der Angst von Patientinnen und Patienten genutzt wird. Dennoch gibt es einige Kritikpunkte, die sich zum einen auf individuelle Reaktionen der Patientinnen und Patienten auf EMDR als aber auch auf die Gesamtwirkweise von EMDR beziehen. Da die EMDR Behandlung in der Regel standardisiert entsprechend des Handbuchs von Shapiro durchgeführt wird, kann es dazu kommen, dass die oder der individuelle Patientin/Patient negativ reagiert. So ist zum Beispiel mit Panikattacken zu rechnen, sofern die Patientin oder der Patient nicht über ausreichend Selbstkontrolle verfügt und das Angsterlebnis wiedererlebt. Es ist weiterhin nicht abschließend geklärt, wie genau EMDR wirkt. Die neuropsychologischen Grundlagen des Wirkmechanismus‘ sind umstritten, sie sollen aber der REM-Phase im Schlaf gleichen. Welche Auswirkungen dies auf die Traumaverarbeitung hat, ist unklar. Die Ausbildung und Qualifikation einer EMDR Therapeutin oder eines EMDR Therapeuten ist streng reguliert.

Ausreichend Erfahrung als Psychotherapeut/in und die Begleitung durch einen erfahrenen EMDR Supervisor ist geboten, um die Patientin und den Patienten zu schützen.

Der rechtliche ausbildungsbezogene Rahmen gibt das Berufsverständnis einer EMDR Therapeutin/eines EMDR Therapeuten vor. Zumal es sich um verschiedene Berufsgruppen, wie Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen und Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker handelt, ist die strikt regulierte Ausbildung notwendig, um einen Qualitätsstandard zu erhalten (seitens der Fachgesellschaft in einer curriculären Fortbildung vorgegeben). Auch sind die Erfahrung und der Umgang mit Nebenwirkungen essenziell. Weiterhin soll die strikte Einhaltung des Behandlungsprotokolls von Shapiro einen weiteren Qualitätsstandard erzeugen. Der Zugang zu EMDR ist ortsabhängig, möglicherweise unterschiedlich in städtischen und ländlichen Regionen, und erfolgt über niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten. Außerdem ist die Inanspruchnahme von EMDR möglicherweise sozioökonomisch benachteiligten Patientinnen und Patienten erschwert, da eine Behandlung nicht im Rahmen der GKV erstattet wird.

8 Diskussion

8.1 HTA-Bericht im Vergleich zu anderen Publikationen

In einer systematischen Übersicht von Valiente-Gomez et al. aus 2017 wurde EMDR hinsichtlich anderer Indikationen als PTBS untersucht [60]. Die Autoren schlossen für die Indikation Angststörungen Studien ein, die auch in diesem HTA Bericht eingeschlossen wurden, bzw. eine Studie, die auf Volltextebene ausgeschlossen wurde, da mehr als ein Drittel der Patientinnen und Patienten unter PTBS litten [61]. Die Autoren bewerteten Panikstörung mit den Studien von Feske et al. und Goldstein et al. und Dentalphobie und Flugangst mit Doering et al. bzw. Triscari et al. (2015) [43,44,50,52]. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Evidenz für eine erfolgreiche Behandlung von spezifischen Phobien wie Dental- und Flugangst mit EMDR vorliege, während diese bei Panikstörungen nicht vorliege bzw. nicht eindeutig den Nutzen von EMDR bestätige. Die Autoren betrachten bei Ihrer Einschätzung jedoch nicht die Kurzfristigkeit der Ergebnisse. Somit unterscheidet sich die Bewertung dahingehend grundlegend von der Bewertung, die in diesem HTA-Bericht vorgenommen wurde.

8.2 HTA-Bericht im Vergleich zu Leitlinien

Keine der betrachteten Leitlinien empfiehlt EMDR zur Behandlung einer Angststörung. Die deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörung empfiehlt: „Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie soll EMDR nicht empfohlen werden (A)“ mit der Begründung: „EMDR zeigte in RCTs nicht zweifelsfrei eine Überlegenheit gegenüber Wartelisten- und „psychologisches Placebo“ -Bedingungen (Leitlinienadaption)“. Zu anderen Indikationen gibt sie keine Empfehlung und stellt lediglich fest: „Eine kleine kontrollierte Studie bei Spinnenphobie fand keinen Unterschied zwischen EMDR und einer „no-treatment“-Bedingung (Bates et al. 1996)“ [53].

Die Leitlinie der World Federation of Societies of Biological Psychiatry Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders (2008) stellte fest: „EMDR wurde mit enttäuschenden Ergebnissen bei der Behandlung von Panikstörungen eingesetzt (*Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) has been used for panic disorder with disappointing results)* (Feske and Goldstein 1997; Goldstein et al. 2000)” [62]. Ebenso hält die Leitlinie der Canadian Psychiatric Association Clinical Practice Guidelines - Management of Anxiety Disorders (2006) fest: „Die Daten sind derzeit nicht ausreichen,d um eine Routine-Behandlung von EMDR zu empfehlen *(Data are currently insufficient to recommend routine use of eyemovement desensitization and reprocessing (EMDR))* (Feske and Goldstein 1997; Goldstein et al. 2000)” [63]. Und die Leitlinie der American Psychiatric Association riet 2009 von einer Empfehlung ab: „Empirische Daten über die Nutzung von EMDR zur Behandlung einer Panikstörung sind limitiert. In einer Studie zeigte sich, dass sechs Sitzungen EMDR gegenüber einer Warteliste überlegen waren; dennoch

hinterfragten die Forscher die klinische Signifikanz dieses Behandlungseffekts, da sehr wenige Patientinnen und Patienten nach drei Monaten Nachbeobachtung noch eine Besserung zeigten (*Empirical data on the use of EMDR in treating panic disorder are limited. In one trial, six sessions of EMDR were superior to a waiting-list control at posttreatment; however, the investigators questioned the clinical significance of the treatment's effect because very few patients who received EMDR showed substantial functional recovery at 3-month follow-up)* (Feske and Goldstein 1997). Eine weitere Studie schätzte EMDR als gleichwertig zu einer Aufmerksamkeits-Placebo-Kontrolle ein *(Another study found EMDR to be equivalent in its effects to a credible attention-placebo control)* (Goldstein et al. 2000). EMDR kann deshalb zum jetzigen Zeitpunkt nicht als Behandlung von Panikstörungen empfohlen werden"*(Eye movement desensitization and reprocessing therefore cannot be recommended as a treatment for panic disorder at this time)*" [64].

Alle betrachteten Leitlinien beziehen sich auf die fehlenden oder unzureichenden Daten einer Bewertung von EMDR bei der Behandlung von Angststörungen. Die drei internationalen Leitlinien beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Panikstörungen und nutzen die bereits bekannten Studien von Feske und Goldstein. Die deutsche S3-Leitlinie bezieht auch Arachnophobie in die Bewertung mit ein, kommt aber aufgrund von mangelnder Evidenz zu keiner Empfehlung zum Einsatz von EMDR bei Angststörungen. Die Empfehlungen der Leitlinien entsprechen grundsätzlich den Erkenntnissen dieses HTA Berichts, die Evidenzlage ist unzureichend um eine klare Empfehlung für eine Behandlung mit EMDR abzugeben, einen Schaden stellen die Leitlinienautoren allerdings auch nicht fest. Dennoch sind die internationalen Leitlinien mindestens zehn Jahre alt (die deutsche S3-Leitlinie stammt aus dem Jahr 2014) und alle Leitlinien betrachten nur eine geringe Anzahl der verfügbaren Primärstudien, die im vorliegenden Bericht identifiziert werden konnten.

8.3 Kritische Reflexion des Vorgehens

Die Frage nach dem Nutzen von EMDR bei Angststörungen resultierte in einer Vielzahl von Indikationen, bei denen EMDR angewendet wird. Hierbei war eine Abgrenzung der primären Diagnose einer Angststörung von einer PTBS notwendig. Zum Beispiel kann eine Dentalangst sowohl eine primäre Angstdiagnose, aber auch Resultat einer PTBS sein. Diese Abgrenzung war bei der Identifizierung der Studien nicht immer eindeutig. Die Abgrenzung bezog sich vorrangig auf eine klare Diagnosestellung des Patientenkollektivs. Falls dies in den Publikationen nicht klar dargestellt wurde, wurde eine Einschätzung durch die Autoren vorgenommen. Möglicherweise führte dies also dazu, dass die Berichtsqualität der Studien einen Einfluss auf den Ein- oder Ausschluss in diesen HTA Bericht hatte. Weiterhin wurde eine Unterteilung in soziale Phobien und andere Angststörungen vorgenommen. Dies war das Resultat daraus, dass die Studien der Gruppe soziale Phobien zum Großteil das Kriterium der Diagnostik einer Angststörung nicht berichteten. Außerdem schätzten die Autoren die Abgrenzung von Prüfungsangst als „normale Nervosität vor Prüfungen" und

diagnostizierbarer Prüfungsangst als besonders schwierig ein. Möglicherweise wäre eine weitere Einteilung der Gruppe andere Angststörungen diskutabel, da sie nun spezifische Phobien und Panikstörungen zusammen darstellt. Diese beiden Krankheitsbilder sind jedoch bezogen auf den Leidensdruck der Patientinnen und Patienten unterschiedlich. Jedoch wurden alle Phobien in dieser Gruppe einzeln berichtet und die Ergebnisse bewertet.

Es wurden alle Vergleichsinterventionen einbezogen und auch jegliche Art der Durchführung von EMDR. Einige Studien, vor allem die der sozialen Phobien, führten eine einmalige Anwendung von EMDR durch. Dies ist aus Sicht der Autoren unzureichend. Es ist keine Literatur zu der Dauer und Anzahl der Anwendungen verfügbar. Genauso ist die zum Großteil ausschließlich kurzfristige Betrachtung der Wirksamkeit kritisch zu sehen. Die Studien wurden nicht nach Anzahl der Anwendung und Dauer der Nachbeobachtung spezifiziert oder unterteilt.

Da wenige generische Instrumente der Messung der Angst verwendet wurden, wurden alle Messinstrumente berichtet. Dies war vor allem in der Gruppe andere Angststörungen der Fall. In der Gruppe soziale Phobien wurde in fast allen Studien, in denen Prüfungsangst untersucht wurde, der Test Anxiety Inventory (TAI) berichtet. In der Gruppe andere Angststörungen wurde für jede Angststörung, Panikstörung und jede spezifische Phobie eine eigene Skala berichtet, also zum Beispiel Flight Anxiety Modality Questionnaire (FAM) für Flugangst, ohne dass ein generisches Instrument wie zum Beispiel der Beck Anxiety Inventory berichtet wurde. Dies führte zu einer großen Zahl von verschiedenen Skalen. Daher konnten Ergebnisse auch nicht gepoolt werden und Meta-Analysen nur über bestimmte, spezifische Angststörungen zum Beispiel Flugangst durchgeführt werden. Weiterhin ergeben sich aber durch die vielen Skalen (bis zu drei verschiedene alleine für Angst innerhalb einer Studie) Überschneidungen von Komponenten, die in verschiedenen Skalen gemessen wurden.

9 Schlussfolgerung

EMDR ist ein Verfahren, das hauptsächlich in der Traumatherapie eingesetzt wird. Nach Darstellung der Vertreter der EMDR sollen dabei (angstbesetzte) Ereignisse herausgestellt werden und mit Hilfe der Aktivierung beider Gehirnhälften, zum Beispiel durch das Folgen eines Fingers mit den Augen, aufgearbeitet werden.

EMDR wird in Deutschland seit den 1990er Jahren bei der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen eingesetzt und seit 2015 von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Die Nutzung von EMDR bei Angststörungen ist bislang keine erstattungsfähige Leistung und muss durch Selbstzahlung erbracht werden. EMDR wird durch psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sowie Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker bei Angststörungen im ambulanten Rahmen eingesetzt. In klinischen Leitlinien zur Behandlung von Angststörungen wird EMDR nicht als Behandlungsmöglichkeit empfohlen, da die Evidenzlage als nicht ausreichend beschrieben wird.

Nutzenbewertung

Im Zuge dieses HTA-Berichtes wurde kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen Nutzen der Anwendung von EMDR gegenüber anderen, herkömmlichen Therapieverfahren oder keiner Behandlung identifiziert. Dies gilt für alle patientenrelevanten Endpunkte Angst, Depression, angstspezifische Effekte, wie Vermeidungsverhalten oder körperliche Symptome, gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychosoziale Aspekte.

Die Indikationen, die in diesem HTA-Bericht betrachtet wurden, waren: Prüfungsangst, Angst vor öffentlichem Reden / Auftritten, Panikstörungen, Arachnophobie, Dentalphobie und Flugangst. Die betrachteten Vergleichsinterventionen waren „Keine Behandlung“, Verhaltenstherapie, EMDR ohne Augenbewegung, EMDR mit einem anderen Stimulus, Hypnose/Biofeedback und (imaginäre) Expositionstherapie.

Es liegt eine Reihe von Gründen vor, weshalb aus den insgesamt 22 in diesen HTA-Bericht eingeschlossenen Studien keine dezidierten Aussagen zum Nutzen von EMDR getroffen werden konnten. Die Studien weisen überwiegend ein hohes Verzerrungspotenzial auf. Eine mangelhafte Berichtsqualität erschwert zusätzlich die Interpretation der Daten. Die Studiendauer erlaubt keine Aussagen über Langzeiteffekte. In vielen Studien erfolgt die Erhebung der Endpunkte lediglich unmittelbar nach Durchführung der Intervention. Somit bleibt unklar, ob ein möglicher Therapieerfolg auch persistent ist. Die vorgenommene Unterteilung der Studien in die beiden Gruppen „soziale Phobien“ und „andere Angststörungen“ ändert den Gesamtbefund nicht.

Drei laufende Studien wurden identifiziert. Der Status dieser Studien ist jedoch unklar.

Gesundheitsökonomische Bewertung

Im Vergleich zur Verhaltenstherapie, die häufig für die Behandlung einer Angststörung eingesetzt wird, sind für die EMDR – eine gleiche Anzahl an Sitzungen vorausgesetzt – keine Kostenunterschiede zu erwarten. Für eine verhaltenstherapeutische Kurzzeittherapie mit 24 Sitzungen kann ein Betrag über 2394,72 € abgerechnet werden.

Zur Beantwortung der Frage nach einer gesundheitsökonomischen Bewertung konnte keine Literatur identifiziert werden.

Ethische, rechtliche, soziale und organisatorische Aspekte

Der Wirkmechanismus von EMDR wird im Rahmen unterschiedlicher Erklärungsmodelle diskutiert und die neuropsychologischen Grundlagen sind umstritten. Außerdem können Patientinnen und Patienten individuell anders auf die Behandlung reagieren. Die Behandlung mit EMDR ist mit gewissen Risiken verbunden, auch wenn es sich um eine nicht invasive Therapieform handelt. Patientinnen und Patienten mit nicht ausreichender Selbstkontrolle könnten beispielsweise bei dem Wiedererleben der Angstsituation eine Panikattacke erleiden, die Symptome könnten sich verstärken oder aber psychische Krisen entstehen. Es wurden jedoch in keiner Studie explizit Schaden oder Nebenwirkungen berichtet.

Auch deshalb ist die Ausbildung und Qualifikation der Personen, die EMDR erbringen, für die Patientinnen und Patienten von erheblicher Bedeutung und ist für die Indikation der posttraumatischen Belastungsstörung bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits streng reguliert. Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker sind hingegen von der erforderlichen Ausbildung an einem der autorisierten Partnerinstitute von Dr. Francine Shapiro (Begründerin von EMDR) ausgeschlossen. Vor allem bei unerfahrenen Anwendern mit nicht hinreichender Supervision durch einen erfahrenen EMDR Therapeuten oder Therapeutin kann sich daraus eine Gefährdung für die Patientin oder den Patienten entwickeln.

Um das Patientenwohl nicht zu gefährden und eine qualitativ hochwertige Versorgung zu ermöglichen, ist die Sicherstellung einer einheitlichen Ausbildung, Qualifikation und Supervision notwendig. Dies ist durch den unterschiedlichen Zugang zur Ausbildung zum EMDR Therapeuten und zur EMDR Therapeutin derzeit nicht gewährleistet.

Der Zugang zu EMDR ist ortsabhängig, möglicherweise unterschiedlich in städtischen und ländlichen Regionen, und erfolgt in der Regel über niedergelassene Therapeuten.

Fazit

Die Studienlage ist nicht ausreichend, um Aussagen zum Nutzen und Schaden treffen zu können. Notwendig sind insbesondere qualitativ hochwertige Studien mit ausreichend langer Nachbeobachtungsdauer, um die Frage in Zukunft besser beantworten zu können.

HTA-Details

A1 Projektverlauf

A1.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts

Aus den im Vorschlagszeitraum von Juli 2016 bis Oktober 2016 beim ThemenCheck Medizin eingereichten Themenvorschlägen wurde vom IQWiG unter Beteiligung eines mit Patientinnen und Patienten besetzten Auswahlbeirats das Thema Angststörungen: Führt der ergänzende Einsatz der Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapie bei psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen zu besseren Ergebnissen? für die Erstellung eines HTA-Berichts mit der Projektnummer HT17-05 ausgewählt.

Die Erstellung des HTA-Berichts gliedert sich in die folgenden Schritte:

Das IQWiG beauftragt externe Sachverständige mit der Erstellung eines HTA-Berichts zur Fragestellung. Dafür erstellen diese zunächst ein Berichtsprotokoll. Während der Erstellung des Berichtsprotokolls wurde von den externen Sachverständigen eine Betroffene zur Diskussion patientenrelevanter Aspekte konsultiert.

Auf Basis des HTA-Berichtsprotokolls wurde von den externen Sachverständigen ein vorläufiger HTA-Bericht erstellt. Dieser wurde in der Version 1.0 vom 23.09.2019 am 07.10.2019 auf der Website des ThemenCheck Medizin veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 04.11.2019 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Die wesentlichen Argumente aus den Stellungnahmen werden im Kapitel „Würdigung der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht“ des vorliegenden HTA-Berichts gewürdigt.

Der vorliegende HTA-Bericht beinhaltet die Änderungen, die sich aus der Anhörung ergeben haben.

Der vorläufige HTA-Bericht wurde zusätzlich einem Review unterzogen.

Im Anschluss an die Anhörung erstellten die externen Sachverständigen den HTA-Bericht einschließlich einer allgemein verständlichen Version des HTA-Berichts (HTA kompakt: Das Wichtigste verständlich erklärt).

Den HTA-Bericht hat das IQWiG durch einen Herausgeberkommentar ergänzt.

Der abschließende HTA-Bericht mit Herausgeberkommentar und die allgemeinverständliche Version werden an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übermittelt und 4 Wochen später auf der Website des ThemenCheck

Medizin veröffentlicht. Die zum vorläufigen HTA-Bericht eingegangenen Stellungnahmen werden in einem gesonderten Dokument „Dokumentation der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht“ zeitgleich mit dem HTA-Bericht im Internet bereitgestellt.

A1.2 Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf

Vorläufiger HTA-Bericht im Vergleich zum Berichtsprotokoll

Neben redaktionellen Änderungen ergaben sich folgende Spezifizierungen oder Änderungen im Vorbericht:

- Spezifizierung 1 (A2.1.1.3), Spezifizierung der erhobenen Endpunkte; „Mortalität“ wurde nicht betrachtet, „psychische Begleiterkrankungen“ wurde auf „Somatische Zustände“ geändert (Kompaktbericht 3.1)
- Spezifizierung 2 (A2.1.2.2), Spezifizierung weiterer Informationsquellen und Suchtechniken; eine Expertenanfrage wurde gestellt
- Spezifizierung 3 (A2.1.3), Spezifizierung Informationsbewertung; die Bewertung wurde getrennt für „soziale Phobien“ und „andere Angststörungen“ durchgeführt
- Spezifizierung 5 (A2.1.4), Spezifizierung Informationsanalyse und -synthese; die Extraktion und jegliche Analyse und Synthese wurde getrennt für „soziale Phobien“ und „andere Angststörungen“ durchgeführt
- Spezifizierung 6 (A2.1.4.2), Spezifizierung Meta-Analyse; Meta-Analysen wurden indikationsspezifisch durchgeführt
- Spezifizierung 7 (A2.1.4.5), Spezifizierung Subgruppenanalysen und Effektmodifikatoren; die Punkte „Art der Angststörung“ und „Art der Begleittherapie“ wurden nicht als Subgruppenmerkmal genutzt, sondern wurden bereits in die Ergebnis Darstellung einbezogen

HTA-Bericht im Vergleich zum vorläufigen HTA-Bericht

Neben redaktionellen Änderungen ergaben sich folgende Spezifizierungen oder Änderungen im HTA-Bericht:

- Spezifizierung 1: (HTA-Kernaussagen, 9) Es wurde die Aussage ergänzt, dass die Wirkweise der EMDR durch EMDR Befürworter beschrieben wird.
- Spezifizierung 2: (1.2.1) Die pharmakologische Therapie bei Angststörungen wurde spezifiziert und ergänzt.
- Spezifizierung 3: (1.2.1) Die Therapie bei Angststörungen wurde um die pharmakologische Therapie ergänzt.

- Spezifizierung 4: (1.2.2) Der Einsatz von EMDR in der Traumatherapie wurde ohne den Hinweis auf dessen mögliche Effektivität beschrieben.
- Spezifizierung 5: (1.2.2) Es wurde die Aussage ergänzt, dass die Wirkweise der EMDR durch EMDR Befürworter beschrieben wird.
- Spezifizierung 6: (1.2.2) Spezifizierung bezüglich Anwendung von EMDR bei Angststörungen.
- Spezifizierung 7: (7) Die beiden einleitenden Sätze im Kapitel 7 zur Anwendung der EMDR bei Angststörungen wurden gelöscht.

A2 Details der Methoden – Methodik gemäß Berichtsprotokoll

A2.1 Nutzenbewertung

A2.1.1 Kriterien für den Einschluss von Studien

A2.1.1.1 Population

In den HTA-Bericht werden Studien mit Patientinnen und Patienten mit Angststörungen aufgenommen. Es werden gemäß ICD-10 die folgenden Angststörungen betrachtet [3]:

- Phobische Störungen (F40.-)
  - Agoraphobie (F40.0)
  - Soziale Phobie (F40.1)
  - Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)
  - Sonstige phobische Störungen (F40.8)
  - Phobische Störung, nicht näher bezeichnet (F40.9)
- Andere Angststörungen (F41.-)
  - Panikstörungen (F41.0)
  - Generalisierte Angststörungen (F41.1)
  - Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)
  - Andere gemischte Angststörungen (F41.3)
  - Sonstige spezifische Angststörungen (F41.8)
  - Angststörung, nicht näher bezeichnet (F41.9)

A2.1.1.2 Prüf- und Vergleichsintervention

Die zu prüfende Intervention stellt die Behandlung mit EMDR dar. Es wird sowohl eine Behandlung mit EMDR ergänzend zu einer medikamentösen, nicht-medikamentösen oder Kombination aus einer medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlung als auch eine Behandlung ausschließlich mit EMDR betrachtet.

Für Studien, bei denen die EMDR ergänzend zu einer medikamentösen und / oder nicht-medikamentösen Behandlung eingesetzt wird, gilt die jeweilige medikamentöse und / oder nicht-medikamentöse Behandlung allein oder ergänzt um eine andere medikamentöse und / oder nicht-medikamentöse Behandlung als Vergleichsintervention.

In Studien, in denen die EMDR ohne weitere Behandlung zum Einsatz kommt, wird jegliche Vergleichsgruppe betrachtet.

Die Anwendung der in den Studien eingesetzten medikamentösen Vergleichsinterventionen muss im Rahmen des für Deutschland gültigen Zulassungsstatus erfolgen.

A2.1.1.3 Patientenrelevante Endpunkte

Für die Untersuchung werden folgende patientenrelevante Endpunkte betrachtet:

- Mortalität
- Morbidität, unter anderem
  - Schweregrad der Erkrankung (allgemein oder störungsspezifisch)
  - Rückfall
  - Angst / Panik
  - Vermeidungsverhalten
  - Depressivität
  - Psychische Begleiterkrankungen (zum Beispiel Zwänge, Schlafstörungen)
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Gesundheitsbezogenes soziales Funktionsniveau einschließlich beruflicher und sozialer Teilhabe am Leben
- (Schwerwiegende) unerwünschte Ereignisse

Ergänzend wird die Medikamentenreduktion, die wahrgenommene Belastung durch die Therapie und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Behandlung betrachtet. Die Patientenzufriedenheit wird nur herangezogen, sofern hierbei gesundheitsbezogene Aspekte abgebildet werden. Ein (höherer) Nutzen kann sich allein auf Basis dieser Endpunkte jedoch nicht ergeben.

Subjektive Endpunkte (zum Beispiel gesundheitsbezogene Lebensqualität) werden nur dann berücksichtigt, wenn sie mit validen Messinstrumenten (zum Beispiel validierten Skalen) erfasst wurden.

Der Endpunkt Vermeidungsverhalten wurde durch ein Interview mit einer betroffenen Patientin als relevant erachtet und hinzugefügt.

Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2

A2.1.1.4 Studientypen

RCTs sind, sofern sie methodisch adäquat und der jeweiligen Fragestellung angemessen durchgeführt werden, mit der geringsten Ergebnisunsicherheit behaftet. Sie liefern daher die

zuverlässigsten Ergebnisse für die Bewertung des (höheren) Nutzens einer medizinischen Intervention.

Für alle unter A2.1.1.2 genannten Interventionen und alle unter A2.1.1.3 genannten Endpunkte ist eine Evaluation im Rahmen von RCTs möglich und praktisch durchführbar.

Für den zu erstellenden HTA-Bericht werden daher ausschließlich RCTs als relevante wissenschaftliche Literatur in die Nutzenbewertung einfließen.

A2.1.1.5 Studiendauer

Hinsichtlich der Studiendauer besteht keine Einschränkung.

A2.1.1.6 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Studieneinschluss

In der folgenden Tabelle 6 sind die Kriterien aufgelistet, die Studien erfüllen müssen, um in die Nutzenbewertung eingeschlossen zu werden.

Tabelle 6: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die Nutzenbewertung

Einschlusskriterien	
EN1	Patientinnen und Patienten mit Angststörungen (siehe auch Abschnitt A2.1.1.1)
EN2	Prüfintervention: ergänzende oder ausschließliche Behandlung mit EMDR (siehe auch Abschnitt A2.1.1.2)
EN3	Vergleichsintervention: Behandlung ohne EMDR oder keine Behandlung (siehe auch Abschnitt A2.1.1.2)
EN4	patientenrelevante Endpunkte wie in Abschnitt A2.1.1.3 formuliert
EN5	RCTs (siehe auch Abschnitt A2.1.1.4)
EN6	Vollpublikation verfügbar[a]

a: Als Vollpublikation gilt in diesem Zusammenhang auch ein Studienbericht gemäß ICH E3 [65], oder ein Bericht über die Studie, der den Kriterien des CONSORT-Statement [66] genügt und eine Bewertung der Studie ermöglicht, sofern die in diesen Dokumenten enthaltenen Informationen zu Studienmethodik und zu den Studienergebnissen nicht vertraulich sind.

CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials; EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; ICH: International Conference of Harmonization; RCT: Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)

A2.1.1.7 Vorgehen im Falle einer Zulassungsänderung im Projektverlauf

Sofern sich im Projektverlauf Änderungen im Zulassungsstatus einer medikamentösen Vergleichstherapie ergeben, werden die Kriterien für den Studieneinschluss gegebenenfalls

an die neuen Zulassungsbedingungen angepasst. Die jeweils vorgenommenen Änderungen werden im HTA-Bericht explizit vermerkt.

A2.1.1.8 Einschluss von Studien, die die vorgenannten Kriterien nicht vollständig erfüllen

Für die Einschlusskriterien EN1 (Population), EN2 (Prüfintervention, bezogen auf die Interventionsgruppe der Studie) und EN3 (Vergleichsintervention, bezogen auf die Vergleichsgruppe der Studie) reicht es aus, wenn bei mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten diese Kriterien erfüllt sind. Liegen für solche Studien entsprechende Subgruppenanalysen vor, wird auf diese Analysen zurückgegriffen. Studien, bei denen die Einschlusskriterien EN1, EN2 und EN3 bei weniger als 80 % erfüllt ist, werden nur dann eingeschlossen, wenn entsprechende Subgruppenanalysen vorliegen.

A2.1.2 Umfassende Informationsbeschaffung

A2.1.2.1 Primäre Informationsquellen

Bibliografische Datenbanken

Die systematische Recherche nach relevanten Studien beziehungsweise Dokumenten wird in folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Suche nach Primärstudien in den Datenbanken MEDLINE, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials und PsycINFO.
- Suche nach relevanten systematischen Übersichten in den Datenbanken MEDLINE, Embase und PsycINFO parallel zur Suche nach relevanter Primärliteratur sowie Suche in den Datenbanken Cochrane Database of Systematic Reviews und Health Technology Assessment Database.

Studienregister

Die folgenden Studienregister werden durchsucht:

- U.S. National Institutes of Health. ClinicalTrials.gov,
- WHO International Clinical Trials Registry Platform Search Portal.

A2.1.2.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

Mit dem Ziel, weitere veröffentlichte und unveröffentlichte Studien beziehungsweise Informationen zu relevanten Studien zu ermitteln, werden weitere Informationsquellen beziehungsweise Suchtechniken berücksichtigt.

Weitere Suchtechniken

Systematische Übersichten werden hinsichtlich weiterer relevanter Studien beziehungsweise Dokumente gesichtet.

Im „Journal of EMDR Practice and Research“ und „Journal of Brief Therapy“ wird eine Handrecherche durchgeführt.

Weiterhin wird die „Francine Shapiro Library“ durchsucht und die „EMDR International Association“ nach weiteren relevanten Studien angefragt.

Anhörung

Im Anschluss an die Veröffentlichung des vorläufigen HTA-Berichts erfolgt eine Anhörung, die sich unter anderem auch auf in den HTA-Bericht einzubeziehende Informationen beziehen kann. Relevante Informationen aus diesen Anhörungen werden im Rahmen der Erstellung des finalen HTA-Berichts berücksichtigt.

Autorenanfragen

Es werden Anfragen an Autorinnen und Autoren gestellt, falls Informationen, die einen relevanten Einfluss auf die Bewertung erwarten lassen, den vorliegenden Studiendokumenten nicht oder nur ungenau zu entnehmen sind.

Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2.

A2.1.2.3 Selektion relevanter Studien

Selektion relevanter Studien beziehungsweise Dokumente aus den Ergebnissen der bibliografischen Recherche

Die durch die Suche in bibliografischen Datenbanken identifizierten und zu screenenden Treffer werden in einem 1. Schritt anhand ihres Titels und, sofern vorhanden, Abstracts in Bezug auf ihre potenzielle Relevanz bezüglich der spezifischen Einschlusskriterien (siehe Tabelle 6) bewertet. Als potenziell relevant erachtete Dokumente werden in einem zweiten Schritt anhand ihres Volltextes auf Relevanz geprüft. Beide Schritte erfolgen durch 2 Reviewerinnen oder Reviewer unabhängig voneinander. Diskrepanzen werden durch Diskussion zwischen den beiden Reviewerinnen oder Reviewern aufgelöst.

Selektion relevanter Studien beziehungsweise Dokumente aus weiteren Informationsquellen

Informationen aus den folgenden Informationsquellen werden von 2 Reviewerinnen oder Reviewern unabhängig voneinander in Bezug auf ihre Relevanz bewertet:

- öffentlich zugängliche Studienregister

Informationen aus den folgenden Informationsquellen werden von einer Reviewerin oder einem Reviewer auf Studien gesichtet, der oder die diese dann in Bezug auf ihre Relevanz bewertet; eine 2. Reviewerin oder ein 2. Reviewer überprüft den gesamten Prozess inklusive der Bewertungen:

- identifizierte systematische Übersichten
- im Rahmen der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht eingereichte Informationen.

Sofern in einem der genannten Selektionsschritte Diskrepanzen auftreten, werden diese jeweils durch Diskussion zwischen den beiden Reviewerinnen oder Reviewern aufgelöst.

A2.1.3 Informationsbewertung

Die Bewertung der Informationen der eingeschlossenen Studien hängt stark von den verfügbaren Angaben und der Qualität der jeweiligen Publikationen und weiterer Informationsquellen ab. Alle für die Nutzenbewertung relevanten Ergebnisse werden hinsichtlich ihrer Ergebnissicherheit, bestehend aus dem Verzerrungspotenzial und der Präzision der Ergebnisse, überprüft. Auf Grundlage der Ergebnissicherheit wird für jedes Ergebnis endpunktspezifisch eine zugehörige Aussagesicherheit abgeleitet.

Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2

Datenextraktion

Alle für die Bewertung notwendigen Informationen werden aus den Unterlagen zu den eingeschlossenen Studien in standardisierte Tabellen extrahiert.

Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

Das Verzerrungspotenzial der Ergebnisse wird für jede in die Nutzenbewertung eingeschlossene Studie bewertet, und zwar separat für jeden patientenrelevanten Endpunkt. Dazu werden insbesondere folgende endpunktübergreifende (A) und endpunktspezifische (B) Aspekte, die das Verzerrungspotenzial beeinflussen, systematisch extrahiert und bewertet:

A: Endpunktübergreifende Aspekte des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

- Erzeugung der Randomisierungssequenz
- Verdeckung der Gruppenzuteilung
- Verblindung der Patientin beziehungsweise des Patienten sowie der behandelnden Person
- ergebnisgesteuerte Berichterstattung

B: Endpunktspezifische Aspekte des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

- Verblindung der Endpunkterheber
- Umsetzung des Intention-To-Treat-Prinzips
- ergebnisgesteuerte Berichterstattung

Für randomisierte Studien wird anhand dieser Aspekte das Verzerrungspotenzial zusammenfassend als „niedrig“ oder „hoch“ eingestuft. Ein niedriges Verzerrungspotenzial liegt dann vor, wenn mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, dass die Ergebnisse relevant verzerrt sind. Unter einer relevanten Verzerrung ist zu verstehen, dass sich die Ergebnisse bei Behebung der verzerrenden Aspekte in ihrer Grundaussage verändern würden.

Für die Bewertung eines Endpunkts wird zunächst das Verzerrungspotenzial endpunktübergreifend anhand der unter (A) aufgeführten Aspekte als „niedrig“ oder „hoch“ eingestuft. Falls diese Einstufung als „hoch“ erfolgt, wird das Verzerrungspotenzial für den Endpunkt auch als „hoch“ bewertet. Ansonsten finden die unter (B) genannten endpunktspezifischen Aspekte Berücksichtigung.

Eine Einstufung des Verzerrungspotenzials des Ergebnisses für einen Endpunkt als „hoch“ führt nicht zum Ausschluss aus der Nutzenbewertung. Die Klassifizierung dient vielmehr der Diskussion heterogener Studienergebnisse und beeinflusst die Sicherheit der Aussage.

A2.1.4 Informationsanalyse und -synthese

Die Informationen werden einer Informationssynthese und -analyse unterzogen. Wenn möglich, werden über die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Einzelstudien hinaus die unten beschriebenen Verfahren eingesetzt. Eine abschließende zusammenfassende Bewertung der Informationen erfolgt darüber hinaus in jedem Fall.

Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2

A2.1.4.1 Gegenüberstellung der Ergebnisse der Einzelstudien

Die Ergebnisse zu den in den Studien berichteten patientenrelevanten Endpunkten werden im HTA-Bericht vergleichend beschrieben.

In bestimmten Fällen werden einzelne Ergebnisse aus den Studien zu einem Endpunkt nicht dargestellt beziehungsweise nicht in die Nutzenbewertung einbezogen. Dies trifft insbesondere zu, wenn viele Patientinnen und Patienten nicht in der Auswertung enthalten sind. Ergebnisse fließen in der Regel nicht in die Nutzenbewertung ein, wenn diese auf weniger als 70 % der in die Auswertung einzuschließenden Patientinnen und Patienten basieren, das heißt, wenn der Anteil der Patientinnen und Patienten, die nicht in der Auswertung

berücksichtigt werden, größer als 30 % ist. In der Literatur werden zum Teil bereits Auswertungen, in denen 20 % der Patientinnen und Patienten nicht berücksichtigt werden, als nicht mehr aussagekräftig betrachtet [67].

Ausnahmen von dieser Regel werden zum Beispiel dann gemacht, wenn aus logistischen Gründen für ganze Zentren (ganze Randomisierungsblöcke) keine Daten erhoben wurden und dies bereits bei der Studienplanung vorgesehen war [68].

Die Ergebnisse werden auch dann nicht in die Nutzenbewertung einbezogen, wenn der Unterschied der Anteile nicht berücksichtigter Patientinnen und Patienten zwischen den Gruppen größer als 15 Prozentpunkte ist.

A2.1.4.2 Metaanalysen

Die geschätzten Effekte und Konfidenzintervalle aus den Studien werden mittels Forest Plots zusammenfassend dargestellt. Für Metaanalysen werden im Fall von mindestens 5 Studien Modelle mit zufälligen Effekten nach der Methode von Knapp-Hartung unter Verwendung des Heterogenitätsschätzers nach Paule-Mandel [69] eingesetzt. Eine mögliche Heterogenität wird dabei anhand des Maßes I^2 und des statistischen Tests auf Vorliegen von Heterogenität [70] geschätzt. Ist die Heterogenität der Studienergebnisse nicht bedeutsam ($p \geq 0{,}05$ für Heterogenitätstest), wird der gemeinsame (gepoolte) Effekt inklusive Konfidenzintervall dargestellt. Bei bedeutsamer Heterogenität wird nur das Prädiktionsintervall dargestellt. Außerdem wird untersucht, welche Faktoren diese Heterogenität möglicherweise erklären könnten. Dazu zählen methodische Faktoren (siehe Abschnitt A2.1.4.4) und klinische Faktoren, sogenannte Effektmodifikatoren (siehe Abschnitt A2.1.4.5). Weil die Heterogenität im Fall weniger Studien nicht verlässlich geschätzt werden kann, werden bei 4 oder weniger Studien gegebenenfalls Modelle mit festem Effekt verwendet. Ansonsten erfolgt nur eine qualitative Zusammenfassung. In bestimmten Situationen und mit besonderer Begründung können Alternativen wie zum Beispiel Bayes'sche Verfahren, generalisierte lineare Modelle eingesetzt werden. Bei binären Daten kommt insbesondere das Beta-Binomial-Modell infrage [71].

Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2.

A2.1.4.3 Aussagen zur Beleglage

Für jeden Endpunkt wird eine Aussage zur Beleglage des (höheren) Nutzens und (höheren) Schadens in 4 Abstufungen bezüglich der jeweiligen Aussagesicherheit getroffen: Es liegt entweder ein Beleg (höchste Aussagesicherheit), ein Hinweis (mittlere Aussagesicherheit), ein Anhaltspunkt (schwächste Aussagesicherheit) oder keine dieser 3 Situationen vor. Der letzte Fall tritt ein, wenn keine Daten vorliegen oder die vorliegenden Daten keine der 3 übrigen

Aussagen zulassen. In diesem Fall wird die Aussage „Es liegt kein Anhaltspunkt für einen (höheren) Nutzen oder (höheren) Schaden vor“ getroffen.

Die Aussagesicherheit richtet sich nach der Anzahl verfügbarer Studien, der qualitativen und quantitativen Sicherheit ihrer Ergebnisse sowie der Homogenität der Ergebnisse bei mehreren Studien. Die qualitative Ergebnissicherheit ist abhängig vom Design der Studie zu beurteilen. Ergebnisse randomisierter Studien mit niedrigem Verzerrungspotenzial haben eine hohe, Ergebnisse randomisierter Studien mit hohem Verzerrungspotenzial eine mäßige qualitative Ergebnissicherheit. Ergebnisse nicht randomisierter vergleichender Studien haben eine geringe qualitative Ergebnissicherheit. Die regelhaft abzuleitende Aussagesicherheit ist Tabelle 7 zu entnehmen.

Tabelle 7: Regelhaft abgeleitete Aussagesicherheiten für verschiedene Evidenzsituationen beim Vorliegen von Studien derselben qualitativen Ergebnissicherheit

		Anzahl Studien				
		1 (mit statistisch signifikantem Effekt)	≥ 2			
			homogen	heterogen		
			Metaanalyse statistisch signifikant	gleichgerichtete Effekte[a]		
				deutlich	mäßig	nein
Qualitative Ergebnis-sicherheit	hoch	Hinweis	Beleg	Beleg	Hinweis	–
	mäßig	Anhaltspunkt	Hinweis	Hinweis	Anhaltspunkt	–
	gering	–	Anhaltspunkt	Anhaltspunkt	–	–

a: Gleichgerichtete Effekte liegen vor, wenn trotz Heterogenität eine deutliche oder mäßige Richtung der Effekte erkennbar ist.

A2.1.4.4 Sensitivitätsanalysen

Zur Einschätzung der Robustheit der Ergebnisse sind Sensitivitätsanalysen hinsichtlich methodischer Faktoren geplant. Die methodischen Faktoren bilden sich aus den im Rahmen der Informationsbeschaffung und -bewertung getroffenen Entscheidungen, zum Beispiel der Festlegung von Cut-off-Werten für Erhebungszeitpunkte oder der Wahl des Effektmaßes. Derartige Sensitivitätsanalysen erfolgen unabhängig von gegebenenfalls weiteren Analysen, mit denen die Ergebnissicherheit eines beobachteten Effekts bewertet wird.

Das Ergebnis solcher Sensitivitätsanalysen kann die Sicherheit der aus den beobachteten Effekten abgeleiteten Aussagen beeinflussen. Ein als nicht robust eingestufter Effekt kann zum Beispiel dazu führen, dass nur ein Hinweis auf anstelle eines Belegs für einen (höheren) Nutzen attestiert wird.

Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2

A2.1.4.5 Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren

Die Ergebnisse werden hinsichtlich potenzieller Effektmodifikatoren, das heißt klinischer Faktoren, die die Effekte beeinflussen, untersucht. Dies können direkte Patientencharakteristika (Subgruppenmerkmale) sowie Spezifika der Behandlungen sein. Im Gegensatz zu den in Abschnitt A2.1.4.4 beschriebenen methodischen Faktoren für Sensitivitätsanalysen besteht hier das Ziel, mögliche Effektunterschiede zwischen Patientengruppen und Behandlungsspezifika aufzudecken. Für einen Nachweis unterschiedlicher Effekte ist die auf einem Homogenitäts- beziehungsweise Interaktionstest basierende statistische Signifikanz Voraussetzung. In die Untersuchung von Effektmodifikatoren werden die vorliegenden Ergebnisse aus Regressionsanalysen, die Interaktionsterme beinhalten, und aus Subgruppenanalysen einbezogen. Außerdem erfolgen eigene Analysen in Form von Metaregressionen oder Metaanalysen unter Kategorisierung der Studien bezüglich der möglichen Effektmodifikatoren. Subgruppenanalysen werden nur durchgeführt, falls jede Subgruppe mindestens zehn Personen umfasst und bei binären Daten, wenn mindestens zehn Ereignisse in einer der Subgruppen aufgetreten sind. Es ist vorgesehen, folgende Faktoren bezüglich einer möglichen Effektmodifikation in die Analysen einzubeziehen:

- Geschlecht
- Alter
- Art der Angststörung (siehe auch Abschnitt A2.1.1.1)
- Art der Begleittherapie

Sollten sich aus den verfügbaren Informationen weitere mögliche Effektmodifikatoren ergeben, können diese ebenfalls begründet einbezogen werden.

Bei Identifizierung möglicher Effektmodifikatoren erfolgt gegebenenfalls eine Präzisierung der aus den beobachteten Effekten abgeleiteten Aussagen. Beispielsweise kann der Beleg eines (höheren) Nutzens auf eine spezielle Subgruppe von Patientinnen und Patienten eingeschränkt werden.

Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2.

A2.2 Ökonomische Bewertung

A2.2.1 Interventionskosten

Zur Bestimmung der Interventionskosten werden die durchschnittlichen Ressourcenverbräuche bestimmt, die jeweils direkt bei Anwendung der Prüf- und Vergleichsintervention erforderlich sind. Hierbei werden neben der Prüf- und

Vergleichsintervention die unmittelbar mit der Anwendung einhergehenden Leistungen berücksichtigt. Für die anfallenden Leistungen werden soweit möglich die jeweils relevanten regulierten oder verhandelten Preise, zum Beispiel aus der Datenbank der Informationsstelle für Arzneispezialitäten, dem EBM, dem DRG-Katalog oder ähnlich geeignete Aufstellungen aus der Rentenversicherung oder des Statistischen Bundesamts angesetzt. Falls eine Therapie länger als ein Jahr dauert, werden die durchschnittlich pro Patientin und Patient und Jahr anfallenden Kosten angegeben. Erstattungsfähige und nicht erstattungsfähige Kosten werden getrennt ausgewiesen.

A2.2.2 Kosteneffektivität

A2.2.2.1 Kriterien für den Einschluss von Studien in die systematische Übersicht

A2.2.2.1.1 Studientypen

In die systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Studien werden vergleichende Studien einbezogen [72], das heißt Kosten-Effektivitäts- / Wirksamkeits-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen oder Kosten-Nutzen-Analysen (im engeren Sinne).

A2.2.2.1.2 Gesundheitssystem beziehungsweise geografischer Bezug

Für die systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Studien erfolgt keine Einschränkung auf Studien aus einem bestimmten Gesundheitssystem oder Land.

A2.2.2.1.3 Tabellarische Darstellung der Kriterien

In der folgenden Tabelle 8 sind die Kriterien aufgelistet, die die Studien zusätzlich zu den in Tabelle 6 beschriebenen Einschlusskriterien EN1 bis EN3 erfüllen müssen, um für die ökonomische Bewertung eingeschlossen zu werden.

Tabelle 8: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die ökonomische Bewertung

Einschlusskriterien	
EÖ1	Studientyp: vergleichende gesundheitsökonomische Evaluation (siehe auch Abschnitt A2.2.2.1.1)
EÖ2	Vollpublikation verfügbar

A2.2.2.2 Fokussierte Informationsbeschaffung

Für die Bewertung gesundheitsökonomischer Aspekte wird eine systematische Recherche in Form einer fokussierten Informationsbeschaffung durchgeführt.

A2.2.2.2.1 Primäre Informationsquellen

Die systematische Recherche nach relevanten Studien beziehungsweise Dokumenten wird in folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Suche nach Primärstudien in den Datenbanken MEDLINE und Embase
- Suche nach relevanten systematischen Übersichten in den Datenbanken MEDLINE und Embase parallel zur Suche nach relevanter Primärliteratur sowie Suche in der Health Technology Assessment Database.

A2.2.2.2.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

Systematische Übersichten

Systematische Übersichten werden hinsichtlich weiterer relevanter Studien beziehungsweise Dokumente gesichtet.

Anhörung

Im Anschluss an die Veröffentlichungen des vorläufigen HTA-Berichts erfolgt eine Anhörung, die sich unter anderem auch auf in den HTA-Bericht einzubeziehenden Informationen beziehen kann. Relevante Informationen aus diesen Anhörungen werden im Rahmen der Erstellung des finalen HTA-Berichts berücksichtigt.

Autorenanfragen

Es werden Anfragen an Autoren gestellt, falls Informationen, die einen relevanten Einfluss auf die Bewertung erwarten lassen, den vorliegenden Studiendokumenten nicht oder nur ungenau zu entnehmen sind.

A2.2.2.2.3 Selektion relevanter Publikationen

Die durch die Suche identifizierten Zitate werden durch eine Reviewerin oder einen Reviewer anhand der Einschlusskriterien (siehe Tabelle 8) selektiert. Das Ergebnis wird durch eine zweite Person qualitätsgesichert.

A2.2.2.3 Informationsbewertung

Datenextraktion

Alle für die Bewertung notwendigen Informationen werden aus den Unterlagen zu den eingeschlossenen Publikationen in standardisierte Tabellen extrahiert.

Bewertung der Berichtsqualität

Die Bewertung der Berichtsqualität der berücksichtigten gesundheitsökonomischen Studien orientiert sich an den Kriterien des CHEERS-Statement [25].

Bewertung der Übertragbarkeit

Die Bewertung der Übertragbarkeit der Ergebnisse orientiert sich an den Kriterien des EUnetHTA's HTA adaptation toolkit [26].

A2.2.2.4 Informationsanalyse und -synthese

Die ökonomische Bewertung betrachtet zum einen die Kosten, die mit der Technologie und der Vergleichsintervention verbunden sind (Interventionskosten). Zum anderen werden gesundheitsökonomische Studien betrachtet, die Aussagen zur Kosteneffektivität der Technologie gegenüber der Vergleichsintervention machen.

Die Ergebnisse zu der in den Studien berichteten Kosteneffektivität und die Schlussfolgerungen der Autoren werden im HTA-Bericht vergleichend beschrieben. Dabei sollen insbesondere auch Aspekte der Qualität der dargestellten Studien und deren Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem diskutiert werden. Zu diskutieren ist ebenfalls, welche Auswirkungen sich aus der Verwendung von Endpunkten ergeben, die von der Nutzenbewertung abweichen.

A2.3 Ethische Aspekte

A2.3.1 Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung ethischer Implikationen

Ethische Argumente und Aspekte finden sich in Publikationen, in Monografien, Projektberichten aber beispielsweise auch in Gesetzen und Verordnungen oder auf den Websites von Interessengruppen. Sie sind unabhängig vom Publikationstyp, -status und Studientyp.

Im HTA-Bericht werden Aussagen zu ethischen Aspekten und Argumenten zu der untersuchenden Technologie berücksichtigt.

A2.3.2 Informationsbeschaffung

Für die Informationsbeschaffung erfolgt in einem ersten Schritt eine Orientierung zu möglichen ethisch relevanten Argumenten und Aspekten durch eine Ausarbeitung des Hofmanschen Fragenkatalogs [27]. Anschließend wird eine orientierende Recherche durchgeführt.

Die orientierende Recherche wird in folgenden Informationsquellen durchgeführt:

- BELIT
- ETHICSWEB

- Interessenabhängige Informationsquellen, zum Beispiel Websites von Interessenvertretern

Informationen aus allen Informationsquellen der orientierenden Recherchen werden von einer Reviewerin oder einem Reviewer auf Aussagen zu ethischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Technologie gesichtet. Das Ergebnis wird durch eine zweite Person qualitätsgesichert.

A2.3.3 Informationsaufbereitung

Alle für die Informationsaufbereitung notwendigen Argumente und Aspekte werden in Tabellen extrahiert.

Die Informationsaufbereitung zu ethischen Aspekten erfolgt in Orientierung an den übergeordneten Fragstellungen des vereinfachten Fragenkatalogs von Hofmann [27]. Die Ergebnisse werden tabellarisch dargestellt.

In der Informationsaufbereitung zu ethischen Aspekten erfolgt eine Auseinandersetzung mit sozialen und moralischen Normen und Werten, die in Beziehung zur Technologie des HTA-Berichts stehen.

A2.4 Soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte

A2.4.1 Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Implikationen

Soziale, rechtliche und organisatorische Argumente und Aspekte finden sich in Publikationen, in Monografien, Projektberichten aber beispielsweise auch in Gesetzen und Verordnungen oder auf den Websites von Interessengruppen. Sie sind unabhängig vom Publikationstyp, -status und Studientyp.

Im HTA-Bericht werden Argumente beziehungsweise Aspekte berücksichtigt, die Aussagen zu sozialen, rechtlichen und / oder organisatorischen Aspekten der zu untersuchenden Technologie beinhalten.

A2.4.2 Informationsbeschaffung

Für die Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte werden orientierende Recherchen durchgeführt.

Die orientierenden Recherchen werden in folgenden Informationsquellen durchgeführt:

- SSCI

Informationen aus allen Informationsquellen der orientierenden Recherchen werden von einer Reviewerin oder einem Reviewer auf Aussagen zu sozialen, rechtlichen und / oder organisatorischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Technologie gesichtet. Das Ergebnis wird durch eine zweite Person qualitätsgesichert.

A2.4.3 Informationsaufbereitung

Datenextraktion

Alle für die Informationsaufbereitung notwendigen Argumente und Aspekte werden in Tabellen extrahiert.

Soziale Aspekte

Soziale und soziokulturelle Aspekte im HTA greifen die wechselseitigen Interaktionen zwischen Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethode und sozialer Umwelt (zum Beispiel Verteilung von Ressourcen in einer Gesellschaft, Zugang zu Technologien, Präferenzen von Patientinnen und Patienten, gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen) auf.

Die Informationsaufbereitung zu sozialen Aspekten orientiert sich an dem von Mozygemba 2016 [28] vorgeschlagenem umfassenden konzeptionellen Rahmen.

Rechtliche Aspekte

Rechtliche Aspekte im HTA beziehen sich zum einen auf den rechtlichen Rahmen, in den die Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethode und deren Bewertung eingebettet ist (zum Beispiel Marktzulassung), und zum anderen auf die mit der Implementation und Nutzung der Gesundheitstechnologie verbundenen rechtlichen Aspekte (zum Beispiel Patientenautonomie). Unterschieden wird zwischen den technologie- und patientenbezogenen rechtlichen Aspekten.

Die Informationsaufbereitung zu rechtlichen Aspekten orientiert sich an dem von Brönneke 2016 [29] entwickelten Leitfaden zur Identifikation von rechtlichen Aspekten.

Organisatorische Aspekte

Organisatorische Aspekte umfassen die Wechselwirkungen, welche durch eine Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethode auf die Organisation der Versorgung entstehen.

Die Informationsaufbereitung zu organisatorischen Aspekten orientiert sich an dem von Perleth 2014 [30] vorgeschlagenen Raster zur Einschätzung der organisatorischen Folgen von Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethoden.

A3 Details der Ergebnisse: Nutzenbewertung

A3.1 Umfassende Informationsbeschaffung

A3.1.1 Primäre Informationsquellen

A3.1.1.1 Bibliografische Datenbanken

Abbildung 1 zeigt das Ergebnis der systematischen Literaturrecherche in den bibliografischen Datenbanken und der Studienselektion gemäß der Kriterien zum Studieneinschluss. Die Suchstrategien für die Suche in den bibliografischen Datenbanken finden sich in Abschnitt A10.1.1. Die letzte Suche fand am 29.05.2018 statt.

Die Referenzen der als Volltexte geprüften, aber ausgeschlossenen Treffer finden sich mit Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes in Abschnitt A9.1.3.

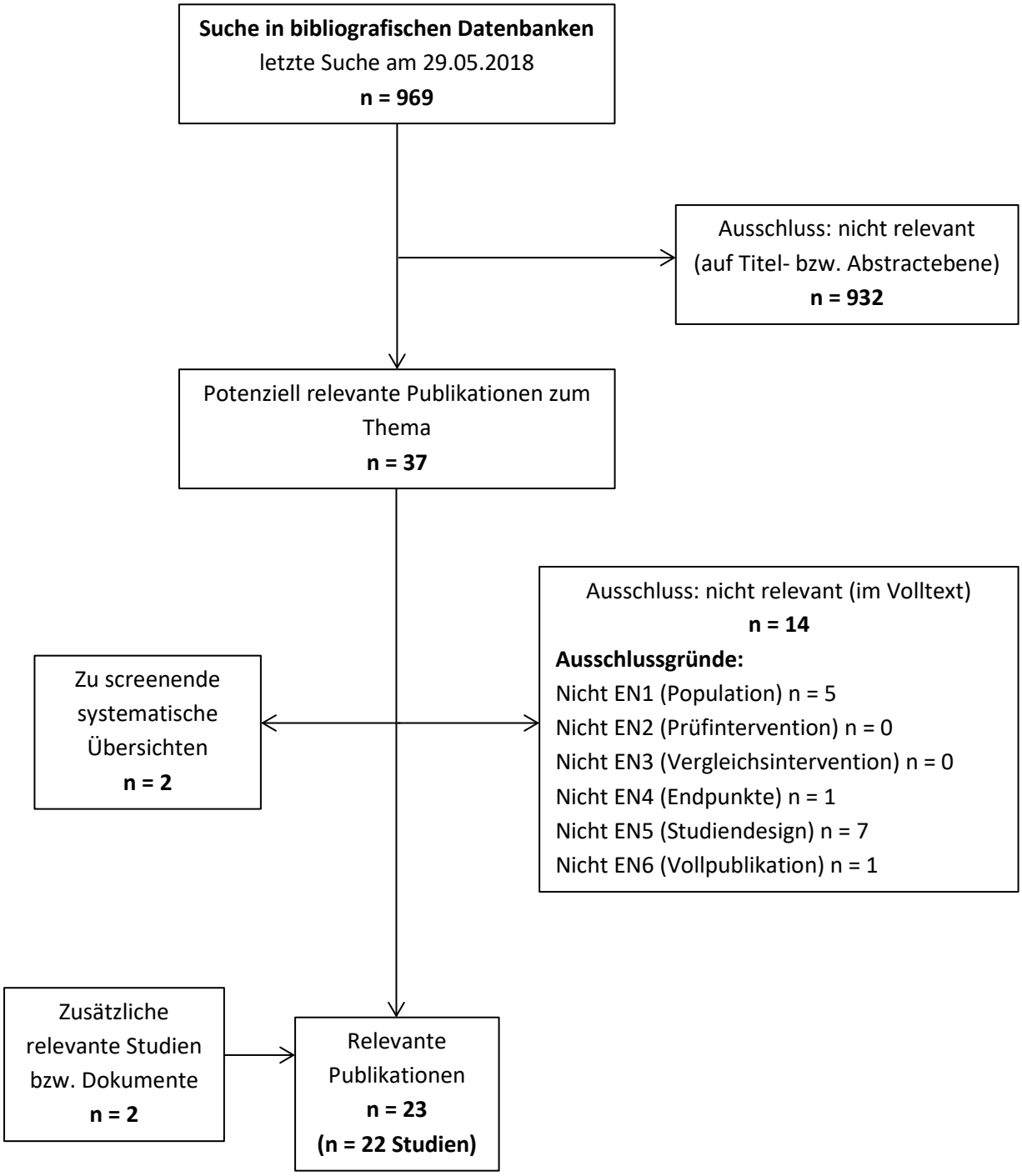

Abbildung 1: Ergebnis der bibliografischen Recherche und der Studienselektion

A3.1.1.2 Studienregister

In den Studienregistern wurden drei Studien mit unklarem Status identifiziert (siehe Abschnitt A3.1.4).

Die Suchstrategien für die Suche in Studienregistern finden sich in Abschnitt A10.1.2. Die letzte Suche in Studienregistern fand am 29.05.2018 statt.

A3.1.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

Über weitere Informationsquellen Suchtechniken identifizierte relevante Studien bzw. Dokumente werden nachfolgend nur dargestellt, wenn sie nicht bereits über die primären Informationsquellen gefunden wurden.

A3.1.2.1 Anwendung weiterer Suchtechniken

Im Rahmen der Informationsbeschaffung wurden systematische Übersichten identifiziert – die entsprechenden Referenzen finden sich in Abschnitt A9.1.2. Die Referenzlisten dieser systematischen Übersichten wurden gesichtet.

Es fanden sich keine relevanten Studien bzw. Dokumente, die nicht über andere Rechercheschritte identifiziert werden konnten.

A3.1.2.2 Autorenanfragen

Tabelle 9: Übersicht zu Autorenanfragen

Studie	Inhalt der Anfrage	Antwort eingegangen ja / nein	Inhalt der Antwort
Stevens [36]	Frage nach einer randomisierten Gruppenzuteilung	Ja	Bestätigung der Randomisierung
Muris 1997b [49]	Frage nach einer randomisierten Gruppenzuteilung	Ja	Bestätigung der Randomisierung

A3.1.2.3 Zusätzliche relevante Studien bzw. Dokumente

Es wurden folgende relevante Studien bzw. Dokumente identifiziert, die nicht über andere Rechercheschritte gefunden werden konnten (Tabelle 10):

Tabelle 10: Zusätzlich identifizierte relevante Studien bzw. Dokumente

Studie	Verfügbare Dokumente [Zitat]
Stevens 1999 [36]	Stevens MJ, Florell DW. EMDR as a treatment for test anxiety. Imagin Cogn Pers 1999; 18(4): 285-296.
Ten Cate 1998 [39]	Ten Cate H. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) facilitating rational emotive behaviour therapy (REBT) in the treatment of test anxiety. Stellenbosch: Stellenbosch University; 1998.

Die vorliegenden zwei Studien wurden durch einen Expertenkontakt identifiziert.

A3.1.2.4 Anhörung

Es wurden keine relevanten Studien beziehungsweise Dokumente genannt, die nicht über andere Rechercheschritte identifiziert werden konnten.

A3.1.3 Resultierender Studienpool

Durch die verschiedenen Rechercheschritte konnten insgesamt 22 relevante Studien, die in 23 Publikationen berichtet wurden, identifiziert werden (siehe auch Tabelle 11). Dabei wurde die Studie von Cook-Vienot et al. sowohl als Publikation in einer Fachzeitschrift als auch als Dissertationsschrift identifiziert [32,73]. Die entsprechenden Referenzen finden sich in Abschnitt A9.1.1.

Tabelle 11: Studienpool der Nutzenbewertung

Studie	**Verfügbare Dokumente**		
	Vollpublikation (in Fachzeitschriften)	**Ergebnisbericht aus Studienregistern**	**Sonstiges**
Soziale Phobien			
Bauman 1994	[38]	nein	nein
Blaise-Enright 1996	nein	nein	Dissertationsschrift [31]
Brooker 2018	[42]	nein	nein
Carrigan 1999	[40]	nein	nein
Cook-Vienot 2012	[32]	nein	Dissertationsschrift [73]
Foley 1995	[41]	nein	nein
Gosselin 1995	[34]	nein	nein
Hampel 1997	nein	nein	Dissertationsschrift [33]
Johnson 1997	nein	nein	Dissertationsschrift [35]
Maxfield 2000	[37]	nein	nein
Stevens 1999	[36]	nein	nein
Ten Cate 1998	nein	nein	Master Thesis [39]
Andere Angststörungen			
Bates 1996	[46]	nein	nein
Doering 2013	[52]	nein	nein
Feske 1997	[43]	nein	nein
Goldstein 2000	[44]	nein	nein
Horst 2017	[45]	nein	nein
Muris 1997a	[47]	nein	nein
Muris 1997b	[49]	nein	nein
Muris 1998	[48]	nein	nein
Triscari 2011	[51]	nein	nein
Triscari 2015	[50]	nein	nein

A3.1.4 Studien ohne berichtete Ergebnisse

In Tabelle 12 sind alle durch die Informationsbeschaffung identifizierten Studien ohne bisher berichtete Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 12: In der Informationsbeschaffung identifizierte Studien ohne berichtete Ergebnisse

Studie	**Dokumentart, ggf. Studienregister ID, Zitat**	**Studientyp**	**Geplante Fallzahl**	**Status (ggf. geplantes Studienende)**
EMDR in Spider Phobia_2015	NCT02973919	RCT	53	Unklar*
EMDA_2017	ACTRN12617000693325	RCT	30	Unklar**
Effectiveness of eye movement_2015	IRCT2014121820361N1	RCT	60	Unklar**
*Rekrutierung abgeschlossen, keine weiteren Einträge **Antizipiertes Rekrutierungsdatum verfügbar, keine weiteren Einträge EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing, RCT: Randomized Controlled Trial				

A3.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

A3.2.1 Studiendesign und Studienpopulationen

Tabelle 13 zeigt die Ein- und Ausschlusskriterien der Studien zu sozialen Phobien. Neun Studien schlossen Patientinnen und Patienten mit Prüfungsangst ein, zwei Studien schlossen Patientinnen und Patienten mit Angst vor öffentlichem Reden ein und eine Studie untersuchte Patientinnen und Patienten (Pianisten) mit Angst vor Auftritten. Zwei Studien schlossen ausschließlich weibliche Patienten ein [35,40]. Es gab keine wesentlich unterschiedlichen Ausschlusskriterien, drei Studien schlossen Patientinnen und Patienten mit Sehstörungen, neurologischen oder anderen psychologischen Erkrankungen aus [31,32,37].

Tabelle 13: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien zu sozialen Phobien

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Bauman 1994	▪ Teilnehmende eines Statistikkurses ▪ Angst (TAI > 50)	k.A.
Blaise-Enright 1996	▪ Studierende ▪ Angst (TAI > 50)	▪ Sehschwierigkeiten ▪ Epilepsie ▪ Momentan in psychotherapeutischer Behandlung
Brooker 2018	▪ Pianistinnen und Pianisten an einer Musikschule ▪ Angst vor Konzerten	k.A.
Carrigan 1999	▪ Studierende ▪ Weiblich ▪ Angst in der Öffentlichkeit zu reden (Item zur Angst öffentlich zu reden des Fear Survey Schedule II ≥ 6)	k.A.
Cook-Vienot 2012	▪ Studierende ▪ Leidensdruck durch Prüfungsangst (SUD ≥ 6)	▪ Abhängig von psyschoaktiven Substanzen ▪ Psychische Probleme ▪ Sehstörungen ▪ Epilepsie ▪ Neurologische Probleme
Foley 1995	▪ Studierende ▪ Alter > 18 ▪ Sprechangst (Vermeiden von öffentlichem Reden oder nur unter extremer psychischer Belastung)	▪ Geringe Angst (< 18 PRCA-24, kein item des ADIS-R in der Domäne soziale Angst erfüllt)
Gosselin 1995	▪ Studierende ▪ Zeigen Anzeichen von Prüfungsangst	k.A.
Hampel 1997	▪ Studierende ▪ Übermäßige Prüfungsangst (Survey of Study Habits and Attitudes Median > 50)	k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 13: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien zu sozialen Phobien (Fortsetzung)

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Johnson 1997	▪ Studierende ▪ Weiblich ▪ Erhebliche Prüfungsangst	k.A.
Maxfield 2000	▪ Studenten ▪ Angst (TAI > 50)	▪ Sehprobleme ▪ Epilepsie ▪ Neurologische Probleme ▪ Psychosen ▪ Dissoziative Erkrankungen ▪ Schwere Depression
Stevens 1999	▪ Studierende ▪ Prüfungsangst (Debilitating Anxiety Subscale of the Achievement Anxiety Test ≥ 35)	k.A.
Ten Cate 1998	▪ Studierende ▪ Prüfungsangst	k.A.
ADIS-R: Anxiety Disorders Interview Schedule - Revised; k.A.: keine Angaben; PRCA-24: Personal Report of Communication Anxiety-24; SUD: Subjective Units of Disturbance; TAI: Test Anxiety Inventory		

Tabelle 14 zeigt die Ein- und Ausschlusskriterien der Studien zu anderen Angststörungen. Sieben Studien schlossen Patientinnen und Patienten mit spezifischen Phobien ein (Arachnophobie, Dentalangst, Flugangst), drei Studien schlossen Patientinnen und Patienten mit einer Panikstörung ein. Zwei Studien schlossen ausschließlich weibliche Patientinnen ein [46,49] und zwei Studien schlossen ausschließlich Kinder (<18 Jahre) ein [48,49]. Es lagen keine wesentlich unterschiedlichen Ausschlusskriterien vor. Bis auf eine Studie, schlossen alle anderen Studien Patientinnen und Patienten mit anderen psychologischen Erkrankungen aus [49].

Tabelle 14: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien zu anderen Angststörungen

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Bates 1996	▪ Studierende ▪ Weiblich ▪ Arachnophobie (DSM-III-Kriterien für spezifische Phobien)	▪ Diagnose einer (vergangenen) Panikstörung ▪ Andere medizinische Problematik
Doering 2013	▪ Dental-Angst (DSM-IV TR-300.29 Kriterien für spezifische Phobien) ▪ Alter 18-45 ▪ Traumatisches Erlebnis einer zahnärztlichen Behandlung	▪ Schwere geistige Erkrankung mit beeinträchtigter kognitiver Funktion (z.B. Schizophrenie, bipolare Störung I und II mit Major Depression, Manie und Hypomanie Episode in den letzten 6 Monaten; Substanzmissbrauch (u.a. Alkohol) in den letzten 6 Monaten, organische Pathologie, geistige Behinderung), schwere dissoziative Erkrankung ▪ Schwere somatische Erkrankung mit Kontraindikation für EMDR (z.B. schwere kardiovaskuläre Erkrankung, Epilepsie, Augenerkrankung) ▪ akut suizidal ▪ Schwangerschaft, Stillzeit ▪ Laufende psycho-pharmakologische Behandlung, stationäre oder ambulante Psychotherapie
Feske 1997	▪ Panikstörung (DSM III) mindestens seit 1 Jahr ▪ ≥ 1 Panikattacke während der Pre-Test Periode (2 Wochen) ▪ Keine weiter psychotherapeutische Behandlung während der Studie ▪ Nachbeobachtung: keine weitere psychologische oder pharmakologische Behandlung während der Nachbeobachtung ▪ Keine Einnahme von Benzodiazepin	▪ SCID-I Diagnose einer (vergangenen) Psychose, organische psychische Störung, Alkohol- oder Substanzmissbrauch, Zwangsstörung, eine SCID-II Diagnose einer paranoiden, schizoiden, schizotypischen, Borderline, oder dissozialen Persönlichkeitsstörung ▪ Teilnehmer mit aktueller Major Depression, wenn die Depression schwerwiegender ist als die Panikstörung oder mit suizidaler Intention

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Goldstein 2000	▪ ≥ 6 Monate Panikstörung mit Agoraphobie nach DSM IV (mind. moderater Schweregrad)	▪ Alter < 18, > 65 ▪ Andere, laufende Therapie ▪ Einnahme hoher Dosen Benzodiazepine (z.B. Alprazolam 1.5 mg/täglich), <6 Monate Antidepressiva oder angstlösende Medikamente, < 12 Wochen Medikationswechsel ▪ Diagnose einer Denkstörung, Major Depression, bipolaren Störung, Substanzmissbrauch, eine paranoide, schizoide, schizotypische, dissoziale oder Borderline Achse-II-Störung ▪ Andere Angststörung stärker als Agoraphobie
Horst 2017	▪ Alter 18 – 65 ▪ Primäre Panikstörung (DSM-IV, SCID-I)	▪ Diagnose einer Demenz, Psychose, schweren Depression, bipolare Störung und/oder eine andere psychische Störung, auffälliger als die Panikstörung ▪ > 20 Standardeinheiten Alkohol pro Woche ▪ Einnahme Benzodiazepine und/oder andere Sedativa ▪ < 6 Wochen veränderte Dosierung der Psychopharmaka
Muris 1997a	▪ DSM-IV-Kriterien für spezifische Phobien, Tierart ▪ Beeinträchtigung des täglichen Lebens	▪ andere psychiatrische Beschwerden
Muris 1997b	▪ Kinder ▪ DSM-III-Kriterien für spezifische Phobien, Tierart	k.A.
Muris 1998	▪ Kinder ▪ DSM-III-Kriterien für eine einfache Phobie	▪ Komorbide Psychopathologie und geistige Behinderung
Triscari 2011	▪ Flugangst (DSM-IV-Kriterien für neurotische Krankheiten, Phobie, Angst und Panikattacken)	▪ andere psychiatrische Beschwerden ▪ neurologische Erkrankungen

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Triscari 2015	▪ Flugangst (DSM-V-Kriterien für neurotische Krankheiten, Phobie, Angst und Panikattacken)	▪ Diagnose neurologischer Störungen, posttraumatische Belastungsstörung oder akute Belastungsreaktion, die nicht auf die Angst vorm Fliegen bezogen ist, schwerwiegende Agoraphobie, andere psychiatrische Diagnose ▪ Suizidale Tendenzen ▪ Keine Bereitschaft, Antidepressiva-Einnahme während der Behandlung zu stabilisieren
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; k.A.: keine Angaben; mg: Miligramm; SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders; TR: Textrevision; u.a.: Unter anderem; z.B.: zum Beispiel		

Tabelle 15 fasst die Charakteristika der Patientinnen und Patienten zusammen, die aufgrund sozialer Phobien eingeschlossen wurden. Die Darstellung umfasst die Kernkriterien Alter, Geschlecht und Studien-/ Therapieabbrecher. Die Kriterien waren nicht ausreichend in den Publikationen berichtet, so dass es gehäuft zu fehlenden Angaben kam. Vier Studien berichteten die Kriterien spezifisch für die Interventions- und Vergleichsgruppe(n), die anderen bildeten die Gesamtpopulation ab.

Tabelle 15: Charakterisierung der Studienpopulationen „soziale Phobien“

Studie **Charakteristika** **Kategorie**	**Intervention**		**Vergleich**	
Bauman 1994*				
N	35			
Alter	k.A.			
Geschlecht [w / m], %	96,7 / 3,3			
Studien- / Therapieabbrecher, n (%)	8 (22,9)			
Blaise-Enright 1996				
N	18		17	
Alter [Jahre], MW (Bandbreite)*	37,48 (20-65)		k.A.	
Geschlecht [w / m], %	72,2 / 27,8		64,7/35,3	
Studien- / Therapieabbrecher	k.A.		k.A.	
Brooker 2018*				
N	46			
Alter [Jahre], MW (Bandbreite)*	k.A. (18-53)			
Geschlecht [w / m], %	63 / 37			
Studien- / Therapieabbrecher	k.A.			
Carrigan 1999*				
N	71			
Alter [Jahre], MW (Bandbreite)*	k.A.			
Geschlecht [w / m], %	k.A.			
Studien- / Therapieabbrecher n (%)	11 (15)			
Cook-Vienot 2012*				
N	30			
Alter [Jahre], MW (Bandbreite)	36,9 (19-53)			
Geschlecht [w / m], %	26,7 / 73,3			
Studien- / Therapieabbrecher, n (%)	0			
Foley 1995				
Gruppe	IG	VG1	VG2	VG3
N	10	10	10	10
Alter [Jahre], MW (Bandbreite)*	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Geschlecht [w / m], %	80 / 20	70 / 30	70 / 30	90 / 10
Studien- / Therapieabbrecher n (%)	4	k.A.	k.A.	k.A.
Gosselin 1995*				
N	41			
Alter [Jahre], MW (Bandbreite)	k.A. (18-46)			
Geschlecht [w / m], %	73,2 / 26,8			
Studien- / Therapieabbrecher	k.A.			

(Fortsetzung)

Tabelle 15: Charakterisierung der Studienpopulation „soziale Phobien“ (Fortsetzung)

Studie **Charakteristika** **Kategorie**	**Intervention**	**Vergleich**
Hampel 1997		
N	16	16
Alter	k.A.	k.A.
Geschlecht [w / m], %	62,5 / 37,5	68,8 / 31,2
Studien- / Therapieabbrecher, n	0	0
Johnson 1997*		
N	71	
Alter	k.A.	
Geschlecht [w / m], %	100 / 0	
Studien- / Therapieabbrecher, n (%)	26 (36,6)	
Maxfield 2000		
N	8	9
Alter	k.A.	k.A.
Geschlecht [w / m], n*	15 / 2	k.A.
Studien- / Therapieabbrecher, n	1	1
Stevens 1999*		
N	21/20/21	
Alter [Jahre], MW (Bandbreite)	21,17 (18-50)	
Geschlecht	k.A.	
Studien- / Therapieabbrecher	k.A.	
Ten Cate 1998*		
N	6/6/6	
Alter, MW (Bandbreite)	k.A. (17-24)	
Geschlecht [w / m], n	11 / 7	
Studien- / Therapieabbrecher	k.A.	
* die Angaben beziehen sich auf die Gesamtstudienteilnehmerinnen und -Teilnehmer		
IG: Interventionsgruppe; k.A.: keine Angaben; m: männlich; MW: Mittelwert; N: Anzahl randomisierter (bzw. eingeschlossener) Patientinnen/Patienten; n: Anzahl Patientinnen/Patienten in einer Kategorie; VG: Vergleichsgruppe; w: weiblich		

Tabelle 16 fasst die Charakteristika der Patientinnen und Patienten zusammen, die aufgrund anderer Angststörungen eingeschlossen wurden. Die Darstellung umfasst die Kernkriterien Alter, Geschlecht und Studien-/ Therapieabbrecher und weitere Kriterien wie Bildungsstand, und Dauer der Angststörung. Die Kriterien waren oftmals nicht ausreichend in den Publikationen berichtet, so dass es gehäuft zu fehlenden Angaben kam. Fünf Studien berichteten die Kriterien spezifisch für die Interventions- und Vergleichsgruppe(n), die

anderen bildeten die Gesamtpopulation ab. Die Patientinnen und Patienten mit Panikstörungen erhielten teilweise eine zusätzliche pharmakologische Behandlung und in einer Studie teilweise zusätzliche psychotherapeutische Behandlungen [43-45].

Tabelle 16: Charakterisierung der Studienpopulationen „andere Angststörungen“

Studie **Charakteristika** **Kategorie**	**Intervention**	**Vergleich**
Bates 1996		
N	10	8
Alter [Jahre], MW (Bandbreite)*	k.A. (18-23)	k.A.
Geschlecht [w / m], n	10 / 0	8 / 0
weitere Charakteristika, n		
Bildungsstand	k.A.	k.A.
Erwerbstätigkeit	k.A.	k.A.
Familienstand/Wohnsituation	k.A.	k.A.
weitere Charakteristika		
Dauer der Angststörung	k.A.	k.A.
Pharmakologische Therapie	k.A.	k.A.
psychotherapeutische Behandlung (Basis)	k.A.	k.A.
Studien- / Therapieabbrecher, n (%)	1 (13)	3 (17)
Doering 2013		
N	16	15
Alter [Jahre], MW (SA)	41,69 (14,93)	40,2 (10,39)
Geschlecht [w / m], %	93,8 / 6,2	73,3 / 26,7
weitere Charakteristika, n (%)		
Bildungsstand		
Niedriger Schulabschluss	3 (19)	4 (27)
High-School-Absolventen	10 (62)	9 (70)
Hochschulabsolventen	3 (19)	2 (13)
Erwerbstätigkeit	10 (63)	11 (73)
Familienstand/Wohnsituation		
Verheiratet	7 (44)	7 (47)
Single	5 (31)	1 (7)
Beziehung	3 (19)	6 (40)
Geschieden	1 (6)	1 (7)
weitere Charakteristika		
Dauer der Angststörung [Vermeidung von Zahnarztbesuchen, Jahre], MW (SA)	4,19 (3,29)	4,47 (3,38)
Achse-I-Störung (inklusive Dentalphobie), MW (SA)	2,44 (1,03)	2,47 (1,30)
Achse-II-Störung, MW (SA)	0,06 (0,25)	0,07 (0,26)

(Fortsetzung)

Tabelle 16: Charakterisierung der Studienpopulationen „andere Angststörungen“ (Fortsetzung)

Studie **Charakteristika** **Kategorie**	**Intervention**	**Vergleich**
Doering 2013		
Pharmakologische Therapie	k.A.	k.A.
Psychotherapeutische Behandlung (Basis)	k.A.	k.A.
Studien- / Therapieabbrecher, n (%)	3 (19)	0
Feske 1997*		
N	40	
Alter [Jahre], MW (Bandbreite)	35,2 (20-54)	
Geschlecht [w / m], %	78 / 22	
weitere Charakteristika, n (%)		
Bildungsstand		
College	25 (63)	
Erwerbstätigkeit	21 (53)	
Familienstand/Wohnsituation	k.A.	
weitere Charakteristika		
Dauer der Panikstörung [Jahre], MW (Bandbreite)	10,2 (1-28)	
Psychische Begleiterkrankungen, MW (Bandbreite)	15 (1-3)	
Phobie, n (%)	7 (18)	
Generalisierte Angststörung, n (%)	6 (15)	
Major Depression, n (%)	3 (8)	
Soziale Phobie, n (%)	2 (5)	
Dysthymie, n (%)	1 (3)	
Ängstliche Cluster Persönlichkeitsstörung, n (%)	5 (13)	
Pharmakologische Therapie, n (%)	4 (10)	
Psychotherapeutische Behandlung (Basis), n (%)	Keine (vgl. Einschlusskriterien)	
Studien- / Therapieabbrecher (post-test), n (%)	4	
Goldstein 2000*		
N	46	
Alter [Jahre], MW (Bandbreite)	38,16 (22-63)	
Geschlecht [w / m], %	80 / 20	

(Fortsetzung)

Tabelle 16: Charakterisierung der Studienpopulationen „andere Angststörungen“ (Fortsetzung)

Studie **Charakteristika** **Kategorie**	**Intervention**	**Vergleich**
Goldstein 2000*		
weitere Charakteristika, n (%)		
Bildungsstand		
College		38 (83)
Erwerbstätigkeit		k.A.
Familienstand/Wohnsituation		k.A.
weitere Charakteristika		
Dauer der Panikstörung [Jahre], MW (Bandbreite)		12,56 (1-30)
Psychische Begleiterkrankungen, MW (Bandbreite)		20 (44)
Phobie, n (%)		7 (15)
Generalisierte Angststörung, n (%)		6 (13)
Soziale Phobie, n (%)		5 (11)
Zwangsstörung, n (%)		2 (4)
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung, n (%)		3 (7)
Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, n (%)		4 (9)
Pharmakologische Therapie, n (%)		21 (46)
Psychotherapeutische Behandlung (Basis)		k.A.
Studien- / Therapieabbrecher, n (%)		4 / 14 (8,7/ 30,4)
Horst 2017		
N	42	42
Alter [Jahre], MW (SA)	37,0 (10,7)	40,9 (12,1)
Geschlecht [w / m], %	69 / 31	62 / 38
weitere Charakteristika, n (%)		
Bildungsstand		
Gering (<10 Jahre)	13 (31)	9 (21)
Mittel (10-14 Jahre)	15 (36)	24 (57)
Hoch (>14 Jahre)	14 (33)	9 (21)
Erwerbstätigkeit	k.A.	k.A.
Familienstand/Wohnsituation		
Verheiratet	14 (33)	22 (52)

(Fortsetzung)

Tabelle 16: Charakterisierung der Studienpopulationen „andere Angststörungen“ (Fortsetzung)

Studie Charakteristika Kategorie	Intervention	Vergleich
Horst 2017		
weitere Charakteristika		
Dauer der Panikstörung, n (%)		
<2 Jahre	12 (29)	25 (60)
2-5 Jahre	12 (29)	8 (19)
5-10 Jahre	8 (20)	2 (5)
>10 Jahre	9 (22)	7 (17)
Psychische Begleiterkrankungen		
DSM-IV-TR Achse-I-Diagnose, MW (SA)	2,5 (1.1)	2,5 (1.1)
Agoraphobie, n (%)	28 (68)	33 (80)
Pharmakologische Therapie, n (%)	22 (52)	12 (29)
Psychotherapeutische Behandlung (vor Studie), n (%)	33 (79)	18 (43)
Studien- / Therapieabbrecher, n (%)	3 (7,1)	4 (9,5)
Muris 1997a*		
N	24	
Alter [Jahre], MW (SA)	33,40 (9,67)	
Geschlecht [w / m], %	100 / 0	
weitere Charakteristika		
Bildungsstand	k.A.	
Erwerbstätigkeit	k.A.	
Familienstand/Wohnsituation	k.A.	
weitere Charakteristika		
Dauer der Angststörung	k.A.	
Pharmakologische Therapie	k.A.	
Psychotherapeutische Behandlung (Basis)	k.A.	
Studien- / Therapieabbrecher	k.A.	
Muris 1997b*		
N	22	
Alter [Jahre], MW (SA)	11,5 (9-14)	
Geschlecht [w / m], %	100 / 0	

(Fortsetzung)

Tabelle 16: Charakterisierung der Studienpopulationen „andere Angststörungen“ (Fortsetzung)

Studie **Charakteristika** **Kategorie**	**Intervention**	**Vergleich**	
Muris 1997b			
weitere Charakteristika			
Bildungsstand		k.A.	
Erwerbstätigkeit		k.A.	
Familienstand/Wohnsituation		k.A.	
weitere Charakteristika			
Dauer der Angststörung		k.A.	
Pharmakologische Therapie		k.A.	
psychotherapeutische Behandlung (Basis)		k.A.	
Studien- / Therapieabbrecher		k.A.	
Muris 1998			
Gruppe	IG	VG1	VG2
N	9	9	8
Alter [Jahre], MW (SA)	13,33 (2,69)	12,33 (2,74)	12,0 (2,2)
Geschlecht [w / m], n	9/0	9/0	8/0
weitere Charakteristika, n (%)			
Bildungsstand	k.A.	k.A.	k.A.
Erwerbstätigkeit	k.A.	k.A.	k.A.
Familienstand/Wohnsituation	k.A.	k.A.	k.A.
weitere Charakteristika			
Dauer der Angststörung	k.A.	k.A.	k.A.
Psychische Begleiterkrankungen	k.A.	k.A.	k.A.
Pharmakologische Therapie	k.A.	k.A.	k.A.
Psychotherapeutische Behandlung (Basis)	k.A.	k.A.	k.A.
Studien- / Therapieabbrecher	k.A.	k.A.	k.A.
Triscari 2011			
N	23		34
Alter [Jahre], MW (SA)	42,52 (11,62)		44,39 (10,41)
Geschlecht [w / m], %	70 / 30		67 / 33
weitere Charakteristika (%)			
Bildungsstand			
Niedriger Schulabschluss	4		3
High-School-Absolventen	30		58

(Fortsetzung)

Tabelle 16: Charakterisierung der Studienpopulationen „andere Angststörungen“ (Fortsetzung)

Studie **Charakteristika** **Kategorie**	**Intervention**	**Vergleich**
Triscari 2011		
Hochschulabsolventen	65	39
Erwerbstätigkeit	83	85
Familienstand/Wohnsituation		
Verheiratet	50	69
Single	41	22
Beziehung	5	3
Verwitwet	5	3
Geschieden	0	3
weitere Charakteristika		
Dauer der Panikstörung	k.A.	k.A.
Pharmakologische Therapie	k.A.	k.A.
Psychotherapeutische Behandlung (Basis)	k.A.	k.A.
Studien- / Therapieabbrecher	k.A.	k.A.

Triscari 2015			
Gruppe	IG	VG1	VG2
N	22	22	21
Alter [Jahre], MW (SA)	41,55 (10,89)	43,57 (10,13)	45,52 (10,32)
Geschlecht [w / m], %	68 / 32	64 / 36	76 / 24
weitere Charakteristika, (%)			
Bildungsstand			
Niedriger Schulabschluss	5	5	0
High-School-Absolventen	32	57	33
Hochschulabsolventen	64	38	67
Erwerbstätigkeit	86	90	85
Familienstand			
Verheiratet	48	60	57
Single	43	30	29
Beziehung	5	5	5
Geschieden	0	5	10
Verwitwet	5	0	0

(Fortsetzung)

Tabelle 16: Charakterisierung der Studienpopulationen „andere Angststörungen“ (Fortsetzung)

Studie **Charakteristika** **Kategorie**	**Intervention**	**Vergleich**	
Triscari 2015			
weitere Charakteristika			
Dauer der Angststörung	k.A.	k.A.	k.A.
Pharmakologische Therapie	k.A.	k.A.	k.A.
Psychotherapeutische Behandlung (Basis)	k.A.	k.A.	k.A.
Studien- / Therapieabbrecher	k.A.	k.A.	k.A.
* Die Angaben beziehen sich auf die Gesamtstudienteilnehmerinnen und -Teilnehmer			
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; IG: Interventionsgruppe; k.A.: keine Angaben; m: männlich; MW: Mittelwert; N: Anzahl randomisierter (bzw. eingeschlossener) Patientinnen/Patienten; n: Anzahl Patientinnen/Patienten in einer Kategorie; SA: Standardabweichung; TR: Textrevision; VG: Vergleichsgruppe; vgl.: Vergleiche; w: weiblich			

Tabelle 17 und Tabelle 18 fassen die methodischen und organisatorischen Charakteristika der Studien zu sozialen Phobien und anderen Angststörungen zusammen. Die Aufteilung der Studien erfolgt durch Zwischenüberschriften, die die Prüf- und Vergleichsintervention anzeigen. Die Studien zu sozialen Phobien ergaben die Vergleiche:

- EMDR vs. „Keine Behandlung“
- EMDR plus Verhaltenstherapie vs. Verhaltenstherapie
- EMDR vs. Verhaltenstherapie
- EMDR vs. EMDR mit anderem Stimulus
- EMDR vs. EMDR ohne Stimulus
- EMDR vs. Biofeedback/Hypnose

Die Studien zu anderen Angststörungen ergaben die Vergleiche:

- EMDR vs. „Keine Behandlung“
- EMDR vs. Verhaltenstherapie
- EMDR vs. (Imaginäre) Exposition
- EMDR vs. EMDR mit anderem Stimulus

Die Prüf- und die Vergleichsintervention sind standardisiert beschrieben. Bei allen Studien wurden die Endpunkte mithilfe von verschiedenen validierten Skalen erhoben, vor der Behandlung und unmittelbar danach, oder in kurzem zeitlichem Abstand danach. Die Zeitpunkte sind als „Pretest“ (vor der Behandlung) und „Posttest“ (nach der Behandlung) bezeichnet und nur spezifiziert, wenn Informationen in den Publikationen vorlagen. Die Spezifizierung wird in Klammern dargestellt. Nur zwei Studien erhoben die Endpunkte erneut nach 1 Jahr [50,51], zwei weitere Studien erneut nach 12 bzw. 13 Wochen [43,45].

Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. keine Behandlung								
Blaise-Enright 1996	RCT	35	**Anzahl der Sitzungen**: 2 **Dauer der Sitzung**: 60 Min. **Technik/Durchführung**: standardisiert nach Shapiro Behandlungsprotokoll **Durchführende Person**: in EMDR zertifizierter Therapeut **weitere Angaben**: alle Sitzungen vom gleichen Therapeuten erbracht	Keine Behandlung	K.A.	Universität, Colorado, USA; k.A.	**Interventions-dauer** 2 Sitzungen innerhalb von 2-3 Wochen **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG: ca. 1 Woche vor EMDR Sitzung, VG: Beginn der Wartezeit) Nachbeobachtung Posttest [b] (IG: nach 2. EMDR Sitzung, VG: nach Ende der Wartezeit)	Angst (TAI, STAI)

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“ (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. keine Behandlung								
Brooker 2018	RCT	k.A.	**Anzahl der Sitzungen:** 2 Sitzungen **Dauer der Sitzung: k**.A. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** erbracht von einem Therapeuten	Keine Behandlung	K.A.	Großbritan-nien, k.A.	**Interventions-dauer** 2 Sitzungen innerhalb von 2 Wochen **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG: vor Auftritt und vor EMDR, VG: vor Auftritt) Nachbeobachtung: Posttest [b] nach Auftritt (IG/VG: k.A.)	Angst (STAI)

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“ (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. keine Behandlung								
Cook-Vienot 2012	RCT	20	**Anzahl der Sitzungen**: Ein-führung plus 3 therapeu-tische Sitzungen **Dauer der Sitzung**: 45 Min. **Technik/Durchführung:** k.A. **Durchführende Person**: vier in EMDR zertifizierte, erfahrene Therapeuten	Keine Behandlung	K.A.	Universitäten / Colleges in Texas, USA, k.A.	**Interventions-dauer** k.A. **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG: vor EMDR Sitzung, VG: Beginn der Wartezeit) Nachbeobachtung Posttest (IG: 30-45 Tage nach Pretest/ Intervention, VG: 30-45 Tage nach Pretest)	Angst (TAI, STAI)

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“ (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. keine Behandlung								
Foley 1995	RCT	20	**Anzahl der Sitzungen:** 1-2 **Dauer der Sitzung:** K.A. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** in EMDR zertifizierter, erfahrener Therapeut **Weitere Angaben:** Behandlung wurde abgeschlossen, bei Veränderung der SUD um mindestens ein Level oder nach zwei Sitzungen; Alle Sitzungen vom gleichen Therapeuten erbracht	Keine Behandlung	K.A.	Universitäts-klinik für Psychologie, Michigan, USA, k.A.	**Interventions-dauer** 1-2 Sitzungen **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest nach Halten einer Rede (IG: 1 Woche nach letzter EMDR Sitzung, VG: k.A.)	Angst (PRCA-24, PRPSA)

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“ (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. keine Behandlung								
Hampel 1997	RCT	32	**Anzahl der Sitzungen**: i.d.R. 1 bis 4 **Dauer der Sitzung**: 90 Min. **Technik/Durchführung**: standardisiert nach Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person**: k.A. **Weitere Angaben**: Anpassung der Therapie an individuelle Patientinnen und Patienten (Anzahl Sitzungen, Einheiten Augenbewegung etc.); fast alle Sitzungen vom gleichen Therapeuten erbracht	Keine Behandlung	K.A.	Universität/ Junior College, USA, k.A.	**Interventions-dauer** 2-10 Sitzungen **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest [b] (IG: k.A., VG: nach letzter EMDR Sitzung der IG)	Angst (TAI, STAI)

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“ (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. keine **Behandlung**								
Johnson 1997	RCT	30	**Anzahl der Sitzungen**:2-3 **Dauer der Sitzung**: 90 Min. **Technik/Durchführung**: standardisiert nach Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person**: zwei Therapeuten geschult in EMDR	Keine Behandlung	K.A.	Universität in Texas, USA, k.A.	**Interventions-dauer** 2-3 Sitzungen **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest nach nächster Prüfung (IG/VG: k.A.)	Angst (TAI)
Maxfield 2000	RCT	17	**Anzahl der Sitzungen**: 1 **Dauer der Sitzung**: 90 Min. **Technik/Durchführung**: standardisiert nach Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person**: in EMDR zertifizierter, erfahrener Therapeut **Weitere Angaben**: alle Sitzungen vom gleichen Therapeuten erbracht	Keine Behandlung	K.A.	Universität, Kanada, k.A.	**Interventionsdauer** 1 Sitzung **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: Woche 0) Nachbeobachtung Posttest (IG/VG: Woche 4)	Angst (TAI, STAI, FNE)

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“ (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. keine Behandlung								
Stevens 1999	RCT	42	**Anzahl der Sitzungen**: 1 **Dauer der Sitzung**: 20 Min. **Technik/Durchführung**: nach verkürztem Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person**: verschiedene in EMDR zertifizierte, erfahrene Therapeuten **Weitere Angaben**: Therapeuten werden zur Standardisierung geschult	Keine Behandlung	K.A.	USA, k.A.	**Interventions-dauer** 1 Sitzung **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest [b](IG/VG: k.A.)	Angst (TAI, DA-AAT)
EMDR plus KVT vs. KVT								
Ten Cate 1998	RCT	12	**Anzahl der Sitzungen**: 5 Sitzungen REBT plus eine Sitzung EMDR (2x/Woche) **Dauer der Sitzung**: ca. 75 Min. **Technik/Durchführung**: k.A. **Durchführende Person**: in EMDR und REBT geschulter Therapeut	**Anzahl der Sitzungen:** 6 **Dauer der Sitzung:** K.A. **Technik/Durchführung:** k.A. **Durchführende Person:** in REBT geschulter Therapeut	K.A.	Stellenbosch, Südafrika, k.A.	**Interventions-dauer**: 3 Wochen **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest [b] (IG/VG: a) k.A. b) Etwa 8 Wochen nach Interventionsstart)	Angst (Achieve-ment Anxiety Test, Suinn Test Anxiety Behaviour Scale, STAI)

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“ (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. KVT								
Stevens 1999	RCT	41	**Anzahl der Sitzungen**: 1 **Dauer der Sitzung**: 20 Min. **Technik/Durchführung**: nach verkürztem Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person**: verschiedene in EMDR zertifizierte, erfahrene Therapeuten **Weitere Angaben**: Therapeuten werden zur Standardisierung geschult	**Anzahl der Sitzungen**: 1 **Dauer der Sitzung**: k.A. **Technik/Durchführung**: Patientinnen/Patienten sollen sich ihre schlimmste Testsituation vorstellen und diese „ersetzen“ **Durchführende Person**: in REBT erfahrene Therapeuten **weitere Angaben**: Therapeuten werden zur Standardisierung geschult	K.A.	USA, k.A.	**Interventions-dauer** 1 Sitzung **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest [b] (IG/VG: k.A.)	Angst (TAI, DA-AAT)

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“ (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. EMDR mit anderem Stimulus (Fingertappen)								
Bauman 1994	RCT	35	**Anzahl der Sitzungen**: 1 **Dauer der Sitzung**: EMDR wird durchgeführt bis SUDs mit 0-1 bewertet wird, starke positive Haltung erreicht wird, oder max. 45 Min. **Technik/Durchführung**: schlimmste Angstsituation (Prüfung) soll sich vorgestellt werden. Links-rechts Bewegung an Ton eines Metronoms gekoppelt **Durchführende Person**: k.A.	**Anzahl der Sitzungen**: 1 **Dauer der Sitzung**: Fingertappen wird durchgeführt bis SUDs mit 0-1 bewertet wird, starke positive Haltung erreicht wird, oder max. 45 Min. **Technik/Durchführung**: schlimmste Angstsituation (Prüfung) soll sich vorgestellt werden. Alternierendes tappen an Ton eines Metronoms gekoppelt **Durchführende Person**: K.A.	K.A.	Kanada, k.A.	**Interventions-dauer** 1 Sitzung **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: 1 Woche vor der ersten Prüfung) Nachbeobachtung Posttest [b] (IG/VG: k.A.)	Angst (TAI)

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“ (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. EMDR mit anderem Stimulus								
Foley 1995	RCT	20	**Anzahl der Sitzungen:** 1-2 **Dauer der Sitzung:** k.A. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** in EMDR zertifizierter, erfahrener Therapeut **Weitere Angaben:** Behandlung wurde abgeschlossen, bei Veränderung der SUD um mindestens ein Level oder nach zwei Sitzungen; Alle Sitzungen vom gleichen Therapeuten erbracht	**Anzahl der Sitzungen:** 1-2 **Dauer der Sitzung:** k.A. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll jedoch statt dem optischen Folgen des Stimulus wird mit geschlossenen Augen ein Ton der rechts – links bewegt wird, verfolgt **Durchführende Person**: k.A. **Weitere Angaben**: Behandlung wurde abgeschlossen, wenn es zu einer Veränderung der SUD um mindestens ein Level oder nach zwei Sitzungen.	K.A.	Universitäts-klinik für Psychologie, Michigan, USA, k.A.	**Interventions-dauer** 1-2 Sitzungen **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest nach Halten einer Rede (IG/VG: 1 Woche nach letzter EMDR Sitzung)	Angst (PRCA-24, PRPSA)

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“ (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. keine Augenbewegung								
Carrigan 1999	RCT	71	**Anzahl der Sitzungen**: 1 **Dauer der Sitzung**: 90 Min. **Technik/Durchführung**: standardisiert nach Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person**: in EMDR zertifizierter Therapeut	**Anzahl der Sitzungen**: 1 **Dauer der Sitzung**: 90 Min. **Technik/Durchführung**: standardisiert nach Shapiro-Behandlungsprotokoll mit angstauslösender Vorstellung aber ohne Augenbewegung **Durchführende Person**: in EMDR zertifizierter Therapeut	K.A.	USA, k.A.	**Interventions-dauer** 1 Sitzung **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: nach Entspannungsphase vor EMDR) Nachbeobachtung Posttest [b] nach Halten einer Rede (IG/VG: k.A.)	

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“ (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. keine Augenbewegung								
Foley 1995	RCT	20	**Anzahl der Sitzungen:** 1-2 **Dauer der Sitzung:** k.A. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** in EMDR zertifizierter, erfahrener Therapeut **Weitere Angaben:** Behandlung wurde abgeschlossen, bei Veränderung der SUD um mindestens ein Level oder nach zwei Sitzungen; alle Sitzungen vom gleichen Therapeuten erbracht	**Anzahl der Sitzungen:** 1-2 **Dauer der Sitzung: k**.A. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro - jedoch statt dem optischen Folgen des Stimulus wird der Blick auf die im Schoß liegenden Hände gerichtet **Weitere Angaben:** Behandlung wurde abgeschlossen, wenn es zu einer Veränderung der SUD um mindestens ein Level kam oder nach zwei Sitzungen	K.A.	Universitäts-klinik für Psychologie, Michigan, USA, k.A.	**Interventions-dauer** 1-2 Sitzungen **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest nach Halten einer Rede (IG/VG: 1 Woche nach letzter EMDR Sitzung)	Angst (PRCA-24, PRPSA)

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“ (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. keine Augenbewegung								
Gosselin 1995	RCT	41	**Anzahl der Sitzungen**: 1 EMDR Sitzung; **Dauer der Sitzung**: 60 Min. **Technik/Durchführung**: standardisiert nach Shapiro Behandlungsprotokoll **Durchführende Person**: k.A. **Weitere Angaben**: alle Sitzungen vom gleichen Therapeuten erbracht	Gleiche Intervention ohne Augenbewegung (Probanden fixieren unbewegten Finger)	K.A.	Universität Massachu-setts-Amherst, USA, k.A.	**Interventions-dauer** 1 Sitzung **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest[b] (IG/VG: a) k.A. b) 4 Wochen)	Angst (TAI)

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“ (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. keine Augenbewegung								
Johnson 1997	RCT	30	**Anzahl der Sitzungen**: 3 EMDR Sitzungen **Dauer der Sitzung**: 90 Min. **Technik/Durchführung**: standardisiert nach Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person**: zwei Therapeuten geschult in EMDR	Gleiche Intervention ohne Augenbewegung	K.A.	Universität in Texas, USA, k.A.	**Interventions-dauer** 2 Sitzungen **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest nach nächster Prüfung (IG/VG: k.A.)	Angst (TAI)
EMDR vs. Biofeedback/Hypnose								
Brooker 2018	RCT	46	**Anzahl der Sitzungen:** 2 Sitzungen **Dauer der Sitzung:** k.A. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** erbracht von einem Therapeuten.	**Anzahl der Sitzungen:** 2 **Dauer der Sitzung:** k.A. **Technik/Durchführung**: k.A. **Durchführende Person:** erbracht von einem Therapeuten	K.A.	Großbritan-nien, k.A.	**Interventions-dauer** 1 Sitzung **Erhebungszeit-punkte** 2 Wochen Pretest (IG/VG: vor Auftritt und vor Intervention) Nachbeobachtung: Posttest[b] nach Auftritt (IG/VG: k.A.)	Angst (STAI)

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Studiencharakteristika der Studien „soziale Phobien“ (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. Biofeedback/Hypnose								
Cook-Vienot 2012	RCT	20	**Anzahl der Sitzungen**: Einführung plus 3 therapeutische Sitzungen **Dauer der Sitzung**: 45 Min. **Technik/Durchführung**: k.A. **Durchführende Person:** vier in EMDR zertifizierte, erfahrene Therapeuten	Biofeedback **Anzahl der Sitzungen:** 3 **Dauer der Sitzung:** 90 Min **Technik/Durchführung:** k.A. **Durchführende Person:** erbracht von in Biofeed-back zertifiziertem, erfahrenem Therapeuten	K.A.	Universitäten / Colleges in Texas, USA, k.A.	**Interventions-dauer** k.A. **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: vor Intervention) Nachbeobachtung Posttest (IG/VG: 30-45 Tage nach Pretest/ Intervention)	Angst (TAI, STAI)

a: Primäre Endpunkte beinhalten alle verfügbaren Angaben ohne Berücksichtigung der Relevanz für diese Nutzenbewertung. Sekundäre Endpunkte beinhalten ausschließlich Angaben zu relevanten verfügbaren Endpunkten für diese Nutzenbewertung. b: Unmittelbar nach Durchführung der Intervention (selber Tag)

DA-AAT: Debilitating Anxiety Subscale of the Achievement Anxiety Test; etc.: et cetera; EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; FNE: Fear of Negative Evaluation Scale; i.d.R.: In der Regel; IG: Interventionsgruppe; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; k.A.: keine Angabe; max.: Maximal; Min.: Minuten; N: Anzahl randomisierter Patientinnen/Patienten; PRCA-24: Personal Report of Communication Anxiety-24; PRPSA: Personal Report of Public Speaking Anxiety; RCT: randomized controlled trial; REBT: Rational Emotive Behaviour Therapy; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; SUD: Subjective Units of Disturbance; TAI: Test Anxiety Inventory; VG: Vergleichsgruppe

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen"

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. keine Behandlung								
Bates 1996	RCT	18	**Anzahl der Sitzungen:** 1 **Dauer der Sitzung:** 75-90 Min. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** Therapeut geschult in EMDR **Weitere Angaben:** alle Sitzungen vom gleichen Therapeuten erbracht	Keine Behandlung	K.A.	Universität, USA, k.A.	**Interventions-dauer:** 1 Sitzung **Erhebungszeit-punkte:** Pretest (IG/VG: nach Exposition von Spinne) Nachbeobachtung Posttest[b] 5 bis 9 Tage nach Pretest (IG/VG: nach Expo-sition von Spinne)	Angst während Lebendexpo-sition (NRS 0-10)
Doering 2013	RCT	31	**Anzahl der Sitzungen:** 3 wöchentliche Sitzungen **Dauer der Sitzung:** 90 Min. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** Therapeut geschult in EMDR **Weitere Angaben:** alle Sitzungen vom gleichen Therapeuten erbracht	Keine Behandlung	K.A.	Abteilung für Psychoso-matik in der Zahnheil-kunde, Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Bio-materialien, Universität Münster, Deutschland, k.A.	**Interventions-dauer:** 3 Wochen **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest[b] (IG/VG: 4 Wochen nach Pretest)	**Primär:** Angst (DAS, DFS) **Sekundär:** Angst (HADS-A) Morbidität* (HADS-D, BSI)

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. keine Behandlung								
Feske 1997	RCT	k.A.	**Anzahl der Sitzungen:** 6 Sitzungen über ca. 3 Wochen **Dauer der Sitzung:** 90-120 Min. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** in EMDR zertifizierter Therapeut **Weitere Angaben:** Therapeuten wurde untersagt andere Behandlungsmodalitäten zu nutzen; Therapeut wurde zur Standardisierung geschult	Keine Behandlung	Erlaubt: Psychopharmaka in einer stabilen Dosis Verboten: Mehr als 1,5 mg Alprazolam oder äquivalente Dosen anderer Benzodiazepine	Agoraphobia and Anxiety Treatment Center in Bala Cynwyd Pennsylvania, Temple University Medical School, USA, k.A.	**Interventionsdauer** 3 Wochen, **Erhebungszeitpunkte** Pretest (IG/VG: 1 Woche vor Intervention) Nachbeobachtung Posttest (IG/VG: 1 Woche nach Intervention)	**primär:** Angst (ACQ, MI, BAI) Morbidität (BSQ) **sekundär:** Morbidität* (BDI, BSI) Psychosoziale Aspekte** (SAS) Selbstbeobachtung: Panikhäufigkeit

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. keine Behandlung								
Gold-stein 2000	RCT	27	**Anzahl der Sitzungen:** 6 Sitzungen über ca. 4 Wochen **Dauer der Sitzung:** 90 Min. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** k.A. **Weitere Angaben:** Therapeuten wurde untersagt andere Behandlungsmodalitäten zu nutzen	Keine Behandlung	Erlaubt: Psychophar-maka in einer stabilen Dosis über die letzten 12 Wochen Verboten: Mehr als 1,5 mg Alprazolam oder äquivalente Dosen anderer Benzodiaze-pine	Agoraphobia and Anxiety Treatment Center in Bala Cynwyd Pennsylvania, Department of Psychology University of North Carolina at Chapel Hill, USA, k.A.	**Interventions-dauer** 4 Wochen, **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: 1 Woche vor Intervention) Nachbeobachtung Posttest (IG/VG: 1 Woche nach Intervention)	Angst (ACQ, MI, BAI) Morbidität* (BDI, BSI, BSQ) Psychoso-ziale Aspekte** (SAS)

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. keine Behandlung								
Muris 1997a	RCT	16	**Anzahl der Sitzungen:** 1 **Dauer der Sitzung:** 60 Min. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** k.A.	Keine Behandlung Teilnehmer wartet 1 Stunde	K.A.	Universität Limburg; Niederlande, k.A.	**Interventions-dauer** 1 Sitzung **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: nach Exposition von Spinne) Nachbeobachtung Posttest[b] (IG/VG: nach Intervention a) ohne Exposition von Spinne, b) mit Exposition von Spinne)	Angst (SPQ, BAT)

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. KVT (ART)								
Gold-stein 2000	RCT	46	**Anzahl der Sitzungen:** 6 Sitzungen über ca. 4 Wochen **Dauer der Sitzung:** 90 Min. **Technik/Durchführung:** atandardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** k.A. **Weitere Angaben:** Therapeuten wurde untersagt andere Behandlungsmodalitäten zu nutzen	**Anzahl der Sitzungen:** 6 Sitzungen über ca. 4 Wochen **Dauer der Sitzung:** 45 Min. progressive Muskelentspannung, 45 Min. Assoziations-Therapie (nach Abruf der Angstauslösenden Situation, freie Assoziation) **Technik/Durchführung:** Behandlung erfolgt standardisiert nach zuvor entwickeltem Handbuch **Durchführende Person:** k.A. **Weitere Angaben:** 1. Sitzung zur Informations-sammlung; 2.-6. Sitzung ART	Erlaubt: Psychophar-maka in einer sta-bilen Dosis über die letzten 12 Wochen Verboten: Mehr als 1,5 mg Alprazolam oder äquiva-lente Dosen anderer Benzodia-zepine	Agoraphobia and Anxiety Treatment Center in Bala Cynwyd Pennsylva-nia, Depart-ment of Psy-chology University of North Carolina at Chapel Hill, USA, k.A.	**Interventions-dauer** 4 Wochen **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: 1 Woche vor Intervention) Nachbeobachtung Posttest (IG/VG: 1 Woche nach Intervention)	Angst (ACQ, MI, BAI) Morbidität* (BDI, BSI, BSQ) Psychoso-ziale Aspekte** (SAS)

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. KVT								
Horst 2017	RCT	84	**Anzahl der Sitzungen:** 13 wöchentliche Sitzungen **Dauer der Sitzung:** mindestens 60 Min. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** zwei in EMDR zertifizierte Therapeuten	**Anzahl der Sitzungen**:13 wöchentliche Sitzungen **Dauer der Sitzung:** mindestens 60 Min. **Technik/Durchführung:** Behandlung erfolgt standardisiert nach Handbuch **Durchführende Person:** sechs verschiedene Therapeuten **Weitere Angaben:** 1. Teil: Aufklärung über Panikattacken- und -störungen 2. Teil: Entspannungsübungen 3. Teil: interorezeptive Exposition 4. Teil: kognitive Therapie zum Erlernen alternativer Gedankengänge	Erlaubt: Moderne Antidepres-siva (z.B. sSRIs, sSNRIs), klassische Antidepres-siva (z.B. TZA) einer stabilen Dosis über die letzten 6 Wochen Verboten: Benzodiaze-pine und andere sedative Medikamente	St. Elisabeth Hospital Tilburg, Niederlande, 02.2010-12.2013	**Interventions-dauer** 13 Wochen, **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest [b] (IG/VG: a) k.A., b) nach 13 Wochen)	**primär:** Angst (ACQ, MI, BAI) **sekundär:** Lebensqua-lität (WHO-QoL Bref)

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. KVT								
Horst 2017				5. Teil: in vivo Exposition mit Angst-Hierarchie; Therapeuten wurde untersagt andere Behandlungs-modalitäten zu nutzen Sechs verschiedene Therapeuten				

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. KVT (SD)								
Triscari 2011	RCT	57	**Anzahl der Sitzungen:** 10 wöchentliche Sitzungen **Dauer der Sitzung:** 120 Min. **Technik/Durchführung**: standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** ein klinischer Psychotherapeut und 2 Psychologen **Weitere Angaben**: 1.-3. Sitzung: KVT in Klein-gruppe: Psychoedukation über Angst, KVT Techniken, Entspannungs-übungen, Informationen über Fliegen	**Anzahl der Sitzungen**: 10 wöchentliche Sitzungen **Dauer der Sitzung:** 120 Min. **Technik/Durchführung:** Behandlung erfolgt standardisiert nach Handbuch **Durchführende Person:** ein klinischer Psychotherapeut und 2 Psychologen **Weitere Angaben:** 1.-3. Sitzung: KVT in Kleingruppe: Psychoedukation über Angst, KVT Techniken , Entspannungsübungen, Informationen über Fliegen	K.A.	Laboratory for Psycho-somatic Disorders of the Local Health Trust of Palermo, Italien, k.A.	**Interventions-dauer** 10 Wochen, **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest [b] (IG/VG: unmittelbar nach der Intervention)	Angst (FAM, FAS)

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. KVT (SD)								
Triscari 2011			4.-6. Sitzung: EMDR in Einzelsitzung 4. Sitzung: erster problematischer Flug 5. Sitzung: Verlinkung des Gelernten und EMDR 7.-10. Sitzung: KVT in Kleingruppe: 7. Sitzung: Besuch am Flughafen mit Fragen an Personal 8. Sitzung: Demonstrations-Flug 9. Sitzung: Hin- und Rückflug 10. Sitzung: Bewertungsphase	4.-6. Sitzung: SD in Einzelsitzung 7.-10. Sitzung: KVT in Kleingruppe: 7. Sitzung: Besuch am Flughafen mit Fragen an Personal 8. Sitzung: Demonstrations-Flug 9. Sitzung: Hin- und Rückflug 10. Sitzung: Bewertungsphase				

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. KVT (SD)								
Triscari 2015	RCT	44	**Anzahl der Sitzungen:** 10 wöchentliche Sitzungen **Dauer der Sitzung:** 120 Min. **Technik/Durchführung**: standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** ein klinischer Psychotherapeut und 2 Psychologen **Weitere Angaben**: 1.-3. Sitzung: KVT in Kleingruppe: Psychoedukation über Angst, KVT Techniken, Entspannungsübungen, Informationen über Fliegen	**Anzahl der Sitzungen:** 10 wöchentliche Sitzungen **Dauer der Sitzung:** 120 Min- **Technik/Durchführung**: Behandlung erfolgt standardisiert nach Handbuch **Durchführende Person: e**in klinischer Psychotherapeut und 2 Psychologen **Weitere Angaben**: 1.-3. Sitzung: KVT in Kleingruppe: Psychoedukation über Angst, KVT Techniken , Entspannungsübungen, Informationen über Fliegen	Erlaubt: Psycho-pharmaka in einer stabilen Dosis	Laboratory for Psycho-somatic Disorders of the Local Health Trust of Palermo, Italien, k.A.	**Interventions-dauer** 10 Wochen, **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest [b] (IG/VG: a) k.A., b) 1 Jahr nach dem Flug (Exposition))	Angst (FAM, FAS)

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. KVT (SD)								
Triscari 2015			4.-6. Sitzung: EMDR 7.-10. Sitzung: KVT in Kleingruppe: 7. Sitzung: Besuch am Flughafen mit Fragen an Personal 8. Sitzung: Demonstrations-Flug 9. Sitzung: Hin- und Rückflug 10. Sitzung: Bewertungsphase	4.-6. Sitzung: SD 7.-10. Sitzung: KVT in Kleingruppe: 7. Sitzung: Besuch am Flughafen mit Fragen an Personal 8. Sitzung: Demonstrations-Flug 9. Sitzung: Hin- und Rückflug 10. Sitzung: Bewertungsphase				

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. (Imaginäre) Exposition								
Muris 1997a	RCT	16	**Anzahl der Sitzungen:** 1 **Dauer der Sitzung:** 60 Min. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** k.A.	Imaginäre Exposition **Anzahl der Sitzungen**: 1 **Dauer der Sitzung:** 60 Min. **Technik/Durchführung:** Teilnehmer soll Hierarchie von 5 aversiven Erfahrungen mit Spinnen aufstellen und sich 10 Minuten vorstellen und sich auf bedrohende Stimuli, Angstauslösende Gedanken und Gefühle von Angst und Disstress fokussieren **Durchführende Person:** k.A.	K.A.	Universität Maastricht; Niederlande, k.A.	**Interventions-dauer** 1 Sitzung **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: nach Exposition von Spinne) Nachbeobachtung Posttest[b] (IG/VG: nach Intervention a) ohne Exposition von Spinne, b) mit Exposition von Spinne)	Angst (SPQ, BAT)

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. (Imaginäre) Exposition								
Muris 1997b	RCT	22	**Anzahl der Sitzungen:** 1 **Dauer der Sitzung:** 90 Min. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** in EMDR zertifizierter, erfahrener Therapeut **Weitere Angaben:** alle Sitzungen vom gleichen Therapeuten erbracht	In vivo Exposition **Anzahl der Sitzungen:** 1 **Dauer der Sitzung:** 90 Min. **Technik/Durchführung:** hierarchisch strukturierte Konfrontation mit lebenden Spinnen und Modelllernen am Therapeuten **Durchführende Person:** Student der Gesundheitswissen-schaften mit 5 Stunden Training in KVT für Phobien **Weitere Angaben:** alle Sitzungen vom gleichen Therapeuten erbracht	K.A.	Universität Limburg; Niederlande, k.A.	**Interventions-dauer** 1 Sitzung **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest[b] (IG/VG: k.A.)	Angst (BAT, SAM, SPQ)

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. (Imaginäre) Exposition								
Muris 1998	RCT	18	**Anzahl der Sitzungen:** 1 **Dauer der Sitzung:** 240 Min. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** in EMDR geschulter Therapeut **weitere Angaben:** alle Sitzungen vom gleichen Therapeuten erbracht	In vivo Exposition **Anzahl der Sitzungen:** 1 **Dauer der Sitzung:** 240 Min. **Technik/Durchführung:** Behandlung erfolgt standardisiert nach Handbuch Phase 1: 150 Min. Phase 2: 90 Min. 1. Teilnehmern wird Behandlung erklärt und die Hauptdimension der Angst wird angegeben 2. 20 verschiedene Spinnen (Größe, Optik) zur Expositionsübung eingesetzt	K.A.	Universität Maastricht; Niederlande, k.A.	**Interventions-dauer** 1 Sitzung **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A., für BAT mit Exposition von Spinne) Nachbeobachtung Posttest[b] (IG/VG: nach Intervention a) ohne Exposition von Spinne, b) mit Exposition von Spinne)	Angst (BAT, SAM, SPQ)

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. (Imaginäre) Exposition								
Muris 1998				3. Hierarchische Expositionsübung, anschauen, darauf zu gehen, in die Hand nehmen **Durchführende Person:** Verhaltenswissen-schaftler mit 5 Stunden Training in KVT für Phobien **Weitere Angaben**: alle Sitzungen vom gleichen Therapeuten erbracht				

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. (Imaginäre) Exposition								
Muris 1998	RCT	17	**Anzahl der Sitzungen:** 1 **Dauer der Sitzung:** 240 Min. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** in EMDR geschulter Therapeut **Weitere Angaben:** alle Sitzungen vom gleichen Therapeuten erbracht	Computer Exposition **Anzahl der Sitzungen:** 1 **Dauer der Sitzung:** 240 Min**:** Phase 1: 150 Min. Phase 2: 90 Min **Technik/Durchführung:** hierarchisch strukturierte Exposition auf einem Bildschirm (klein bis groß, Zeichnung bis realistische Abbildung) **Durchführende Person:** Verhaltenswissen-schaftler mit 5 Stunden Training in KVT für Phobien **Weitere Angaben**: alle Sitzungen vom gleichen Therapeuten erbracht	K.A.	Universität Maastricht; Niederlande, k.A.	**Interventions-dauer** 1 Sitzung **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A., für BAT mit Exposition von Spinne) Nachbeobachtung Posttest[b] (IG/VG: nach Intervention a) ohne Exposition von Spinne, b) mit Exposition von Spinne)	Angst (BAT, SAM, SPQ)

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. (Imaginäre) Exposition (VRET)								
Triscari 2015	RCT	43	**Anzahl der Sitzungen:** 10 wöchentliche Sitzungen **Dauer der Sitzung:** 120 Min. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** ein klinischer Psychotherapeut und 2 Psychologen **Weitere Angaben**: 1.-3. Sitzung: KVT in Kleingruppe: Psychoedukation über Angst, KVT Techniken, Entspannungsübungen, Informationen über Fliegen 4.-6. Sitzung: EMDR 7.-10. Sitzung: KVT in Kleingruppe:	**Anzahl der Sitzungen:** 10 wöchentliche Sitzungen **Dauer der Sitzung:** 120 Min. **Technik/Durchführung**: Behandlung erfolgt standardisiert an Handbuch 1.-3. Sitzung: KVT in Kleingruppe: Psychoedukation über Angst, CBT Techniken, Entspannungsübungen, Informationen über Fliegen 4.-6. Sitzung: VRET 7.-10. Sitzung: KVT in Kleingruppe:	Erlaubt: Psycho-pharmaka in einer stabilen Dosis	Laboratory for Psycho-somatic Disorders of the Local Health Trust of Palermo, Italien, k.A.	**Interventions-dauer** 10 Wochen, **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: k.A.) Nachbeobachtung Posttest[b] (IG/VG: a) k.A., b) 1 Jahr nach dem Flug (Exposition))	Angst (FAM, FAS)

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. (Imaginäre) Exposition (VRET)								
Triscari 2015			7. Sitzung: Besuch am Flughafen mit Fragen an Personal 8. Sitzung: Demonstrations-Flug 9. Sitzung: Hin- und Rückflug 10. Sitzung: Bewertungsphase	7. Sitzung: Besuch am Flughafen mit Fragen an Personal 8. Sitzung: Demonstrations-Flug 9. Sitzung: Hin- und Rückflug 10. Sitzung: Bewertungsphase **Durchführende Person:** ein klinischer Psychotherapeut und 2 Psychologen				

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

Studie	Studien-design	Patienten-zahl (rando-misiert) N	Intervention	Vergleich	Begleit-intervention	Ort und Zeitraum der Durch-führung	Interventionsdauer und Erhebungs-zeitpunkte	Relevante Endpunkte[a]
EMDR vs. EMDR mit anderem Stimulus (EFER)								
Feske 1997	RCT	K.A.	**Anzahl der Sitzungen:** 6 Sitzungen über ca. 3 Wochen **Dauer der Sitzung:** 90-120 Min. **Technik/Durchführung:** standardisiert entsprechend Shapiro-Behandlungsprotokoll **Durchführende Person:** in EMDR zertifizierter Therapeut **Weitere Angaben:** Therapeuten wurde untersagt andere Behandlungsmodalitäten zu nutzen; Therapeut wurde zur Standardisierung geschult	**Anzahl der Sitzungen:** 6 Sitzungen über ca. 3 Wochen **Dauer der Sitzung:** 90-120 Min. **Technik/Durchführung:** Behandlung erfolgt standardisiert an zuvor entwickeltem Handbuch **Durchführende Person:** K.A. **Weitere Angaben:** 1. Sitzung zur Informationssammlung; 2.-6. Sitzung EFER (1* 120 Min, 4* 90 Min.); EFER wird identisch zu EMDR angewendet, nur dass der Therapeut seinen Zeige-und Mittelfinger unbewegt lässt	Erlaubt: Psycho-pharmaka in einer stabilen Dosis Verboten: Mehr als 1,5 mg Alprazolam oder äquivalente Dosen anderer Benzodiaze-pine	Agoraphobia and Anxiety Treatment Center in Bala Cynwyd Pennsylvania, Temple University Medical School, USA, k.A.	**Interventions-dauer** 3 Wochen, **Erhebungszeit-punkte** Pretest (IG/VG: 1 Woche vor Intervention) Nachbeobachtung Posttest (IG/VG: a) 1 Woche nach Intervention, b) 13 Wochen nach Intervention)	**primär:** Angst (ACQ, MI, BAI) Morbidität* (BSQ) **sekundär:** Morbidität* (BDI, BSI) Psychoso-ziale Aspekte** (SAS) Selbstbeob-achtung: Panikhäufig-keit

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Studiencharakteristika der Studien "andere Angststörungen" (Fortsetzung)

a: Primäre Endpunkte beinhalten alle verfügbaren Angaben ohne Berücksichtigung der Relevanz für diese Nutzenbewertung. Sekundäre Endpunkte beinhalten ausschließlich Angaben zu relevanten verfügbaren Endpunkten für diese Nutzenbewertung. b: Unmittelbar nach Durchführung der Intervention (selber Tag) * Schweregrad der Erkrankung (allgemein oder störungsspezifisch), Rückfall, Vermeidungsverhalten, Depressivität, Somatische Zustände (zum Beispiel Herzklopfen, Übelkeit) **Gesundheitsbezogenes soziales Funktionsniveau einschließlich beruflicher und sozialer Teilhabe am Leben
ACQ: Agoraphobic Cognitions Questionnaire; ART: association and relaxation therapy; BAI: Beck Anxiety Inventory; BAT: Behavioural Avoidance Test; BDI: Beck Depression Inventory; BSI: Brief Symptom Inventory; BSQ: Body Sensations Questionnaire; ca.: Circa; CBT: Cognitive Behaviour Therapy; DAS: Dental Anxiety Scale; DFS: Dental Fear Survey; EFER: eye fixation exposure and reprocessing; EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; FAM: Flight Anxiety Modality Questionnaire; FAS: Flight Anxiety Situations Questionnaire; HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety; HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression; IG: Interventionsgruppe; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; k.A.: keine Angabe; MI: Mobility Inventory for Agoraphobia; Min.: Minuten; mg: Milligramm; N: Anzahl randomisierter Patientinnen/Patienten; NRS: Numeric Rating Scale; RCT: randomized controlled trial; SAM: Self Assessment Manikin; SAS: Social Adjustment Scale; SD: systematic desensitization; sSNRIs: Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer; SPQ: Spider Phobia Questionnaire; sSRIs: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; TZA: Trizyklische Antidepressiva; VG:Vergleichsgruppe; VRET: Virtual reality exposure therapy; WHO-QoL Bref: World Health Organization Quality of Life short version; z.B. zum Beispiel

A3.2.2 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene

Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene für Studien zu „sozialen Phobien“ ist in der folgenden Tabelle 19 dargestellt. Alle Studien wurden mit „hohem Verzerrungspotenzial auf Studienebene“ bewertet. Keine Studie berichtete genug Informationen über die Erstellung der Randomisierung und Verdeckung, keine der beteiligten Personen war verblindet.

Tabelle 19: Verzerrungspotenzial auf Studienebene „soziale Phobien“

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung		Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Studienebene
			Patientin/Patient	Behandelnde Personen			
	ja / nein / unklar	ja / nein / unklar	ja / nein / unklar	ja / nein / unklar	ja / nein / unklar	ja / nein	hoch / niedrig
Bauman 1994	unklar	unklar	nein	nein	unklar	nein	hoch
Blaise-Enright 1996	unklar	unklar	nein	nein	ja	ja	hoch
Brooker 2018	unklar	unklar	nein	nein	Ja	nein	hoch
Carrigan 1999*[a]	-	-	-	-	-	-	-
Cook-Vienot 2012	unklar	unklar	nein	nein	ja	nein	hoch
Foley 1995	unklar	unklar	nein	nein	ja	ja	hoch
Gosselin 1995	unklar	unklar	nein	nein	nein	ja	hoch
Hampel 1997	unklar	unklar	nein	nein	ja	ja	hoch
Johnson 1996*[b]	-	-	-	-	-	-	-
Maxfield 2000	unklar	unklar	nein	nein	ja	ja	hoch
Stevens 1999	unklar	unklar	nein	nein	ja	ja	hoch
Ten Cate 1998	unklar	unklar	nein	nein	ja	ja	hoch

* Keine Einschätzung des Verzerrungspotenzials durchgeführt
[a] Ergebnisse wurden nicht getrennt für die relevanten Gruppen berichtet
[b] Studienabbrecher > 30%

Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene für Studien zu „anderen Angststörungen“ ist in der folgenden Tabelle 20 dargestellt. Außer einer, wurden alle Studien mit „hohem Verzerrungspotenzial auf Studienebene“ bewertet. Nur Horst et al. berichtete sowohl eine adäquate Erzeugung einer Randomisierung als auch Verdeckung der

Gruppenzuteilung, was zu einer Bewertung mit „niedrigem Verzerrungspotenzial auf Studienebene“ führte [45]. Keine der beteiligten Personen war verblindet.

Tabelle 20: Verzerrungspotenzial auf Studienebene „andere Angststörungen“

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung: Patientin/Patient	Verblindung: Behandelnde Personen	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Studienebene
	ja / nein / unklar	ja / nein / unklar	ja / nein / unklar	ja / nein / unklar	ja / nein / unklar	ja / nein	hoch / niedrig
Bates 1996	unklar	unklar	nein	nein	ja	nein	hoch
Doering 2013	ja	unklar	nein	nein	ja	ja	hoch
Feske 1997	unklar	unklar	nein	nein	ja	nein	Hoch
Goldstein 2000*[a]	-	-	-	-	-	-	-
Horst 2017	ja	ja	nein	nein	ja	ja	niedrig
Muris 1997a	unklar	unklar	nein	nein	ja	ja	hoch
Muris 1997b	unklar	unklar	nein	nein	ja	ja	hoch
Muris 1998	unklar	unklar	nein	nein	ja	ja	hoch
Triscari 2011	unklar	unklar	nein	nein	ja	nein	hoch
Triscari 2015	ja	nein	nein	nein	ja	ja	hoch

* Keine Einschätzung des Verzerrungspotenzials durchgeführt
[a] Studienabbrecher in Interventions- vs. Vergleichsgruppe >15%

A3.3 Patientenrelevante Endpunkte

Die Ergebnisse für alle betrachteten Endpunkte werden in Tabelle 22 und Tabelle 23 gezeigt. Tabelle 22 zeigt die Ergebnisse von Studien, die soziale Phobien untersuchten, Tabelle 23 Studien zu anderen Angststörungen, die durch Zwischenüberschriften getrennt dargestellt wurden.

Die Darstellung erfolgte alphabetisch nach dem Namen des Autors. Die einzelnen Studien werden wiederum aufgeteilt in die verschiedenen Vergleiche, sofern sie mehr als einen Vergleich anstreben (zum Beispiel Brooker et al. „EMDR vs Hypnose“ und „EMDR vs. Keine Behandlung“).

Weiterhin werden, wenn vorhanden, verschiedene Messzeitpunkte dargestellt. Die Angabe „Pre – Post“ zeigt, dass vor und (unmittelbar) nach Durchführung der EMDR/ Vergleichsintervention eine Messung stattfand (siehe Tabelle 17 und Tabelle 18 für

Spezifizierungen). Alle anderen Zeitangaben beziehen sich auf den Zeitpunkt nach Durchführung der EMDR/Vergleichsintervention (zum Beispiel 1 Woche = Eine Woche nach Durchführung von EMDR).

Die Endpunkte:

- Angst
- angstspezifische Endpunkte: Vermeidungsverhalten, soziale Aspekte der Angst, physische Einschränkungen durch Angst, Häufigkeit von Panikattacken
- Depression
- Lebensqualität

wurden dargestellt. Alle Endpunkte wurden mit validierten spezifischen Skalen gemessen. Alle Skalen werden in Tabelle 21 berichtet. Dort sind auch der Wertebereich und eine Interpretationshilfe angegeben. Die Skalenveränderungen, gemessen vor und nach der Intervention, beider Interventionsgruppen wurden gegenübergestellt. Es wurden zum Teil Subskalen verwendet, zum Teil auch ohne Gesamtskala. Manche Studien werteten dieselben Endpunkte mehrmals mit unterschiedlichen Skalen oder auch Subskalen aus. Alle Skalen, auch wenn dies zu einem mehrfachen Bericht von Angst führte, wurden dargestellt, da es sich um spezifische (zum Beispiel Flugangst) Skalen handelte. Vor allem in den Studien zu anderen Angststörungen wurden wenige generische Messinstrumente genutzt.

Tabelle 22 zeigt alle Ergebnisse der betrachteten Endpunkte der Gruppe „soziale Phobien“. Alle Studien, die Prüfungsangst untersuchten, erhoben, bis auf eine [39], Angst mit dem TAI und gegebenenfalls ein bis zwei weiteren Skalen zur Erfassung von (Test-)Angst. Die Erhebung der Endpunkte erfolgte immer vor (pre) und (unmittelbar) nach (post) der Durchführung von EMDR oder der Vergleichsintervention. Wenige Studien erhoben Angst zu einem späteren Zeitpunkt, wie zum Beispiel nach acht Wochen. Die Ergebnisse der Angstveränderungen wurden für Interventions- und Vergleichsgruppe als Mittelwert mit Standardabweichung berichtet und wenn vorhanden das 95%-Konfidenzintervall ergänzt. Außerdem wurde die Mittelwertsdifferenz zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe, wenn möglich mit 95%-Konfidenzintervall und / oder p-Wert, und die Mittelwertsdifferenz der Änderung im Vergleich zu Studienbeginn berichtet.

Tabelle 21: Beschreibung der identifizierten Messinstrumente

	Wertebereich Skalen	**Interpretation**
ACQ	14-70	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
BAI	0-63	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
BASA	18-180	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
BAT	1-10	Hohe Skalenwerte indizieren geringes Vermeidungsverhalten
BDI	0-63	Hohe Skalenwerte indizieren große Depression
Brief-FNE	12-60	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
BSI	0-212	Hohe Skalenwerte indizieren mehr psychische Symptome (zum Beispiel: Angst, Depression)
BSQ	18-90	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
DA-AAT	19-95	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
DAS	4-20	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
DFS	20-100	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
FAM	18-90	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
FAS	32-160	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
HADS-A	0-18	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
HADS-D	0-18	Hohe Skalenwerte indizieren große Depression
MI-Accompanied	26-130	Hohe Skalenwerte indizieren großes Vermeidungsverhalten
MI-Alone	27-130	Hohe Skalenwerte indizieren großes Vermeidungsverhalten
NRS	1-10	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
PRCA-24	24-120	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
PRPSA	34-170	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
SAM	3-27	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
SAS	54-270	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
SPQ	0-15	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
STABS	50-250	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
STAI	20-80	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
SUD	0-10	Hohe Skalenwerte indizieren große Verzweiflung
TAI	20-80	Hohe Skalenwerte indizieren große Angst
WHO-QoL-Bref	4-20	Hohe Skalenwerte indizieren große Lebensqualität

ACQ: Agoraphobic Cognitions Questionnaire; BAI: Beck Anxiety Inventory; BASA: Behavioural assessment of speech anxiety; BAT: Behavioural Avoidance Test; BDI: Beck Depression Inventory; Brief-FNE: Brief - Fear of Negative Evaluation Scale; BSI: Brief Symptom Inventory; BSQ: Body Sensations Questionnaire; DA-AAT: Debilitating Anxiety Subscale of the Achievement Anxiety Test; DAS: Dental Anxiety Scale; DFS: Dental Fear Survey; FAM: Flight Anxiety Modality Questionnaire; FAS: Flight Anxiety Situations Questionnaire; HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety; HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression; MI: Mobility Inventory for Agoraphobia; NRS: Numeric Rating Scale; PRCA-24: Personal Report of Communication Anxiety-24; PRPSA: Personal Report of Public Speaking Anxiety; SAM: Self-Assessment Manikin; SAS: Social Adjustment Scale; SPQ: Spider Phobia Questionnaire; STABS: Suinn Test Anxiety Behaviour Scale; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; SUD: Subjective Units of Disturbance; TAI: Test Anxiety Inventory; WHO-QoL Bref: World Health Organization Quality of Life short version

Tabelle 22: Ergebnisse der Studien zu sozialen Phobien

Studie Soziale Phobien	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studien-beginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studien-beginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Bauman 1994 TAI	EMDR vs. Finger-tappen	Pre	k.A.	58,27	8,55	k.A.			k.A.	58,27	9,12	k.A.			0	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	k.A.	51,33	13,23	k.A.	-6,94	k.A.	k.A.	47	7,41	k.A.	-11,27	k.A.	4,33	k.A.	k.A.	4,33; k.A.
Blaise-Enright 1996 TAI	EMDR vs. keine Behand-lung	Pre	18	65,5	8,44	61,6; 69,4			17	68,64	9,2	64,27; 73,01			-3,14	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	18	51,75	15,4	44,64; 58,86	-13,75	k.A.	17	65,36	8,22	61,45; 69,27	-3,28	k.A.	-13,61	-21,73; -5,49	0,001	-10,47; <0,001[c]

(Fortsetzung)

Tabelle 22: Ergebnisse der Studien zu sozialen Phobien (Fortsetzung)

Studie Soziale Phobien	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Brooker 2018 STAI (state anxiety)	EMDR vs. Hypnose	Pre	k.A.	49,75	k.A.	k.A.			k.A.	47,69	k.A.	k.A.			2,06	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	k.A.	38,88	k.A.	k.A.	-10,87	k.A.	k.A.	36,94	k.A.	k.A.	-10,75	k.A.	1,94	k.A.	0,641	-0,12; k.A.
	EMDR vs. keine Behand-lung	Pre	k.A.	49,75	k.A.	k.A.			k.A.	45,14	k.A.	k.A.			4,61	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	k.A.	38,88	k.A.	k.A.	-10,87	k.A.	k.A.	43,64	k.A.	k.A.	-1,50	k.A.	-4,76	k.A.	0,17	-9,37; k.A.
Brooker 2018 STAI (trait anxiety)	EMDR vs. Hyp-nose	Pre	k.A.	45,44	k.A.	k.A.			k.A.	41,94	k.A.	k.A.			3,5	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	k.A.	40,25	k.A.	k.A.	-5,19	k.A.	k.A.	41,25	k.A.	k.A.	-0,69	k.A.	-1	k.A.	0,015	-4,5; k.A.
	EMDR vs. keine Behand-lung	Pre	k.A.	45,44	k.A.	k.A.			k.A.	44,93	k.A.	k.A.			0,51	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	k.A.	40,25	k.A.	k.A.	-5,19	k.A.	k.A.	44,07	k.A.	k.A.	-0,86	k.A.	-3,82	k.A.	0,005	-4,33; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 22: Ergebnisse der Studien zu sozialen Phobien (Fortsetzung)

Studie Soziale Phobien	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Cook-Vienot 2012 TAI	EMDR vs. Biofeedback	Pre	10	64,3	10,88	57,56; 71,04			10	64,2	10	58; 70,4			0,1	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	10	33,9	9,7	27,89; 39,91	-30,40	7,4	10	53,7	13,1	45,58; 61,82	-10,5	11,81	-19,8	-29,90; -9,70	<0,05	-19,90; < 0,05
	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	10	64,3	10,88	57,56; 71,04			10	66,8	10,7	60,17; 73,43			-2,5	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	10	33,9	9,7	27,89; 39,91	-30,40	7,4	10	64,9	12,6	57,09; 72,71	-1,9	6,93	-31	-40,86; -21,14	<0,05	-28,50; < 0,05
Cook-Vienot 2012 STAI	EMDR vs. Biofeedback	Pre	10	54,1	11,5	46,97; 61,23			10	46,4	8,8	40,95; 51,85			7,7	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		45 Tage	10	40,2	10,1	33,94; 46,46	-13,90	7,06	10	43,3	8,5	38,03; 48,57	-3,1	6,045	-3,1	-11,28; 5,08	0,46	-10,8; < 0,05
	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	10	54,1	11,5	46,97; 61,23			10	55,2	10,9	48,44; 61,96			-1,1	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		45 Tage	10	40,2	10,1	33,94; 46,46	-13,90	7,06	10	55	11,8	47,69; 62,31	-0,2	5,84	-14,8	-24,43; -5,17	<0,05	-13,7; < 0,05

(Fortsetzung)

Tabelle 22: Ergebnisse der Studien zu sozialen Phobien (Fortsetzung)

Studie Soziale Phobien	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Foley 1995 PRCA-24	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	10	84,5	k.A.	k.A.			10	94	k.A.	k.A.			-9,5	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	10	76,5	k.A.	k.A.	-8,00	k.A.	10	95	k.A.	k.A.	1	k.A.	-18,5	k.A.	k.A.	-9,00; k.A.
	EMDR vs. Audio Stim.	Pre	10	84,5	k.A.	k.A.			10	86,6	k.A.	k.A.			-2,1	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	10	76,5	k.A.	k.A.	-8,00	k.A.	10	75,2	k.A.	k.A.	-11,40	k.A.	1,3	k.A.	k.A.	3,40; k.A.
	EMDR vs. keine Augenbewegung	Pre	10	84,5	k.A.	k.A.			10	90,2	k.A.	k.A.			-5,7	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	10	76,5	k.A.	k.A.	-8,00	k.A.	10	75,2	k.A.	k.A.	-15,00	k.A.	1,3	k.A.	k.A.	7,00; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 22: Ergebnisse der Studien zu sozialen Phobien (Fortsetzung)

Studie Soziale Phobien	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Foley 1995 PRPSA	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	10	134,5	k.A.	k.A.			10	142,5	k.A.	k.A.			-8	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	10	123,5	k.A.	k.A.	-11,00	k.A.	10	143	k.A.	k.A.	0,50	k.A.	-19,5	k.A.	k.A.	-11,50; > 0,05
	EMDR vs. Audio Stim.	Pre	10	134,5	k.A.	k.A.			10	136	k.A.	k.A.			-1,5	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	10	123,5	k.A.	k.A.	-11,00	k.A.	10	125,5	k.A.	k.A.	-10,50	k.A.	-2	k.A.	k.A.	-0,50; > 0,05
	EMDR vs. keine Augenbewegung	Pre	10	134,5	k.A.	k.A.			10	139,5	k.A.	k.A.			-5	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	10	123,5	k.A.	k.A.	-11,00	k.A.	10	121,5	k.A.	k.A.	-18,00	k.A.	2	k.A.	k.A.	7,00; > 0,05

(Fortsetzung)

Tabelle 22: Ergebnisse der Studien zu sozialen Phobien (Fortsetzung)

Studie Soziale Phobien	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Foley 1995 BASA	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	10	71	k.A.	k.A.			10	69	k.A.	k.A.			2	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	10	52	k.A.	k.A.	-19,00	k.A.	10	62,5	k.A.	k.A.	-6,50	k.A.	-10,5	k.A.	k.A.	-12,50; > 0,05
	EMDR vs. Audio Stim.	Pre	10	71	k.A.	k.A.			10	60,5	k.A.	k.A.			10,5	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	10	52	k.A.	k.A.	-19,00	k.A.	10	48	k.A.	k.A.	-12,50	k.A.	4	k.A.	k.A.	-6,50; > 0,05
	EMDR vs. keine Augenbewegung	Pre	10	71	k.A.	k.A.			10	64,5	k.A.	k.A.			6,5	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	10	52	k.A.	k.A.	-19,00	k.A.	10	52	k.A.	k.A.	-12,50	k.A.	0	k.A.	k.A.	-6,50; > 0,05
Gosselin 1995 TAI	EMDR vs. keine Augenbewegung	Pre	k.A.	58,82	10,17	k.A.			k.A.	54,16	9,12	k.A.			4,66	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	k.A.	52,27	13,7	k.A.	-6,55	7,6	k.A.	46,53	11,35	k.A.	-7,63	9,61	5,74	k.A.	k.A.	1,08; 0,088
		1 Mon	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	4,43	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	4,43	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 22: Ergebnisse der Studien zu sozialen Phobien (Fortsetzung)

Studie Soziale Phobien	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Hampel 1997 TAI	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	16	86,81	k.A.	k.A.			16	93,5	k.A.	k.A.			-6,69	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	16	37,81	25,56	25,29; 50,33	-49,00	k.A.	16	87,5	11,1	82,06; 92,94	-6,00	k.A.	-49,69	-63,34; -36,04	<0,001	-43; <0,001[c]
Hampel 1997 STAI	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	16	73,2	k.A.	k.A.			16	75,38	k.A.	k.A.			-2,18	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	16	50,25	30,59	35,26; 65;24	-22,95	k.A.	16	61,94	30,82	46,84; 77,04	-13,44	k.A.	-11,69	-32,97; 9,59	0,28	-9,51; k.A.
Maxfield 2000 TAI	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	7	60,14	8,88	53,56; 66,72			8	56,5	3,96	53,76; 59,24			3,64	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	7	46,71	15,16	35,48; 57,94	-13,43	k.A.	8	56	10,14	48,97; 63,03	-0,5	k.A.	-9,29	-22,54; 3,96	0,17	-12,93; < 0,05 [c]
Maxfield 2000 STAI	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	7	41,17	21,37	25,34; 57			8	44,13	14,11	34,35; 53,91			-2,96	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	7	42,17	14,47	31,45; 52,89	1,00	k.A.	8	42,88	16,03	31,77; 53,99	-1,25	k.A.	-0,71	-16,15; 14,73	0,93	2,25; < 0,05 [c]

(Fortsetzung)

Tabelle 22: Ergebnisse der Studien zu sozialen Phobien (Fortsetzung)

Studie Soziale Phobien	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR					Vergleich					Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW SA			MW	SA	[95 %-KI]	MW SA					
Maxfield 2000 Brief-FNE	EMDR vs. keine Behand-lung	Pre	7	38,33	18	25; 51,66			8	35,38	8,07	29,79; 40,97			2,95	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	7	30,5	12,94	20,91; 40,09	-7,83 k.A.		8	33,75	7,61	28,48; 39,02	-1,63 k.A.		-3,25	-14,19; 7,69	0,56	-6,2; < 0,05
Stevens 1999 TAI	EMDR vs. KVT (REBT)	Pre	21	55,05	10,45	50,58; 59,52			20	59,43	8,73	55,6; 63,26			-4,38	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	21	5,86	13,6	0,04; 11,68	-49,19 k.A.		20	46,55	13	40,85; 52,25	-12,88 k.A.		-40,69	-48,83: -32,55	<0,001	-36,31; k.A.
	EMDR vs. keine Behand-lung	Pre	21	55,05	10,45	50,58; 59,52			21	54,25	11,68	49,25; 59,25			0,8	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	21	5,86	13,6	0,04; 11,68	-49,19 k.A.		21	49,3	12,24	44,06; 54,54	-4,95 k.A.		-43,44	-51,27; -35,61	<0,001	-44,24; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 22: Ergebnisse der Studien zu sozialen Phobien (Fortsetzung)

Studie Soziale Phobien	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Ten Cate 1998 DA-AAT	EMDR plus KVT (REBT) vs. KVT (REBT)	Pre	6	57,177	5,776	52,55; 61,79			6	56,667	3,62	53,77; 59,56			0,5	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	6	55,83	3,71	52,86; 58,8	-1,33	k.A.	6	55	2,19	53,25; 56,75	-1,67	k.A.	0,833	-2,61; 4,28	0,64	0,33; k.A.
		Ca. 8 Wo.	6	55,5	1,761	54,09; 56,91	-1,67	k.A.	6	53	3,59	50,13; 55,87	-3,67	k.A.	2,5	-0,70; 5,70	0,13	2,00; k.A.
Ten Cate 1998 STAI	EMDR plus KVT (REBT) vs. KVT (REBT)	Pre	6	k.A.	k.A.	k.A.			6	k.A.	k.A.	k.A.			k.A.	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	6	95,83	5,88	k.A.	k.A.	k.A.	6	98,83	10,01	k.A.	k.A.	k.A.	-3	-12,29; 6,29	0,53	k.A.; k.A.
		Ca. 8 Wo	6	100,83	4,67	k.A.	k.A.	k.A.	6	96,17	7,73	k.A.	k.A.	k.A.	4,67	-2,56; 11,89	k.A.	k.A.; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 22: Ergebnisse der Studien zu sozialen Phobien (Fortsetzung)

Studie Soziale Phobien	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR					Vergleich					Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Ten Cate 1998 STABS	EMDR plus KVT (REBT) vs. KVT (REBT)	Pre	6	152	22,59	133,92; 170,08			6	194,33	18,007	179,92; 208,74			-42,33	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	6	132,5	36,27	103,48; 161,52	-19,50	k.A.	6	140,83	35,37	112,53; 169,13	-53,50	k.A.	-8,33	-48,87; 32,20	0,69	34; k.A.
		Ca.8 Wo	6	124,67	39,01	93,45; 155,88	-27,33	k.A.	6	133,33	43,21	98,75; 167,91	-61,00	k.A.	-8,66	-55,25; 37,92	0,72	33,67; k.A.

a: Anzahl der Patienten, die in der Auswertung zur Berechnung des Effektschätzers berücksichtigt wurden. Die Angaben zu Studienende und -beginn (Baseline) können auf anderen Patientenzahlen basieren, b: Wenn nicht anders angegeben, ITT-LOCF Auswertung.

BASA: Behavioural assessment of speech anxiety; ca.: Circa; DA-AAT: Debilitating Anxiety Subscale of the Achievement Anxiety Test; EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Bref-FNE: Brief - Fear of Negative Evaluation Scale; ITT-LOCF: Intention-To-Treat - Last Observation Carried Forward; k.A.: keine Angabe; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; Mon: Monat; MW: Mittelwert; N: Anzahl randomisierter Patientinnen/Patienten; PRCA-24: Personal Report of Communication Anxiety-24; PRPSA: Personal Report of Public Speaking Anxiety; REBT: Rational Emotive Behaviour Therapy; SA: Standardabweichung; STABS: Suinn Test Anxiety Behaviour Scale; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; Stim.: Stimulus; TAI: Test Anxiety Inventory; vs.: versus; Wo: Woche

Tabelle 23 zeigt alle Ergebnisse der betrachteten Endpunkte der Gruppe „andere Angststörungen“. Zwei Studien untersuchten Panikstörungen. Die darin verwendeten Messinstrumente überschnitten sich zum Teil, beide nutzten die Mobility Inventory for Agoraphobia-Avoidance Skala. Während Horst et al. den gesamten Agoraphobic Cognitions Questionnaire nutzten [45], nutzten Feske et al. verschiedene Subskalen [43]. Feske et al. erhoben neben Änderungen der Angst auch Depressivität, während Horst et al. gesundheitsbezogene Lebensqualität betrachteten. Vier Studien untersuchten Arachnophobie. Muris et al. benutzten in ihren drei Studien den Spider Phobia Questionnaire, den Behavioural Avoidance Test und in den zwei Studien, die Kinder einbezogen, den Self-Assessment Manikin [47-49]. Bates et al. erhob die Angststärke auf einer Skala von 1-10 [46]. Doering et al. nutzten zwei spezifische Messinstrumente für die untersuchte Dentalphobie (Dental Anxiety Scale, Dental Fear Survey) und zwei weitere generische Instrumente zur Erhebung der Angst [52]. Außerdem untersuchten sie die Änderung der Depressivität. Flugangst wurde in zwei Studien von Triscari et al. untersucht [50,51]. Sie nutzten zwei spezifische Messinstrumente (FAM, Flight Anxiety Situations Questionnaire (FAS)). Die Erhebung der Endpunkte erfolgte immer vor (pre) und (unmittelbar) nach (post) der Durchführung von EMDR oder der Vergleichsintervention. Längere Follow-Up Zeiten wurden nur in drei Studien untersucht, in zwei Studien nach einem Jahr. Die Ergebnisse der Angstveränderungen und aller anderen Endpunkte wurden für Interventions- und Vergleichsgruppe als Mittelwert mit Standardabweichung berichtet und wenn vorhanden das 95%-Konfidenzintervall ergänzt. Außerdem wurde die Mittelwertsdifferenz zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe, wenn möglich mit 95%-Konfidenzintervall und/oder p-Wert, und die Mittelwertsdifferenz der Änderung im Vergleich zu Studienbeginn erhoben.

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Panikstörung																		
Feske 1997 ACQ-Social Concerns	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	15	2,75	0,92	2,28; 3,22			12	2,94	1,19	2,27; 3,61			-0,19	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	15	2,19	0,86	1,75; 2,63	-0,56	k.A.	12	2,65	1,17	1,99; 3,31	-0,29	k.A.	-0,46	-1,25; 0,33	0,26	-0,27; k.A.
	EMDR vs. EFER	Pre	18	2,69	0,95	2,25; 3,13			18	2,76	0,88	2,35; 3,17			-0,07	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	18	2,21	0,88	1,8; 2,62	-0,48	k.A.	18	2,51	1,05	2,02; 3	-0,25	k.A.	-0,3	-0,93; 0,33	0,35	-0,23; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR					Vergleich					Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW SA			MW	SA	[95 %-KI]	MW SA					
Feske 1997 BAI	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	15	26,4	11,1	20,78; 32,02			12	27,2	9,75	21,68; 32,72			-0,8	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	15	13,9	7,94	9,88; 17,92	-12,50	k.A.	12	25,9	8,4	21,15; 30,65	-1,30	k.A.	-12	-18,22; -5,78	0,0002	-11,20; k.A.
	EMDR vs. EFER	Pre	18	26,8	11	21,72; 31,88			18	25,7	9,65	21,24; 30,16			1,1	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	18	14,2	7,66	10,66; 17,74	-12,60	k.A.	18	19,3	10,4	14,5; 24,1	-6,40	k.A.	-5,1	-11,07; 0,87	0,09	-6,20; k.A.
Feske 1997 SAS	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	15	2,13	0,22	2,02; 2,24			12	2,21	0,42	1,97; 2,45			-0,08	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	15	1,75	0,35	1,57; 1,93	-0,38	k.A.	12	2,18	0,53	1,88; 2,48	-0,03	k.A.	-0,43	-0,78; -0,08	0,02	-0,35; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
	EMDR vs. EFER	Pre	18	2,19	0,39	2,01; 2,37			18	1,97	0,39	1,79; 2,15			0,22	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	18	1,76	0,36	1,59; 1,93	-0,43	k.A.	18	1,90	0,45	1,69; 2,11	-0,07	k.A.	-0,14	-0,41; 0,13	0,3	-0,36; k.A.
Feske 1997 MI-Avoidance Alone	EMDR vs. keine Behand-lung	Pre	15	2,92	1,11	2,36; 3,48			12	3,09	1,43	2,28; 3,9			-0,17	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	15	2,26	0,83	1,84; 2,68	-0,66	k.A.	12	3	1,39	2,21; 3,79	-0,09	k.A.	-0,74	-1,36; 0,15	0,1	-0,57; k.A.
	EMDR vs. EFER	Pre	18	2,9	1,12	2,38; 3,42			18	3,07	1,18	2,52; 3,62			-0,17	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	18	2,28	0,8	1,91; 2,65	-0,62	k.A.	18	2,86	1,25	2,28; 3,44	-0,21	k.A.	-0,58	-1,27; 0,11	0,1	-0,41; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Feske 1997 MI-Avoidance Accompanied	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	15	2,1	0,62	1,79; 2,41			12	2,25	0,9	1,74; 2,76			-0,15	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	15	1,59	0,51	1,33; 1,85	-0,51	k.A.	12	2,19	0,93	1,66; 2,72	-0,06	k.A.	-0,6	-1,19; -0,01	0,04	-0,45; k.A.
	EMDR vs. EFER	Pre	18	2,07	0,6	1,79; 2,35			18	2,25	0,93	1,82; 2,68			-0,18	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	18	1,55	0,47	1,33; 1,77	-0,52	k.A.	18	2,03	0,82	1,65; 2,41	-0,22	k.A.	-0,48	-0,92; -0,04	0,03	-0,30; k.A.
Feske 1997 ACQ-Physical Concerns	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	15	2,16	0,58	1,87; 2,45			12	2,44	0,95	1,9; 2,98			-0,28	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	15	1,88	0,61	1,57; 2,19	-0,28	k.A.	12	2,31	1,01	1,74; 2,88	-0,13	k.A.	-0,43	-1,08; 0,22	0,19	-0,15; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
	EMDR vs. EFER	Pre	18	2,12	0,63	1,83; 2,41			18	1,9	0,78	1,54; 2,26			0,22	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	18	1,84	0,58	1,57; 2,11	-0,28	k.A.	18	1,79	0,58	1,52; 2,06	-0,11	k.A.	0,05	-0,33; 0,43	0,8	-0,17; k.A.
Feske 1997 BSQ	EMDR vs. keine Behand-lung	Pre	15	2,72	0,61	2,41; 3,03			12	2,92	0,66	2,55; 3,29			-0,2	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	15	2,23	0,81	1,82; 2,64	-0,49	k.A.	12	2,89	0,7	2,49; 3,29	-0,03	k.A.	-0,66	-1,23; 0,09	0,02	-0,46; k.A.
	EMDR vs. EFER	Pre	18	2,77	0,62	2,48; 3,06			18	2,55	0,54	2,3; 2,8			0,22	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	18	2,22	0,76	1,87; 2,57	-0,55	k.A.	18	2,28	0,64	1,98; 2,58	-0,27	k.A.	-0,06	-0,52; 0,04	0,8	-0,28; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Feske 1997 Häufigkeit der Panikattacke (n)	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	15	3,45	1,86	2,51; 4,39			12	3,66	1,98	2,54; 4,78			-0,21	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	15	1,02	1,13	0,45; 1,59	-2,43	k.A.	12	3,14	3,2	1,33; 4,95	-0,52	k.A.	-2,12	-4,02; -0,22	0,03	-1,91; k.A.
	EMDR vs. EFER	Pre	18	3,27	1,79	2,44; 4,1			18	3,81	3,26	2,3; 5,32			-0,54	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	18	0,94	1,09	0,44; 1,44	-2,33	k.A.	18	1,69	2,81	0,39; 2,99	-2,12	k.A.	-0,75	-2,14; 0,64	0,29	-0,21; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR					Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]				
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA	Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
Feske 1997 BDI	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	15	15	7,38	11,27; 18,73			12	17,9	11,5	11,39; 24,41			-2,9	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	15	6,8	5,86	3,83; 9,77	-8,20	k.A.	12	17,9	11,2	11,56; 24,24	0,00	k.A.	-11,1	-18,10; -4,10	0,002	-8,20; k.A.
	EMDR vs. EFER	Pre	18	17,2	10,9	12,16; 22,24			18	12,2	6,1	9,38; 15,02			5	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	18	7,28	5,94	4,54; 10,02	-9,92	k.A.	18	9,17	5,55	6,61; 11,73	-3,03	k.A.	-1,89	-5,65; 1,87	0,32	-6,89; k.A.
Feske 1997 BSI	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	15	1,55	0,57	1,26; 1,84			12	1,43	0,66	1,06; 1,8			0,12	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	15	0,79	0,67	0,45; 1,13	-0,76	k.A.	12	1,33	0,74	0,91; 1,75	-0,10	k.A.	-0,54	-1,08; -0,00	0,05	-0,66; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR					Vergleich					Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW SA			MW	SA	[95 %-KI]	MW SA					
	EMDR vs. EFER	Pre	18	1,58	0,67	1,27; 1,89			18	1,14	0,46	0,93; 1,35			0,44	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		1 Wo	18	0,77	0,62	0,48; 1,06	-0,81	k.A.	18	0,86	0,46	0,65; 1,07	-0,28	k.A.	-0,09	-0,45; 0,27	0,62	-0,53; k.A.
Horst 2017 MI Avoidance Alone	EMDR vs. KVT	Pre	39	68,1	26	59,94; 76,26			38	62,2	22,8	54,95; 69,45			5,9	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	34	42	21,7	34,71; 49,29	-26,1	k.A.	28	41,3	14,8	35,82; 46,78	-20,9	k.A.	0,7	-8,42; 9,82	0,88	-5,20; k.A.
		3 Mon.	29	41,4	17,5	35,03; 47,77	-26,7	k.A.	25	43,3	17,3	36,52; 50,08	-18,9	k.A.	-1,9	-11,20; 7,40	0,69	-7,80; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Horst 2017 MI Avoidance Accom-panied	EMDR vs. KVT	Pre	39	51,8	19,1	45,81; 57,79			38	51,9	18,8	45,92; 57,88			-0,1	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	34	36,6	16,9	30,92; 42,28	-15,20	k.A.	28	33,3	9,7	29,71; 36,89	-18,60	k.A.	3,3	-3,42; 10,02	0,34	3,40; k.A.
		3 Mon.	29	36,2	15,8	30,45; 41,95	-15,60	k.A.	25	35,2	11,2	30,81; 39,59	-16,70	k.A.	1	-6,23; 8,23	0,79	1,10; k.A.
Horst 2017 ACQ	EMDR vs. KVT	Pre	39	36,8	12,1	33; 40,6			38	34,1	9,6	31,05; 37,15			2,7	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	34	23,6	10,5	20,07; 27,13	-13,20	k.A.	28	24,7	8,8	21,44; 27,96	-9,40	k.A.	-1,1	-5,9; 3,7	0,65	-3,80; k.A.
		3 Mon.	29	25,1	10,2	21,39; 28,81	-11,70	k.A.	25	27,5	10,7	23,31; 31,69	-6,60	k.A.	-2,4	-8,00; 3,20	0,4	-5,10; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Horst 2017 BSQ1	EMDR vs. KVT	Pre	39	50,2	13	46,12; 54,28			38	47	11,8	43,25; 50,75			3,2	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	34	28,5	10,4	25; 32	-21,70	k.A.	28	29,1	9,4	25,62; 32,58	-17,90	k.A.	-0,6	-5,53; 4,33	0,81	-3,80; k.A.
		3 Mon.	29	30,2	11,5	26,01; 34,39	-20,00	k.A.	25	34,1	12,1	29,36; 38,84	-12,90	k.A.	-3,9	-10,23; 2,43	0,23	-7,10; k.A.
Horst 2017 BSQ2	EMDR vs. KVT	Pre	39	52,5	10,7	49,14; 55,86			38	48,3	11,2	44,74; 51,86			4,2	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	34	33	12,4	28,83; 37,17	-19,50	k.A.	28	34,5	9,9	30,83; 38,17	-13,80	k.A.	-1,5	-7,05; 4,05	0,6	-5,70; k.A.
		3 Mon.	29	36,3	14	31,2; 41,4	-16,20	k.A.	25	40,3	10,9	36,03; 44,57	-8,00	k.A.	-4	-10,65; 2,65	0,24	-8,20; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Horst 2017 WHO-QoL-Bref	EMDR vs. KVT	Pre	39	10,6	3,5	9,5; 11,7			38	10,8	3,6	9,66; 11,94			-0,2	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	34	14,7	3,8	13,42; 15,98	4,10	k.A.	28	14,4	2,4	13,51; 15,29	3,60	k.A.	0,3	-1,26; 1,86	0,71	0,50; k.A.
		3 Mon.	29	15,3	2,7	14,32; 16,28	4,70	k.A.	25	13	3,8	11,51; 14,49	2,20	k.A.	2,3	0,52; 4,08	0,01	2,50; k.A.
Arachnophobie																		
Bates 1996 Angst berichtet (NRS 0-10)	EMDR vs. keine Behand-lung	Pre mit Exp.	7	6,43	1,4	5,39; 7,47			7	8	1,53	6,87; 9,13			-1,57	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post 4. Exp.	7	3,86	2,91	1,7; 6,02	-2,57	k.A.	8	4,86	2,48	3,14; 6,58	-3,14	k.A.	-1	-3,76; 1,76	0,48	0,57; > 0,05

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR					Vergleich					Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW SA			MW	SA	[95 %-KI]	MW SA					
Muris 1997a SPQ	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	8	25,13	2,59	23,34; 26,92			8	24,75	3,01	22,66; 26,84			0,38	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	8	18	8,78	11,92; 24,08	-7,13 k.A.		8	14,5	8,83	8,38; 20,62	-10,25 k.A.		3,5	-5,13; 12,13	0,43	3,12; > 0,05
	EMDR vs. in vivo Exp.	Pre	8	25,13	2,59	23,34; 26,92			8	23,63	2,56	21,86; 25,4			1,5	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	8	18	8,78	11,92; 24,08	-7,13 k.A.		8	18,38	6	14,22; 22,54	-5,25 k.A.		-0,38	-7,75; 6,99	0,92	-1,88; > 0,05
Muris 1997a BAT	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	8	1,5	2,14	0,02; 2,98			8	1,13	1,64	-0,01; 2,27			0,37	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	8	3,13	2,3	1,54; 4,72	1,63 k.A.		8	1,38	1,92	0,05; 2,71	0,25 k.A.		1,75	-0,33; 3,83	0,1	1,38; 0,08
		In vivo Exp.	8	5,88	2,75	3,97; 7,79	4,38 k.A.		8	5,63	2,77	3,71; 7,55	4,50 k.A.		0,25	-2,45; 2,95	0,86	-0,12; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR					Vergleich					Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
	EMDR vs. in vivo Exp.	Pre	8	1,5	2,14	0,02; 2,98			8	2,5	2,78	0,57; 4,43			-1	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	8	3,13	2,3	1,54; 4,72	1,63	k.A.	8	3	2,78	1,07; 4,93	0,50	k.A.	0,13	-2,37; 2,63	0,92	1,13; k.A.
		In vivo Exp.	8	5,88	2,75	3,97; 7,79	4,38	k.A.	8	5	3,16	2,81; 7,19	2,50	k.A.	0,88	-2,02; 3,78	0,55	1,88; 0,08
Muris 1997b SPQ-Children	EMDR vs. in vivo Exp.	Pre	11	9,46	2,2	8,16; 10,76			11	9,91	1,81	8,84; 10,98			-0,45	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	11	2,91	1,81	1,84; 3,98	-6,55	k.A.	11	4,18	2,93	2,45; 5,91	1,12	k.A.	-1,27	-3,31; 0,77	0,22	-7,67; > 0,05
Muris 1997b SAM	EMDR vs. in vivo Exp.	Pre	11	21,46	3,39	19,46; 23,46			11	21,18	3,06	19,37; 22,99			0,28	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	11	11,82	4,26	9,3; 14,34	-9,64	k.A.	11	12,6	5,35	9,44; 15,76	-8,58	k.A.	-0,78	-4,82; 3,26	0,71	-1,06; > 0,05

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR					Vergleich					Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Muris 1997b BAT	EMDR vs. in vivo Exp.	Pre	11	4,36	2,46	2,91; 5,81			11	3,82	2,32	2,45; 5,19			0,54	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	11	6,46	1,04	5,85; 7,07	2,10	k.A.	11	7,64	2,42	6,21; 9,07	3,82	k.A.	-1,18	-2,74; 0,38	0,14	-1,72; > 0,05
Muris 1998 SPQ-Children	EMDR vs. in vivo Exp.	Pre	9	10,33	1,5	9,35; 11,31			9	9,33	1,41	8,41; 10,25			1	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post in vivo Exp.	9	6,22	2,73	4,44; 8	-4,11	k.A.	9	4	3,24	1,88; 6,12	-5,33	k.A.	2,22	-0,55; 4,99	0,12	1,22; < 0,05
	EMDR vs. imaginäre Exp.	Pre	9	10,33	1,5	9,35; 11,31			8	9,5	1,41	8,52; 10,48			0,83	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post in vivo Exp.	9	6,22	2,73	4,44; 8	-4,11	k.A.	8	5,25	3,28	2,98; 7,52	-4,25	k.A.	0,97	-1,92; 3,86	0,51	0,14; > 0,05

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR					Vergleich					Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn;
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Muris 1998 SAM	EMDR vs. in vivo Exp.	Pre	9	23,33	2,5	21,7; 24,96			9	21,22	4,35	18,38; 24,06			2,11	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post in vivo Exp.	9	13,44	4,45	10,53; 16,35	-9,89	k.A.	9	10,22	5,47	6,65; 13,79	-11,00	k.A.	3,22	-1,39; 7,83	0,17	1,11; 0,1
	EMDR vs. imaginäre Exp.	Pre	9	23,33	2,5	21,7; 24,96			8	21,5	3,96	18,76; 24,24			1,83	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post in vivo Exp.	9	13,44	4,45	10,53; 16,35	-9,89	k.A.	8	12,13	7,49	6,94; 17,32	-9,37	k.A.	1,31	-4,64; 7,26	0,67	-0,52; < 0,05
Muris 1998 BAT	EMDR vs. in vivo Exp.	Pre	9	4,89	3,02	2,92; 6,86			9	5,44	2,56	3,77; 7,11			-0,55	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post in vivo Exp.	9	13,44	4,45	10,53; 16,35	8,55	k.A.	9	8,67	1,5	7,69; 9,65	3,23	k.A.	4,77	1,7; 7,84	0,002	5,32; 0,1

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
	EMDR vs. imaginäre Exp.	Pre	9	4,89	3,02	2,92; 6,86			8	5	1,69	3,83; 6,17			-0,11	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post in vivo Exp.	9	13,44	4,45	10,53; 16,35	8,55	k.A.	8	7,5	2,14	6,02; 8,98	2,50	k.A.	5,94	2,68; 9,2	0,0004	6,05; > 0,05
Dentalphobie																		
Doering 2013 HADS-D	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	16	4,3	3,2	2,73; 5,87			15	4,5	2,6	3,18; 5,82			-0,2	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	16	4,1	3,3	2,48; 5,72	-0,20	k.A.	15	5,1	2,6	3,78; 6,42	0,60	k.A.	-1	-3,08; 1,08	0,35	-0,80; 0,14
Doering 2013 BSI	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	16	58,6	13,4	52,03; 65,17			15	58,8	14,8	51,31; 66,29			-0,2	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	16	54,4	14,7	47,2; 61,6	-4,20	k.A.	15	56,9	13,4	50,12; 63,68	-1,90	k.A.	-2,5	-12,39; 7,39	0,62	-2,30; 0,4

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR					Vergleich					Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn;
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Doering 2013 DAS	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	16	18,3	1,6	17,52; 19,08			15	17,9	1,8	16,99; 18,81			0,4	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	16	13,3	3,7	11,49; 15,11	-5,00	k.A.	15	17,7	1,4	16,99; 18,41	-0,20	k.A.	-4,4	-6,35; -2,45	< 0,00001	-4,80; < 0,001
Doering 2013 DFS	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	16	82,6	11	77,21; 87,99			15	80,9	9,6	76,04; 85,76			1,7	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	16	63,8	17	55,47; 72,13	-18,8	k.A.	15	78,9	8,7	74,5; 83,3	-2,00	k.A.	-15,1	-24,52; -5,68	0,002	-16,80; < 0,001
Doering 2013 HADS-A	EMDR vs. keine Behandlung	Pre	16	8,1	4,1	6,09; 10,11			15	7,6	4	5,58; 9,62			0,5	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	16	7	4,2	4,94; 9,06	-1,10	k.A.	15	7,7	4	5,68; 9,72	0,10	k.A.	-0,7	-3,59; 2,19	0,63	-1,20; 0,19

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR					Vergleich					Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW SA			MW	SA	[95 %-KI]	MW SA					
Flugangst																		
Triscari 2011 FAS	EMDR vs. KVT (SD)	Pre	23	105,2	17,8	97,93; 112,47			34	108,3	21,4	101,11; 115,49			-3,1	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	23	58,4	17,6	51,21; 65,59	-46,8	k.A.	34	63,3	24,2	55,17; 71,43	-45,00	k.A.	-4,9	-15,76; 5,96	0,38	-1,80; k.A.
Triscari 2011 FAM	EMDR vs. KVT (SD)	Pre	23	49,7	11,5	45; 54,4			34	54,5	14,7	49,56; 59,44			-4,8	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	23	28,7	10,9	24,25; 33,15	-21,0	k.A.	34	30,8	13,9	26,13; 35,47	-23,70	k.A.	-2,1	-8,56; 4,36	0,52	2,70; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR					Vergleich					Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studienbeginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Triscari 2015 FAS	EMDR vs. KVT (SD)	Pre	22	106,23	17,55	98,9; 113,56			22	111,59	20,4	103,07; 120,11			-5,36	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	22	59	17,78	51,57; 66,43	-47,23	k.A.	22	62,59	23,48	52,78; 72,4	-49,00	k.A.	-3,59	-15,9; 8,72	0,57	1,77; k.A.
		1 Jahr	22	58,23	17,73	50,82; 65,64	-48,00	k.A.	22	61,76	34,49	47,35; 76,17	-49,83	k.A.	-3,53	-19,73; 12,67	0,67	1,83; k.A.
	EMDR vs. KVT (VRET)	Pre	22	106,23	17,55	98,9; 113,56			21	111,14	18,57	103,2; 119,08			-4,91	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	22	59	17,78	51,57; 66,43	-47,23	k.A.	21	64,14	27,57	52,35; 75,93	-47,00	k.A.	-5,14	-19,08; 8,80	0,47	-0,23; k.A.
		1 Jahr	22	58,23	17,73	50,82; 65,64	-48,00	k.A.	21	64,45	24,33	54,04; 74,86	-46,69	k.A.	-6,22	-18,99; 6,55	0,34	-1,31; k.A.

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

Studie andere Angststörungen	Betrachteter Vergleich	Zeitpunkt	EMDR						Vergleich						Intervention vs. Vergleich (Mittelwertsdifferenz)			
			N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studien-beginn[b]		N[a]	Werte			Änderung verglichen zu Studien-beginn[b]		Messwert, Mittelwertsdifferenz	[95 %-KI]	p-Wert	Änderung verglichen zu Studienbeginn; p-Wert
				MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA		MW	SA	[95 %-KI]	MW	SA				
Triscari 2015 FAM	EMDR vs. KVT (SD)	Pre	22	50,73	10,77	46,23; 55,23			22	52,73	14,04	46,86; 58,6			-2	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	22	29,18	10,9	24,63; 33,73	-21,55	k.A.	22	29,32	13,22	23,8; 34,84	-23,41	k.A.	-0,14	-7,3; 7,02	0,97	1,86; k.A.
		1 Jahr	22	27,45	5,85	25,01; 29,89	-23,28	k.A.	22	31,24	16,69	24,27; 38,21	-21,49	k.A.	-3,79	-11,18; 3,6	0,31	-1,79; k.A.
	EMDR vs. KVT (VRET)	Pre	22	50,73	10,77	46,23; 55,23			21	54,38	12,09	49,21; 59,55			-3,65	k.A.	k.A.	k.A.; k.A.
		Post	22	29,18	10,9	24,63; 33,73	-21,55	k.A.	21	30,24	9,53	26,16; 34,32	-24,14	k.A.	-1,06	-7,17; 5,05	0,73	2,59; k.A.
		1 Jahr	22	27,45	5,85	25,01; 29,89	-23,28	k.A.	21	29,25	10,49	24,76; 33,74	-25,13	k.A.	-1,8	-6,91; 3,31	0,49	1,85; k.A.

a: Anzahl der Patienten, die in der Auswertung zur Berechnung des Effektschätzers berücksichtigt wurden. Die Angaben zu Studienende und -beginn (Baseline) können auf anderen Patientenzahlen basieren, b: Wenn nicht anders angegeben, ITT-LOCF Auswertung.

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Ergebnisse der Studien zu anderen Angststörungen (Fortsetzung)

ACQ: Agoraphobic Cognitions Questionnaire; BAI: Beck Anxiety Inventory; BAT: Behavioural Avoidance Test; BDI: Beck Depression Inventory; BSI: Brief Symptom Inventory; BSQ: Body Sensations Questionnaire; DAS: Dental Anxiety Scale; DFS: Dental Fear Survey; EFER: eye fixation exposure and reprocessing; EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Exp.:Exposition; FAM: Flight Anxiety Modality Questionnaire; FAS: Flight Anxiety Situations Questionnaire; HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety; HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression; ITT-LOCF: Intention-To-Treat - Last Observation Carried Forward; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; k.A.: keine Angabe; MI: Mobility Inventory for Agoraphobia; Mon.: Monat; MW: Mittelwert; N: Anzahl randomisierter Patientinnen/Patienten; NRS: Numeric Rating Scale; SA: Standardabweichung; SAM: Self-Assessment Manikin; SAS: Social Adjustment Scale; SD: systematic desensitization; SPQ: Spider Phobia Questionnaire; VRET: Virtual reality exposure therapy; vs.: versus; WHO-QoL Bref: World Health Organization Quality of Life short version; Wo: Woche

A3.3.1 Endpunkt Angst

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu Angst

Tabelle 24: Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Endpunktebene: Angst in Studien zu sozialen Phobien

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Bauman 1994	hoch	unklar	unklar	ja	ja	hoch
Blaise-Enright 1996	hoch	unklar	unklar	ja	ja	hoch
Brooker 2018	hoch	unklar	unklar	ja	ja	hoch
Carrigan 1999*[a]	-	-	-	-	-	-
Cook-Vienot 2012	hoch	unklar	ja	ja	ja	hoch
Foley 1995	hoch	unklar	ja	ja	ja	hoch
Gosselin 1995	hoch	unklar	unklar	nein	ja	hoch
Hampel 1997	hoch	unklar	unklar	ja	ja	hoch
Johnson 1996*[b]	-	-	-	-	-	-
Maxfield 2000	hoch	unklar	unklar	ja	ja	hoch
Stevens 1999	hoch	unklar	unklar	ja	ja	hoch
Ten Cate 1998	hoch	unklar	ja	ja	ja	hoch

ITT: Intention-To-Treat
* Keine Einschätzung des Verzerrungspotenzials durchgeführt
[a] Ergebnisse wurden nicht getrennt für die relevanten Gruppen berichtet
[b] Studienabbrecher > 30%

Tabelle 25: Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Endpunktebene: Angst in Studien zu anderen Angststörungen

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Bates 1996	hoch	ja	unklar	ja	ja	hoch
Doering 2013	hoch	unklar	nein	ja	ja	hoch
Feske 1997	hoch	unklar	unklar	ja	ja	hoch
Goldstein 2000*	-	-	-	-	-	-
Horst 2017	niedrig	unklar	unklar	ja	ja	hoch
Muris 1997a	hoch	unklar	unklar	ja	ja	hoch
Muris 1997b	hoch	unklar	ja	ja	ja	hoch
Muris 1998	hoch	unklar	unklar	ja	ja	hoch
Triscari 2011	hoch	unklar	unklar	ja	ja	hoch
Triscari 2015	hoch	unklar	unklar	ja	ja	hoch

ITT: Intention-To-Treat
* Keine Einschätzung des Verzerrungspotenzials durchgeführt
[a] Studienabbrecher in Interventions- vs. Vergleichsgruppe >15%

A3.3.2 Endpunkt Depression

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu Depression

Tabelle 26: Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Endpunktebene: Depression in Studien zu anderen Angststörungen

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Doering 2013	hoch	Unklar	nein	ja	ja	hoch
Feske 1997	hoch	Unklar	unklar	ja	ja	hoch

ITT: Intention-To-Treat

A3.3.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu gesundheitsbezogener Lebensqualität

Tabelle 27: Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Endpunktebene: Gesundheitsbezogene Lebensqualität in Studien zu anderen Angststörungen

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Horst 2017	niedrig	unklar	unklar	Ja	ja	hoch
ITT: Intention-To-Treat						

A3.3.4 Metaanalysen

Alle Ergebnisse wurden auf die Verwendbarkeit in einer Meta-Analyse geprüft. Die Voraussetzung dafür war ein identisches Patientenkollektiv, (Kontroll-) Intervention und Endpunkt bzw. Messinstrument. Für die Indikation Prüfungsangst (Soziale Phobien) wurden fünf Studien als ausreichend homogen bzgl. Patientenkollektiv, Ausgestaltung der Intervention, Kontrolle und Messung der Endpunkte erachtet und mithilfe von dem Programm „R“ (Meta-Analysis) gepoolt [74]. In den berücksichtigten Studien wurde EMDR mit „Keine Behandlung“ verglichen. Drei Studien, die den State-Trait Anxiety Inventory (STAI) verwendeten, konnten gepoolt werden. Es zeigte sich zwar eine Angstreduktion durch EMDR, jedoch war dieser Effekt nicht statistisch signifikant: STAI: Mittelwertsdifferenz -10,61 (95%-KI (-28,99; 7,76)), siehe Abbildung 2. Für den TAI ergab der Test auf Heterogenität von fünf Studien einen p-Wert von <0,05. Es wurde daher für diesen Endpunkt keine Metaanalyse durchgeführt. Das Prädiktionsinterval reichte von -88,29 bis 29,55, siehe Abbildung 3.

Die Zwillingsstudien von Triscari et al., die Flugangst untersuchten, wurden auch für beide verwendeten Messinstrumente (FAS und FAM) metaanalytisch zusammengefasst. Die Studien verglichen EMDR mit einer Form der Verhaltenstherapie (Systemic desensitization). Für den FAS ergab sich eine Mittelwertsdifferenz von -4,33 (95%-KI (-12,47; 3,82)) siehe Abbildung 4, für den FAM eine Mittelwertsdifferenz von -1,22 (95%-KI (-6,02; 3,57)) siehe Abbildung 5, auch diese Werte zeigten keine statistisch signifikante Änderung.

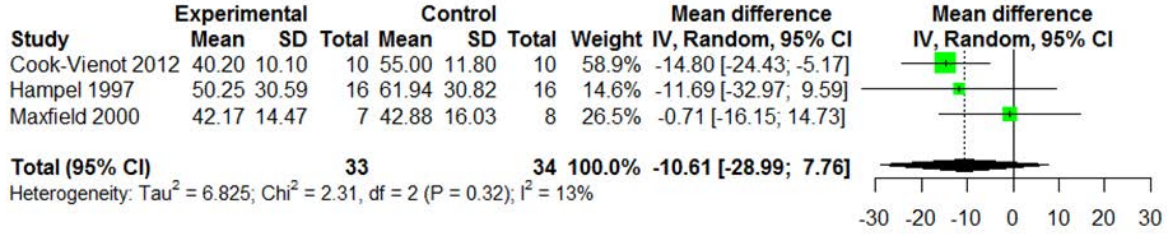

Abbildung 2: Prüfungsangst; EMDR vs. „Keine Behandlung“; Endpunkt: State-Trait Anxiety Inventory

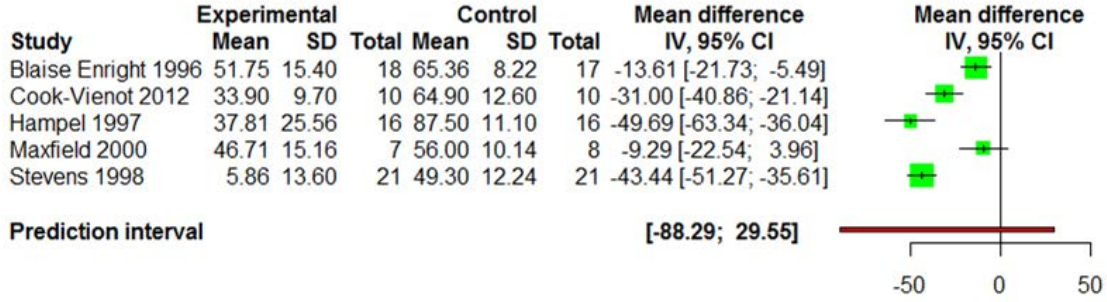

Abbildung 3: Prüfungsangst; EMDR vs. „Keine Behandlung“; Endpunkt: Test Anxiety Inventory

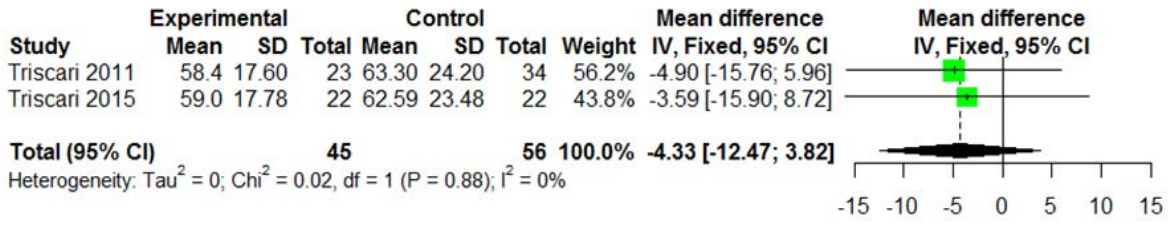

Abbildung 4: Flugangst; EMDR vs. Verhaltenstherapie; Endpunkt: Flight Anxiety Situations Questionnaire

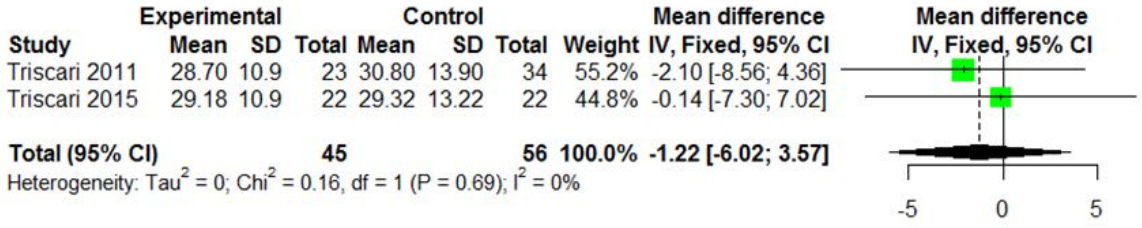

Abbildung 5: Flugangst; EMDR vs. Verhaltenstherapie; Endpunkt: Flight Anxiety Modality Questionnaire

A3.3.5 Sensitivitätsanalysen

Es wurden keine Sensitivitätsanalysen durchgeführt, da die Anzahl der poolbaren Studien zu gering war.

A3.3.6 Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren

Als potenzielle Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren wurden Zeitraum, Land und Geschlecht abgewogen. Jedoch wurden keine Subgruppenanalysen durchgeführt, da zu wenige zusammenfassbare Ergebnisse vorlagen.

A4 Details der Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung

A4.1 Bestimmung der Interventionskosten

EMDR wird durch psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und von Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker als „Wingwave“ durchgeführt und kann theoretisch sowohl ambulant als auch stationär zur Anwendung kommen. Für die Indikation PTBS ist EMDR seit 01.2015 durch die GKV erstattungsfähig und wird im ambulanten Bereich über den EBM Katalog unter der Kennziffer 35421 / 35422 als KZT (maximal 12 Sitzungen) oder 35425 als Langzeittherapie als Verhaltenstherapie abgerechnet (möglich auch als tiefenpsychologische Psychotherapie 35401 / 35402 oder 35405). Eine stationäre Behandlung durch EMDR wird über das PEPP abgerechnet. EMDR ist jedoch für die Indikation Angststörung durch die GKV weder ambulant noch stationär erstattungsfähig und muss von der Patientin/vom Patienten selbst getragen werden. Eine stationäre Behandlung ist nur in sehr schweren Fällen von Angststörungen mit starkem Vermeidungsverhalten bei zum Beispiel Agoraphobie nötig. Die wesentliche Interventionskostenberechnung bezieht sich deshalb auf den ambulanten Bereich. Da man annehmen kann, sollte es zu einer zukünftigen Erstattungsfähigkeit von EMDR bei Angststörungen kommen, dass die Vergütungshöhe von EMDR bei Angststörungen identisch zu der bei PTBS erfolgt, orientiert sich folgende Bestimmung der Interventionskosten an dem Vorgehen bei Indikation PTBS.

Als Vergleichsintervention wurde in den Studien, die in der Nutzenbewertung identifiziert wurden, „Keine Behandlung“, ein verhaltenstherapeutischer Ansatz oder eine abgewandelte Form der EMDR wie zum Beispiel Fingertappen statt Augenbewegung angewandt. Die S3-Leitlinie Behandlung von Angststörung empfiehlt für Panikstörung, Agoraphobie, generalisierte Angststörung und soziale Phobie Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie, jeweils einzeln oder in Kombination. Falls eine Verhaltenstherapie wirkungslos bleibt, sollte eine psychodynamische Psychotherapie durchgeführt werden. Für spezifische Phobien wird eine Verhaltenstherapie empfohlen [53].

Für die Bestimmung der Kosten der Vergleichstherapie wird die Verhaltenstherapie herangezogen. Diese ist für die Indikation Angststörung erstattungsfähig durch die GKV und wird mittels EBM unter der Kennziffer 35421 / 35422 als KZT (zunächst 12 Sitzungen KZT1, nach Verlängerungsantrag KZT2 nochmals 12 Sitzungen) oder 35425 als Langzeittherapie abgerechnet. Zuvor erfolgen maximal drei Sprechstundentermine (35151) und maximal vier probatorische Sitzungen (35150) sowie die biographische Anamnese (35140). Diese drei zusätzlichen Abrechnungseinheiten erfolgen immer, unabhängig davon, welche Therapieform gewählt wird, um eine Genehmigung zur Abrechnung der Therapie zu erlangen. Daher werden diese in der Kostenberechnung nicht berücksichtigt.

Die Dauer der Behandlung richtet sich sowohl bei der Anwendung von EMDR als auch bei einer Verhaltenstherapie nach der Schwere der Erkrankung und dem Ansprechen der/des Patientin/Patienten auf die Therapie. Der Leistungsumfang der GKV für Verhaltenstherapie im ambulanten Bereich beträgt bis zu 45 Anwendungen, bis zu 60 bei besonderer Schwere und bis zu 80 Anwendungen in besonders begründeten Ausnahmefällen. Für Panikstörung mit / ohne Agoraphobie und generalisierter Angststörung zeigt sich eine durchschnittliche Anzahl von 10-25 Anwendungen als effektiv. Für soziale Phobien ist die Dauer einer Verhaltenstherapie bis ein Effekt erzielt wird unklar. Die Literatur zeigt, dass die verhaltenstherapeutische Behandlung im Durchschnitt nach 4 (Bandbreite 1-12) Anwendungen bei spezifischen Phobien effektiv ist [53]. Die Dauer einer EMDR Behandlung bis ein Effekt erzielt wird ist unbekannt. Als Anhaltspunkt für die Bestimmung der Dauer einer EMDR Behandlung wird die Dauer einer Verhaltenstherapie herangezogen.

Da die Behandlungsdauer sowohl in der Prüf- als auch Vergleichsintervention unterschiedlich und nicht übergreifend eindeutig ist, wird im Folgenden von zwei Szenarien ausgegangen. Szenario 1 ist die KZT von durchschnittlich 24 Anwendungen, Szenario 2 die Langzeittherapie von 70 Anwendungen. Da sich sowohl in der Annahme über die Dauer als auch der Ansatz der Preis für Prüf- und Vergleichsintervention nicht unterscheidet, kommt es in Szenario 1 zu einem Preis von 2394,72 € und in Szenario 2 zu einem Preis von 6984,60 €. Die Verhaltenstherapie ist im Gegensatz zu EMDR jedoch durch die GKV erstattungsfähig. Kostenunterschied zwischen EMDR und Verhaltenstherapie können sich somit nur durch Unterschiede in der Behandlungsdauer bzw. Anzahl der Sitzungen ergeben.

In Tabelle 28 werden die Kosten der Prüfintervention und der Vergleichsintervention(en) pro Anwendung dargestellt.

Tabelle 28: Kosten der Prüfintervention und der Vergleichsintervention(en)

Bezeichnung der Patientengruppe	**Patientengruppe**				
Bezeichnung der Intervention	**Bezeichnung und Kennzeichnung im relevanten Vergütungs-katalog**	**Kosten pro Anwendung in €**	**Anzahl der Anwendungen pro Jahr**	**Begründung (Quelle) Bezugsjahr**	**Erstattungs-fähigkeit**
EMDR	EBM 35421/35422 Verhaltenstherapie (KZT 1 gefolgt von KZT 2, Einzelbehandlung) EBM 35425 Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	99,78 99,78	24 60 (+ 10 Rezidiv-Prophylaxe)	KZT bei einfacher Indikation (z.B. spezifische Phobien) LZT bei komplexer Indikation (z.B. generalisierte Angststörung) KBV 01.2019 [54]	Nein
Verhaltenstherapie	EBM 35421/35422 Verhaltenstherapie (KZT 1, gefolgt von KZT 2, Einzelbehandlung) EBM 35425 Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	99,78 99,78	24 60 (+ 10 Rezidiv-Prophylaxe)	KZT bei einfacher Indikation (z.B. spezifische Phobien) LZT bei komplexer Indikation (z.B. generalisierte Angststörung) KBV 01.2019 [54]	Ja
EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab; KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; z.B.: zum Beispiel					

A4.2 Kosteneffektivität

A4.2.1 Fokussierte Informationsbeschaffung

A4.2.1.1 Primäre Informationsquellen

Die Literaturrecherche in bibliografischen Datenbanken erfolgte gemeinsam mit der Suche nach Studien zur Nutzenbewertung (siehe Kapitel A3.1.1.1). Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken finden sich in Abschnitt A10.1. Die letzte Suche fand am 29.05.2018 statt.

Es wurden keine Studien zur Kosteneffektivität identifiziert.

A4.2.1.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

Es wurde keine Literatur über weitere Informationsquellen und Suchtechniken identifiziert.

A4.2.2 Ergebnisse zur Kosteneffektivität

Es konnte keine Literatur zur Kosteneffektivität identifiziert werden.

A5 Details der Ergebnisse: Ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte

A5.1 Ethische Aspekte

A5.1.1 Recherche zu ethischen Aspekten der zu bewertenden Technologie

Für die orientierende Recherche zu ethischen Aspekten wurde der Hoffmansche Fragenkatalog ausgearbeitet. Alle Kernfragen wurden ausführlich geprüft und durch die Autoren beantwortet. Die Antworten bilden eine Grundlage für die Recherche und mit Hilfe der ausgewählten Literatur wurden die „Identifizierten Aspekte“ (siehe Tabelle 30) ausgewählt.

Die Datenbanken BELIT und ETHICSWEB wurden mit einer orientierenden Recherche durchsucht. Weiterhin wurden Informationen über Interessensverbände recherchiert. Hierbei wurden die Websites von EMDRIA Deutschland (http://www.emdria.de/), EMDRIA International Association (https://www.emdria.org/), Journal of EMDR Practice and Research (http://connect.springerpub.com/content/sgremdr?sigma-login=has-destination&implicit-login=true), Therapeutensuche von Pro Psychotherapie e.V. (http://www.therapie.de/) und der Deutschen Angst-Hilfe e.V. (https://www.angstselbsthilfe.de/) nach Erfahrungsberichten, Projektberichten und weiteren Informationen durchsucht.

Es wurden drei Publikationen und ein Erfahrungsbericht einer Patientin identifiziert.

Tabelle 29: Studienpool ethische Aspekte

Studie	Verfügbare Dokumente [Zitat]
Acierno 1994	[57]
Metter 1993	[55]
Stevens 2000	[56]

Die Zitate der relevanten Publikationen finden sich in Abschnitt A9.2.1.

A5.1.2 Identifizierte ethische Aspekte

In Tabelle 30 sind die identifizierten ethischen Aspekte dargestellt. Es erfolgt dabei eine Zuordnung zu den Fragestellungen nach Hofmann [27] (Tabelle 31).

Tabelle 30: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten

Identifizierter Aspekt	**Zuordnung zu den Frage-stellungen nach Hoffman (Zitat der Frage)**	**Zugeordnete Quellenangabe mit Erläuterung**
Sorge der Betroffenen, dass es zu Traumatisierungen und Komplikationen kommen kann, wenn die Maßnahme ohne **ausreichende Diagnostik und Anamnese** angewendet wird	Q4 Betrifft die Technologie gesunde Personen (Screening, asymptomatische Fälle, Krankheitsvorhersage) und wie werden potentielle Herausforderungen adressiert (falsche Testergebnisse, Überdiagnose, überflüssige oder schädliche Behandlung)? (Übergeordnete Frage 1)	EMDR wurde im Rahmen der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen entwickelt und im Laufe der Zeit auch für andere psychische, mit Angst verbundene Erkrankungen, etabliert. Ein Kritikpunkt ist, dass die recht schematische Vorgehensweise der EMDR Therapie zu wenig Rücksicht auf individuelle, persönlichkeitsbezogene und krankheitsspezifische Aspekte der betroffenen Menschen nimmt. Das verstärkt die Forderung nach einer klaren und eindeutigen Diagnostik sowie Anamnese, die auch Falsch- und Überdiagnosen verhindern. Andererseits kann die Vorgehensweise auch dazu führen, dass die Therapie als nicht wirksam, angstfördernd oder sogar traumatisierend erlebt wird. *"The relative unresponsiveness of the technique to individual differences evokes the sense of a new "Procrustean" bed to which clients must conform and the close, active physical presence involved can raise anxiety among clients with boundary and control issues." (Metter 1993, 414) [55]* Metter (1993) greift ebenfalls auf, dass EMDR bei zahlreichen Erkrankungen hilfreich sein soll und warnt davor, dass der persönliche Wunsch einer Therapeutin oder eines Therapeuten nach Erfolg und Leidensminderung zu einer vorschnellen und überschätzten Wirksamkeitseinschätzung führt. *The atmosphere of hype and rush to embrace it as a panacea is disturbing, however, and suggests a powerful need to achieve instant omnipotence in the therapeutic encounter. Perhaps this quick acceptance reflects many therapists' frustration with the difficult and time-consuming process of uncovering traumatic associations and the feeling of helplessness that comes with seeing clients in pain. (Metter 1993, 415) [55]*
Sorge der Betroffenen, dass es zu Traumatisierungen und Komplikationen kommen kann, wenn die Maßnahme nach einer **Falsch- oder Überdiagnose** angewendet wird	Q4 Betrifft die Technologie gesunde Personen (Screening, asymptomatische Fälle, Krankheitsvorhersage) und wie werden potentielle Herausforderungen adressiert (falsche Testergebnisse, Überdiagnose, überflüssige oder schädliche Behandlung)? (Übergeordnete Frage 1)	

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Sorge der Betroffenen, dass es zu Traumatisierungen und Komplikationen kommen kann, wenn die Maßnahme bei Menschen, die noch nicht **ausreichend Selbstkontrolle** erlangt haben angewendet wird	Q1 Was ist der Schweregrad der Erkrankung? Könnte sich dieser durch die Technologie ändern? (Übergeordnete Frage 1)	Das Thema Selbstkontrolle wird nur am Rande angesprochen, kann aber als wichtiger Faktor im Umgang mit Angst gesehen werden. In einem Therapiebericht erzählt eine Frau von dieser Erfahrung. *„Am Anfang der Therapie hatte ich sehr oft Panikattacken. Deshalb haben wir zunächst Entspannungstechniken geübt und nach Möglichkeiten gesucht, wie ich mental wieder „runterkommen“ kann.“ (Dörthe, 43 Jahre) [75]*
Sorge der Betroffenen, dass es zu Traumatisierungen und Komplikationen kommen kann, wenn die Maßnahme ohne **ausreichende Qualifikation** angewendet wird	Q8 Was sind die moralisch relevanten Konsequenzen (Nutzen und Schaden) der Implementierung, Verwendung oder Rücknahme der Technologie (insbesondere aus der Patientenperspektive)? Wie sollte der Schaden gegen den Nutzen abgewogen werden? Gibt es Alternativen? (Übergeordnete Frage 2)	Die Ausbildung zur EMDR Therapeutin/zum EMDR Therapeuten unterliegt strikten Regelungen. Es gibt ein mehrstufiges Currikulum, welches durchlaufen werden muss, praktische Erfahrung als Therapeutin/Therapeut ist eine Voraussetzung und erfahrene Supervisoren werden eingebunden (Stevens 2000). Jedoch ist die begleitende Supervision mit ihren Anforderungen nicht wissenschaftlich untersucht (Stevens 2000, 278). Festgehalten werden kann, dass sie, auch als Live-Supervision, notwendig ist, um die Maßnahme zielgerichtet durchzuführen, aber auch die Patientensicherheit zu gewährleisten. Insbesondere für Studierende hält Stevens (2000) fest: *“One issue is whether the student has the appropriate level of experience to practice a technique that, according to the EMDR Institute, requires “a clinical background” (Robbie Dunton, personal communication, February 9, 2000) and should be “used only within a comprehensive treatment plan by a licensed and trained clinician who is experienced in working with a target population” (www.emdr.com, retrieved February 13, 2000).“ (Stevens 2000, 278) [36]*

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

		Sind diese Bedingungen nicht erfüllt, kann die EMDR Therapie ethisch und rechtlich relevante negative Folgen haben. *"Without a supervisor who has this experience or training, the student and the untrained supervisor are entering dangerous territory." (Stevens 2000, 279) [36]* Patientinnen und Patienten müssen dann entsprechend aufgeklärt werden, um entscheiden zu können, ob sie die Maßnahme so durchführen möchten. Stevens (2000) resümiert, dass ein ausreichendes Training, Erfahrung als Psychotherapeutin/Psychotherapeut und eine gute Supervision bei erfahrenen Kollegen unabdingbar sind. *It is incumbent on the facility to require the appropriate level of training and experience before students venture into new techniques. It is also imperative that those in supervisory positions have the necessary training and knowledge in any area of counseling that they have responsibility for supervising. (Stevens 2000, 279) [36]*
Ein standardisiertes/ fachlich aufbereitetes und feststehendes Schulungskonzept muss die **hinreichende Qualifikation der Therapeuten und die Umsetzung des EMDR** gewährleisten	Q20 Wie trägt die Technologie zur Autonomie der Fachperson im Gesundheitswesen bei oder stellt sie in Frage oder ändert sie? (Übergeordnete Frage 5)	Die Ausbildung zur EMDR Therapeutin/zum EMDR Therapeuten verläuft über eigene Schulungszentren und ist als Schulungskonzept nicht frei zugänglich. Zudem wird eine Verbreitung der Technologie außerhalb der EMDR Community unterbunden. Begründet wird das mit Qualitätssicherungsmaßnahmen. Kritiker bemängeln, dass diese Exklusivität der Weiterverbreitung von Wissen innerhalb einer wissenschaftlichen Disziplin dazu führt, dass (Wirksamkeits-)Studien nur von Personen durchgeführt werden können, die zuvor viel Geld und Zeit in ihre Ausbildung investiert haben. Sie warnen vor möglichen (auch unbewussten) Beeinflussungen der Studienergebnisse.

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

		Acierno (1994) hält fest: *Unfortunately, in our view, Shapiro's practice of prohibiting public distribution (while encouraging public consumption, only possible via participation in her training program) of precise EMDR methodology, by requiring trainees to sign a statement that they will not train others in the use of the technique, is not in accord with standard scientific procedure and violates a major tenet of the public nature of scientific inquiry outlined earlier. Shapiro claims that such restrictions are warranted, in that open and public training of her methodology by professionals would result in a multitude of poorly trained pseudoprofessionals who might "harm" their clients with this new and "potentially dangerous" technique. Acierno (1994) [57]* Die Weiterverbreitung unterstützt somit die Schulenbildung innerhalb der Berufsgruppe. In EMDR qualifizierte Psychotherapeuten und -Therapeutinnen erhalten ein exklusives Wissen über die Technik.
Sorge der Betroffenen, eine **Rücknahme der Therapie nach Beginn** (ein Abbruch, bspw. aus Kostengründen) könnte negative Folgen haben	Q5 Stellt die Implementierung, Verwendung oder Rücknahme der Technologie die Autonomie, Integrität, Privatsphäre oder Würde der Patientinnen und Patienten in Frage oder beeinträchtigt sie grundliegende Menschenrechte? (Übergeordnete Frage 2)	Metter (1993) warnt davor, dass die EMDR Therapie in ihrer schematischen Anwendungsweise und ohne Einbettung in ein umfassenderes Therapiekonzept dazu führt, dass die grundlegenden Probleme nicht erkannt und angesprochen werden. Als zentralen Faktor benennt er den implizierten Zeit-/Erfolgsdruck der Technologie. *„The implied push to "get done quickly" similarly creates a truncated interpersonal rapport between client and therapist where the most vulnerable and troubling issues are never raised." (Metter 1993, 414) [55]*

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Die Therapiemöglichkeit ist eine neben anderen, weswegen **Kriterien** festzuhalten sind, wann und bei wem sie sinnvoll eingesetzt werden kann (s.o.). Bei dieser Festlegung ist darauf zu achten, dass diese nicht bestimmte Bevölkerungsgruppen **exkludieren** (bspw. nach Sprache und Kultur)	Q7 Wie beeinflusst die Implementierung, Verwendung oder Rücknahme der Technologie die Verteilung von Gesundheitsleistungen (Gerechtigkeit in Zuweisung, Zugang und Verteilung)? (Übergeordnete Frage 2) Q33 Gibt es moralisch relevante Fragen, die noch nicht durch diese Liste abgedeckt sind, aber die identifiziert worden sind durch den Scoping Prozess oder die Literaturrecherche (Welche Werte und Herausforderungen stellen sie dar?)? (Übergeordnete Frage 7)	EMDR kann laut Acierno (1994) und Metter (1993) nicht als Therapie der Wahl und losgelöst von anderen Therapieverfahren angesehen werden. Acierno (1994) argumentiert, dass aus evidenzbasierter Perspektive ein eindeutiger Nachweis der Wirksamkeit von EMDR fehlt, der jedoch bei anderen Therapien gegeben ist: *"EMDR, at this point in time, does not have prescriptive treatment status. In contrast, subject populations with which EMDR has been found effective have, in every case, been unreliably defined (e.g., diagnosed without aid of standardized assessment instruments)." (Acierno 1994, 297) [57]* Metter (1993) spricht sich dafür aus, dass bei einem Nachweis der Wirksamkeit, die Therapie dennoch in ein umfassenderes Konzept eingefügt wird: *„Should independent, empirically based studies find positive effects for EMDR, then an appropriate place for the technique may be found in a balanced, therapeutic approach." (Metter 1993, 415) [55]*
Die neuro-psychologischen Grundlagen des Wirkmechanismusses (integrieren der Erinnerung durch initiierten Verarbeitungsprozess (ähnlich dem REM-Schlaf/ Träumen)), sind umstritten und daher zu klären		Da der genaue Wirkmechanismus nicht bekannt ist, werden verschiedene Erklärungsansätze vertreten, die sich teilweise auch auf andere, bereits besser untersuchte Verfahren beziehen. *"First, EMDR has much in common with "sequence disruption" techniques that alter clients' perception of selected feelings by interrupting how they are experienced (O'Hanlon, 1987). …" (Metter 1993, 413) [55]* *EMDR is a particularly excellent example because of the unknown mechanisms at work to create change in clients. Stevens (2000, 278) [36]* Acierno (1994, 297) kritisiert, dass trotz des fehlenden Nachweises und Berichten, dass die Therapie zu starken Nebeneffekten führen kann, die Therapie massiv verbreitet wird. [57]

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Ethisch relevante Fragen der Wirksamkeit müssen beantwortet werden		Bei der Nutzung und Verbreitung von EMDR ist Vorsicht geboten, da noch kein Nachweis über die Wirksamkeit und keine Wirkmechanismen beschrieben sind. Metter (1993) bekräftigt, dass, es unethisch und ein Verstoß gegen APA Leitlinien ist, aufsehenerregende Behauptungen über nicht bewiesene Interventionen zu machen, insbesondere über die angepriesene Heilung nach nur einer Sitzung „*it is unethical and a stated violation of APA professional guidelines to make sensationalistic claims for unproven interventions, particularly with a touted "one-session" cure." (Metter 1993, 414) [55]* Daher müssen neue Studien qualitativ hochwertig und mit ausreichend großen Populationen durchgeführt werden (Acierno 1994, 296) [57]
Aspekte des ethischen Anspruches an Wirksamkeits-studien müssen thematisiert werden		Acierno (1994) reflektiert insbesondere die durchgeführten Studien unter methodisch und ethisch relevanten Aspekten. Dabei fällt auf, dass Studien, die EMDR als wirksam nachweisen, unkontrollierte, oder in der Umsetzung nicht gut kontrollierte Vorgehensweisen verfolgt haben. Zudem wurden die Endpunkt Erhebung nicht standardisiert und unabhängig vom Verfahren durchgeführt. *"Several uncontrolled and inadequately controlled studies have found EMDR to be highly effective in reducing anxiety resulting from traumatic memories, phobias, panic, and nightmares. However, none of these reports employed objective or standardized measures of treatment outcome. Instead, clinician impressions and SUDS scores obtained over the course of EMDR trials served as the primary assessment indices." (Acierno 1994, 296) [57]*

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

		Das ist ethisch relevant, da die subjektiven Einschätzungen von Personen getroffen wurden, die viel Zeit und Geld in Ihre EMDR Ausbildung gesteckt haben. *"Probably the best "qualified" to evaluate the technique, by virtue of their precise knowledge of EMDR, are those professionals who have invested large amounts of effort, time, and money in acquiring such specified knowledge exclusively from the originator's training program. But on the other hand, these same investigators may be biased in favor of EMDR's effectiveness when carrying out clinical trials." (Acierno 1994, 298) [57]* Und die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer und ihre Charakteristika nur ungenau beschrieben und mögliche beeinflussende Faktoren unzureichend erfasst wurden. *"In contrast, subject populations with which EMDR has been found effective have, in every case, been unreliably defined (e.g., diagnosed without aid of standardized assessment instruments). Additionally, subject symptomatology has not been adequately assessed, and patient, etiological, and environmental variables under which the procedure is most and least effective have not been delineated." (Acierno 1994, 297) [57]*
APA: American Psychiatric Association; bspw: beispielsweise; EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; RCT: Randomized Controled Trial, REM: Rapid Eye Movement; SUD: Subjective Units of disturbance		

Tabelle 31: Übergeordnete Fragestellung des Fragenkatalogs nach Hofmann [27]

Frage	Anmerkungen
1	Es handelt sich um eine vulnerable Patientengruppe, die ein gewisses Maß an Selbstkontrolle (Regulation und Kontrolle) erlangt haben muss, bevor die Therapie eingesetzt werden kann, ohne akute Attacken zu provozieren. Auch die Qualifikation der Therapeutinnen und Therapeuten und die Durchführung müssen den Anforderungen entsprechen, um Krisen zu vermeiden und Patientinnen und Patienten entsprechend aufzufangen. Das bedeutet, dass eine Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung von Angststörungen und der Methode EMDR vorliegen sollte. Beides sollte durch eine Fachweiterbildung zertifiziert sein. Es sollte nicht zu einer positiven oder negativen Stigmatisierung der Betroffenen kommen, da ihnen ein hoher Leidensdruck zuerkannt wird oder von ihnen erwartet wird, eine höhere Selbstkontrolle zu zeigen. Die soziale Teilhabe der Betroffenen kann jedoch möglicherweise verbessert werden.
Q1	▪ Angststörungen gehen mit einer hohen Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen (nahen Anderen) einher ▪ In akuten Krankheitsstadien mit massiven Attacken sind Krankheitslast und Einschränkungen besonders hoch ▪ Ein gewisses Maß an Selbstkontrolle (Regulation und Kontrolle) muss ein Betroffener erlangt haben, bevor die Therapie eingesetzt werden kann ▪ Im Bereich der Traumatherapie ist die Wirksamkeit nachgewiesen, für die Behandlung von Angststörungen soll dieser Bericht Antworten geben
Q2	▪ Es profitieren möglicherweise vor allem Patientinnen und Patienten von der Technologie, die nicht in einer akuten Krankheitsphase sind ▪ Die Betroffenen sind aufgrund ihrer Einschränkungen in Bezug auf soziale Teilhabe, Lebensführung und ökonomische Selbstständigkeit als vulnerabel zu beurteilen ▪ Bei einer Wirksamkeit der Therapie ist eine Verbesserung der Krankheitslast anzunehmen, die wiederum zu einer Verbesserung der Lebenssituation führen kann ▪ Es ist zu klären, ob auch Patientinnen und Patienten mit Mischdiagnosen profitieren ▪ Es ist zu klären, ob die Therapie möglicherweise nur bei einzelnen (spezifischen) Angststörungen wirksam ist ▪ Es ist zu klären, ob es Patientinnen und Patienten gibt, die „falsch“ diagnostiziert werden (z.B. die Diagnose Depression bekommen, aber nicht Angststörung) und daher von der Therapie profitieren könnten

(Fortsetzung)

Tabelle 31: Übergeordnete Fragestellung des Fragenkatalogs nach Hofmann [27] (Fortsetzung)

Q3	▪ Möglicherweise führt die breite Anwendung dieser Technologie dazu, dass die Patientinnen und Patienten vermehrt so wahrgenommen werden, dass sie – unter bestimmten Voraussetzungen – mehr Selbstkontrolle ausüben können. Das kann Auswirkungen auf den Status der Erkrankung haben (Schuldzuweisungen bei Misserfolg oder Anerkennung bei Erfolg) ▪ Möglicherweise führt eine breitere Anwendung dieser Technologie dazu, dass die Patientinnen und Patienten vermehrt so wahrgenommen werden, dass sie – äquivalent zu Traumapatienten – eine schwere Erkrankung haben und nicht einfach „nur Angst“. Das kann Auswirkungen auf den Status der Erkrankung haben (Vorurteile gegenüber den erkrankten Personen einfach nur „überempfindlich“ zu sein abbauen)
Q4	▪ Gesunde Personen ohne Diagnose einer Angststörung sind nicht betroffen ▪ Potenzielle Herausforderungen durch nicht intendierte Folgen der Behandlung (akute Attacke / Panikreaktion) sind in das Therapiekonzept mit eingebunden. Sie sollten dadurch vermieden werden, dass eine eindeutige Qualifikation nachgewiesen ist und den Schritten der Beziehungsgestaltung ausreichend Zeit gegeben wird, um eine sichere Umgebung zu schaffen und Krisen aufzufangen; kulturelle Aspekte sind dabei zu berücksichtigen und auch eine ausreichende Anamnese muss erfolgen, um Kontraindikationen oder Komplikationen einschätzen zu können ▪ Die Anwendung der Therapie bei Falsch- oder Überdiagnose könnte möglicherweise zu einer Symptomverschlechterung führen
2	Es stellen sich ethische, soziale, kulturelle und religiöse Herausforderungen in Bezug auf die Technologie dar.
Q5	▪ Aufgrund ihrer Erkrankung sind die Betroffenen grundsätzlich in ihrer autonomen Lebensführung eingeschränkt; die Therapie versucht diese wiederherzustellen/ zu fördern ▪ Eine Rücknahme der Technologie nach Beginn (ein Abbruch) könnte möglicherweise negative Folgen haben ▪ Negative Nebeneffekte betreffen möglicherweise die gesellschaftliche und soziale Stellung, die Integrität und Privatsphäre der Betroffenen. Hierzu liegen jedoch keine Studien vor.

(Fortsetzung)

Tabelle 31: Übergeordnete Fragestellung des Fragenkatalogs nach Hofmann [27] (Fortsetzung)

Q6	▪ Die Technologie steht im Einklang mit den sozialen und kulturellen Werten der Autonomie / Selbstbestimmung und aktiven Lebensgestaltung ▪ Es ist zu berücksichtigen, dass es bei einer Anwendung von EMDR nicht zu einer Stigmatisierung und „Nötigung“ Betroffener kommt, ihr Schicksal in die Hand zu nehmen, d.h. Patientinnen und Patienten vermehrt so wahrgenommen werden, dass sie – unter bestimmten Voraussetzungen – mehr Selbstkontrolle ausüben können müssen und bei Misserfolg Schuldzuweisungen erfolgen ▪ Je nach kulturellem Hintergrund ist auf eine gleichgeschlechtliche Behandlung zu achten ▪ Sprachbarrieren könnten in der Behandlung problematisch sein, weswegen darauf entsprechend einzugehen ist
Q7	▪ Die Technologie kann eine Therapiemöglichkeit neben anderen bestehenden sein, weswegen Kriterien festzuhalten sind, wann und bei wem sie sinnvoll eingesetzt werden kann ▪ Bei der Festlegung von Kriterien ist darauf zu achten, dass diese bestimmte Bevölkerungsgruppen nicht exkludieren (potenziell ist das möglich, siehe Q6 Sprache und Geschlecht) ▪ Der Zugang zu ambulanter psychotherapeutischer Versorgung ist in Deutschland oft mit Wartezeiten verbunden. Patienten weichen auf Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker aus. Hier ist im Besonderen zu beachten, dass eine äquivalente Aus- und Weiterbildung vorliegt. ▪ Fraglich ist die genaue Anwendung bei Menschen mit Intelligenzminderung, wobei sich auch eine Chance im Vergleich zu rein kognitiven Ansätzen zeigen könnte
Q8	▪ Möglicher Nutzen: aus der Anwendung dieser Technologie können sich relevante Folgen für die Gesellschaft und die Einzelperson ergeben, die von moralischer Relevanz sind. Dazu gehören z.B. eine Verringerung der Krankheitslast und die Verbesserung von Selbstbestimmung, der Lebenssituation, sozialen Teilhabe sowie eine größere ökonomische Unabhängigkeit ▪ Möglicher Schaden: Stärkere Krankheitsbelastung, Verschlechterung der Lebenssituation der Betroffenen, Stigmatisierung ▪ Abwägung von Schaden und Nutzen: eine kritische Reflexion und Einschätzung der individuellen Situation (Krankheitsstadium, Selbstkontrolle und Ressourcen der Betroffenen; Qualifikation der Therapeutinnen und Therapeuten inklusive Sprache, et cetera; Beziehung, belegter Nutzen der EMDR) ist vor Einsatz der Technologie erforderlich. EMDR wird nicht jeder Patient mit Angststörungen umsetzen können und wollen ▪ Alternativen stellen andere Therapieangebote dar, die bereits bestehen (z. B. kognitive Verhaltenstherapie)

(Fortsetzung)

Tabelle 31: Übergeordnete Fragestellung des Fragenkatalogs nach Hofmann [27] (Fortsetzung)

Q9	▪ Einen Widerspruch zur bestehenden Gesetzgebung oder zu Verordnungen gibt es nicht ▪ Es gibt keinen Bedarf für eine geänderte Gesetzgebung
Q10	▪ moralische Pflichten in Bezug auf die Implementierung, Verwendung oder Rücknahme: a) die Therapie darf nicht zur Folge haben als Goldstandard für die Compliance Betroffener gewertet zu werden; b) unter Gerechtigkeitsaspekten ist eine Exklusion spezieller Gruppen zu vermeiden; c) die Schweigepflicht im Kontext des Therapieverhältnisses muss besonders berücksichtigt werden
3	Die moralischen Herausforderungen der strukturellen Änderungen, die mit der Gesundheitstechnologie zusammenhängen, sind vorhanden, aber nicht vorrangig zu betrachten.
Q11	▪ Im Hinblick auf allgemeine Herausforderungen der modernen Medizin, sind die mögliche Unterdiagnostik und Unterversorgung von Betroffenen zu berücksichtigen ▪ Eine erfolgreiche Anwendung der Therapie könnte einer übermäßigen Medikalisierung entgegenwirken ▪ Als beziehungsgestützte Therapie stärkt die Technologie das Vertrauen in die helfenden Möglichkeiten der Therapieberufe und in die Berufsgruppen (korrekte Anwendung und Erfolg vorausgesetzt)
Q12	▪ Im Idealfall erfolgt eine Stärkung der Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten ▪ Möglicherweise Verschiebung der Bezugsperson
Q13	▪ Nicht relevant
4	Verschiedene moralische Fragen und Herausforderungen sind durch die Technologie gegeben.
Q14	▪ Merkmale der zu bewertenden Technologie sind in Abgrenzung zu anderen Verfahren in Bezug auf Zweck / Ziel und Grundhaltung /-lagen des Vorgehens zu betrachten ▪ Zweck / Ziel: negative Empfindungen / Reaktionen auf Erinnerungen durch geleitete (und mittels Verarbeitungsprozess fördernde Maßnahme begleitete) Wiederholung einer Zielerinnerung, d.h. kein kognitiver, tiefenpsychologsicher oder verhaltenstherapeutischer Ansatz, keine Medikamentengabe ▪ Grundhaltung: zugewandte Beziehung, die Sicherheit vermittelt und die „Leitung“ durch den Verarbeitungsprozess stehen im Mittelpunkt ▪ Grundlagen: integrieren der Erinnerung durch initiierten Verarbeitungsprozess (ähnlich dem REM-Schlaf / Träumen)

(Fortsetzung)

Tabelle 31: Übergeordnete Fragestellung des Fragenkatalogs nach Hofmann [27] (Fortsetzung)

Q15	▪ Wenn man den symbolischen Wert der Technologie als Wiedergewinnung von Selbstbestimmung und autonomer Lebensführung sieht, hat dieser eine hohe moralische Relevanz ▪ Ziel ist die Förderung der Selbstkontrolle, d.h. des Umgangs mit negativen Empfindungen / Reaktionen auf Erinnerungen, die dieses Wiedergewinnen ermöglicht
Q16	▪ moralische Herausforderungen in Bezug auf die Komponenten von EMDR, die relevant für die Therapie an sich sind, könnten die oben genannten Bedingungen von Sprache und Kultur sein, aber auch der Umstand, dass im Kontext der Therapie eine Zielerinnerung (hier als Alternativerinnerung) gefunden werden muss, was möglicherweise schwierig ist
Q17	▪ EMDR bei traumatisierten Patienten ▪ Die Therapeut-Patient-Beziehung ist eine generelle moralische Herausforderung in psychotherapeutischen Verfahren
5	Moralische Fragen stellen sich im Zusammenhang mit den Interessen der Stakeholder, aber auch im Zusammenhang mit der Qualifikation von Fachpersonen.
Q18	▪ Es sind keine dritten Personen involviert
Q19	▪ Therapeutinnen/Therapeuten bieten die Technologie an, um ihr Therapieangebot zu erweitern/vervollständigen, möglicherweise um Randgruppen zu erreichen. Therapeutinnen/Therapeuten, die die Technologie bereits in der Traumatherapie anwenden, nutzen eine Erweiterung des Anwendungsgebiets. Eine Abrechnung als Kassenleistung ist nicht möglich, somit ist ein monetärer Nutzen unklar.
Q20	▪ Therapeutinnen/Therapeuten müssen entsprechende Qualifikation vorweisen, d.h. Fachpersonen mit dieser Qualifikation werden aufgewertet
Q21	▪ Neben der Verbesserung der Versorgungssituation, Implementierung eigener Konzepte, Prestige, ggf. Forschungsgelder, usw.
Q22	▪ Die identifizierten Studien zur Nutzenbewertung berichten von Therapeutinnen und Therapeuten, die zum Großteil eine Ausbildung in EMDR durch ein akkreditiertes Zentrum erhalten haben. Dies entspricht den psychotherapeutischen Anwendern von EMDR in Deutschland.

(Fortsetzung)

Tabelle 31: Übergeordnete Fragestellung des Fragenkatalogs nach Hofmann [27] (Fortsetzung)

6	Die moralischen Fragen im Zusammenhang mit der Bewertung der Technologie beziehen sich auf Kontextfaktoren der Mitarbeiter und deren Bewertungshorizont, aber auch auf den HTA-Prozess. Daher wurden die Fragen Q23-Q31 genutzt, um im Mitarbeiterteam eine gemeinsame Reflexion anzuregen. Zudem wurden Interessenkonflikte offengelegt und Betroffene als Berater hinzugezogen.
Q23	▪ Nicht relevant
Q24	▪ Nicht relevant
Q25	▪ Nicht relevant
Q26	▪ Zu Anfang des Prozesses wurden Betroffene zur Beratung / Einführung hinzugezogen. Diese Personen sind in einem stabilen Zustand und haben der Beratung freiwillig zugestimmt. Sie wurden nicht unter Druck gesetzt teilzunehmen und es wurden keine belastenden Aspekte ihrer Erkrankung angesprochen. Personenbezogene Daten wurden nicht erhoben und ihnen wurde Anonymität zugesichert
Q27	Nicht relevant
Q28	Nicht relevant
Q29	Nicht relevant
Q30	Nicht relevant
Q31	Nicht relevant

(Fortsetzung)

Tabelle 31: Übergeordnete Fragestellung des Fragenkatalogs nach Hofmann [27] (Fortsetzung)

7	Zusätzliche moralische Fragen ergeben sich aus einer Präzisierung zuvor genannter Aspekte.
Q32	▪ Forschungsethische Aspekte betreffen den Schutz der als vulnerabel einzuschätzenden Probanden vor Schaden, der durch die Teilnahme an der Studie entsteht. Diese werden durch Ethikkommissionen geprüft (d.h. ein ethisches Clearing liegt vor) ▪ Hier sind zwei Dinge besonders wichtig, die in allen Studien berücksichtigt sein müssen: die sachgemäße und achtsame Durchführung der Intervention so wie eine ethische Prävention (z.B. Begleitung bei akuter Krise nach Intervention) ▪ Der Abbruch einer Studie sollte bei gravierenden (individuellen) Nebenwirkungen oder Komplikationen unter weiterer Begleitung (ethische Prävention) möglich sein
Q33	▪ Die Kriterien zur Regelung eines Zugangs zu der Therapie sollten klar geregelt sein, wobei nicht nur auf Evidenz bezüglich der Wirksamkeit und Verteilungsaspekte zu achten ist, sondern auch Subgruppen mit ihren Eigenschaften genauer betrachtet werden sollten (z.B. mit Blick auf die Vermeidung von Komplikationen) ▪ Der Anbieter und dessen Ausbildung sollten geprüft und abgesichert sein
d.h.: das heißt; EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; HTA: Health Technology Assessment; REM: Rapid Eye Movement; z.B.: zum Beispiel	

A5.2 Soziale Aspekte

A5.2.1 Recherche zu sozialen Aspekten der zu bewertenden Technologie

Eine orientierende Recherche wurde im SSCI durchgeführt.

Zusätzlich wurden Aspekte durch reflective thoughts, wie in der INTEGRATE-HTA-Methodik dargestellt, ergänzt [76].

A5.2.2 Identifizierte soziale Aspekte

Im Rahmen der orientierenden Informationsbeschaffung konnten keine relevanten sozialen Aspekte identifiziert werden. Die letzte Suche fand am 29.05.2018 statt.

Weiterhin wurden keine sozialen Aspekte identifiziert, die im besonderen Zusammenhang mit EMDR stehen könnten, vergleicht man diese mit anderen psychotherapeutischen Maßnahmen. In einer HTA Bewertung von Health Quality Ontario wurden Patientinnen und Patienten mit generalisierter Angststörung zu sozialen Aspekten befragt. Die Erfahrung mit der Erkrankung und psychotherapeutischen Maßnahmen ist individuell sehr unterschiedlich. Viele Patientinnen und Patienten suchen einige Jahre nach einer geeigneten psychotherapeutischen Maßnahme. Außerdem können vor allem Kosten einer psychotherapeutischen Maßnahme eine der größten Barrieren darstellen [58].

Wie bei allen Maßnahmen, die nicht durch den Leistungskatalog der GKV abgedeckt werden, sollte angemerkt werden, dass eine private Kostenübernahme dazu führen kann, dass bestimmte Gruppen bevor- oder benachteiligt werden. Einerseits Personen mit geringen finanziellen Mitteln, die die private Kostenübernahme nicht tätigen können, andererseits Personen, die finanziell gut gestellt sind und möglicherweise eine nicht notwendige, nicht nützliche oder im schlimmsten Fall gefährliche Behandlung „verkauft bekommen“.

A5.3 Rechtliche Aspekte

A5.3.1 Recherche zu rechtlichen Aspekten der zu bewertenden Technologie

Eine orientierende Recherche wurde im SSCI durchgeführt.

A5.3.2 Identifizierte rechtliche Aspekte

Die Recherche nach relevanten rechtlichen Aspekten im SSCI blieb für den deutschsprachigen Raum ergebnislos.

Die Recherche in juristischen Datenbanken im deutschsprachigen Raum (beck-online, juris) ergab, dass EMDR vereinzelt als Behandlungsmethode Erwähnung findet. Unmittelbar auf Folgen der Behandlungsmethode bezogene Rechtsprechung, die deren Zweck und Nutzen oder Nebenwirkungen betrifft, existierte zum Zeitpunkt der Recherche nicht. Vereinzelt fand

jedoch gerade in jüngerer Zeit Rechtsprechung im Zusammenhang mit der Beihilfefähigkeit von EMDR als psychotherapeutische Behandlung statt, vergleiche zum Beispiel:

- Verwaltungsgericht (VG) Bayreuth, Urteil vom 22.08.2017 – Az. B 5 K 16.432,
- VG Bayreuth, Urteil vom 22.08.2017 – Az. B 5 K 16.433.

Anknüpfungspunkt für die rechtliche Auseinandersetzung war in den o.g. verwaltungsgerichtlichen Verfahren die Frage, ob die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen zu Recht davon abhängig gemacht werde, dass diese nur von den in § 11 Abs. Abs. 4 bis 7 und § 12 Abs. 4 bis 7 Bayerische Beihilfeverordnung genannten Behandlern im Rahmen einer typisierten Betrachtung gemäß der Berufsbezeichnung (ohne Rücksicht auf etwaige besondere individuelle Kenntnisse und Fähigkeiten der/des Therapeutin/Therapeuten) erbracht werden dürften.

Durch diese Festlegung sollen ineffektive Behandlungen ausgeschlossen werden. Der Gesetzgeber ist insoweit zu einer typisierenden Betrachtung anhand der Berufsbezeichnungen und der zur Führung dieser Bezeichnungen berechtigenden Ausbildungen ohne Rücksicht auf etwaige besondere individuelle Kenntnisse und Fähigkeiten der/des behandelnden Therapeutin/Therapeuten befugt. Ein Abgehen von diesen Anforderungen im Einzelfall ist demnach nicht möglich. Die Aufgabenerfüllung durch die Beihilfestellen würde in nicht vertretbarer Weise erschwert, wenn sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen im Einzelfall erst dadurch klären ließe, dass ein eingeschalteter Sachverständiger die Befähigung des Leistungserbringers zur ordnungsgemäßen Leistungserbringung und Einhaltung der Qualitätsstandards überprüft (vergleiche VG München, Urteil vom 8.12.2011 – VG München Az. M 17 K 11.1786 – juris Randnummer 21).

Damit kann gerade die Festlegung der ihrer Art nach notwendigen Aufwendungen zur Gewährleistung einer effektiven Behandlung an die Erbringung durch besonders ausgebildete und qualifizierte Berufsgruppen geknüpft werden [77].

Ergänzende rechtliche Fragestellungen

a) Microebene

Folgende Rechtsfragen ergeben sich vor diesem Hintergrund auf der Microebene zwischen Patientin / Patient und EMDR Anwender:

Frage 1: Kann das EMDR Verfahren bei der Therapie von Angststörungen zu einer Verstärkung des Krankheitsbildes führen?

Frage 2: Wenn ja: Welche Qualifikation kann ein EMDR Anwender nachweisen, damit das Krankheitsbild mit sämtlichen Implikationen bei der Therapie von Angststörungen erkannt und geeignete medizinische Maßnahmen ergriffen werden können?

Beantwortung der 1. Frage:

In der Anwendung von EMDR bei der Bearbeitung von belastenden Erinnerungen können unerwartete und zuvor nicht verarbeitete Erinnerungen auftauchen, die „Affektbrücken" genannt werden. Zudem kann EMDR sehr intensive und plötzliche Emotionen freisetzen, die dem zu bearbeitenden Erlebnis zugrunde liegen. Dies wird als „emotionales Prozessieren" bezeichnet. Dies könnte in der Situation problematisch werden, wenn der Behandler an dieser Stelle die EMDR Behandlung abbricht, was die Beschwerden und Probleme der Patientin/des Patienten verstärken würde. Nach einer EMDR Sitzung kann es auch Stunden danach noch zu einem „Nachprozessieren" kommen, die belastende Erinnerung kann – sollte sie noch nicht vollständig in der EMDR Sitzung bearbeitet worden sein – weiter in Tagträumen, Emotionen oder Erinnerungen weiterarbeiten. Gegebenenfalls kann es auch bei dissoziativen Störungen zu eventuellen Dekompensationen der Patientin/des Patienten kommen, insbesondere wenn diese dissoziative Störung nicht vor der EMDR Behandlung diagnostiziert wurde und die Therapeutin oder der Therapeut hiermit nicht umgehen konnte. Ebenso kann es zu Dekompensationen bei einer komplexen PTBS mit vielen Komorbiditäten kommen. Für diese Fälle sind besondere EMDR Behandlungsprotokolle und eine vorhergehende Stabilisierung erforderlich. Seitens der EMDR Fachgesellschaft wird im Rahmen der Ausbildung besonders auf diese möglichen Nebenwirkungen von EMDR hingewiesen und die Therapeutin und der Therapeut entsprechend geschult.

Beantwortung der 2. Frage:

Das dem Bereich der Psychotherapie zuzuordnende EMDR Verfahren im Bereich der kurativen Behandlung von PTBS darf derzeit grundsätzlich von folgenden Personengruppen angewandt werden:

- Ärztlichen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten,
- Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten
- Heilpraktikerinnen/Heilpraktikern.

Das EMDR Verfahren ist für die Anwendung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie der Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer am 1. Dezember 2014 zum damaligen Zeitpunkt als „nicht wissenschaftlich anerkannt" eingestuft worden [12]. Über gegenteilige Ergebnisse bis zum heutigen Zeitpunkt hat die orientierende Recherche keine Ergebnisse erbracht. Konsequenterweise ist EMDR in § 7 Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) nicht erwähnt.

Bei der Therapie von Angststörungen mittels EMDR ist davon auszugehen, dass grundsätzlich dieselben o.g. Berufsgruppen kurativ tätig werden. EMDR ist ein Baustein in der Therapie von

PTBS keine isolierte Behandlungsmethode. Angststörungen treten nicht nur isoliert auf, sondern in mehr als jedem zweiten Fall kommt es zu einer Komorbidität. Die EMDR Therapeutin/der EMDR Therapeut muss aufgrund der gesundheitlichen Risiken für die Patientin/den Patienten, die aus einer nicht fachgerechten Behandlung resultieren können, ausreichend qualifiziert sein und etwaige Risiken und Nebenwirkungen frühzeitig erkennen können.

Absolute und relative Kontraindikationen wie fehlende soziale Sicherheit, insbesondere anhaltende Traumaeinwirkung oder anhaltender Täterkontakt; unzureichende Stabilität im körperlichen, sozialen und psychischen Bereich; akute körperliche Erkrankungen; akute psychiatrische Störungen; dekompensierte Angsterkrankung, schwere Depressionen mit akuter Suizidalität und aktiver Substanzmissbrauch müssen durch die EMDR Therapeutin/den EMDR Therapeut qualifiziert ausgeschlossen werden können.

Die Zitate der relevanten Publikationen finden sich in Abschnitt A9.2.2.

A5.4 Organisatorische Aspekte

A5.4.1 Recherche zu organisatorischen Aspekten der zu bewertenden Technologie

Eine orientierende Recherche wurde im SSCI durchgeführt.

Zusätzlich wurden Aspekte durch reflective thoughts, wie in der INTEGRATE-HTA-Methodik dargestellt, ergänzt [76].

A5.4.2 Identifizierte organisatorische Aspekte

Im Rahmen der orientierenden Informationsbeschaffung konnten keine relevanten organisatorischen Aspekte identifiziert werden. Die letzte Suche fand am 29.05.2018 statt

Weiterhin wurden keine organisatorischen Aspekte identifiziert, die im besonderen Zusammenhang mit EMDR stehen könnten, vergleicht man diese mit anderen psychotherapeutischen Maßnahmen. In einer HTA Bewertung von Health Quality Ontario wurden Patientinnen und Patienten mit generalisierter Angststörung zu organisatorischen Aspekten befragt. Die größten Barriere scheinen in diesem Zusammenhang Informationen über und Zugang zu einer psychotherapeutischen Maßnahme zu sein [58]. Der Zugang zu EMDR ist ortsabhängig, möglicherweise unterschiedlich in städtischen und ländlichen Regionen.

A6 Würdigung der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht

Insgesamt wurde eine Stellungnahme zum vorläufigen HTA-Bericht frist- und formgerecht eingereicht.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des vorläufigen HTA-Berichts überprüft. Die wesentlichen Argumente werden im Folgenden diskutiert.

Die Stellungnahmen werden in den nachfolgenden Abschnitten A6.1 bis A6.10 gewürdigt.

Die Zusammenfassung aller Änderungen des HTA-Berichts gegenüber dem vorläufigen HTA-Bericht, die sich unter anderem durch die Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht ergeben haben, ist in Abschnitt A1.2 dargestellt.

A6.1 Titeländerung

In der Stellungnahme wird eine Spezifizierung des Titels zu: „Ist EMDR bei Angststörungen wirksam bzw. wirksamer als etablierte Methoden?“ vorgeschlagen, da der bisherige Titel des HTA Berichtes irreführend sei.

Im HTA-Bericht wurde untersucht, ob Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung von einer EMDR Therapie profitieren. Hierbei wurde sowohl eine Behandlung mit EMDR ergänzend zu einer medikamentösen, nicht-medikamentösen oder Kombination aus einer medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlung als auch eine Behandlung ausschließlich mit EMDR betrachtet. Als Vergleichsintervention galt jegliche Vergleichsgruppe, falls die Prüfintervention ausschließlich EMDR betrachtet wurde.

Eine Anpassung des Titels wie von den Stellungnehmenden vorgeschlagen ist daher nicht notwendig.

A6.2 Aussagen zur Wirkweise von EMDR

In der Stellungnahme wird darauf hingewiesen, dass die Wirkweise von EMDR nicht abschließend geklärt sei. Erklärungen über die neurobiologische Wirkweise von EMDR stammten überwiegend von Befürwortern der EMDR. Es wird eine kritischere Beschreibung der Wirkweise von EMDR empfohlen.

Die Autoren stimmen der Änderung zu. Die Aussagen zur Wirkweise der EMDR wurde in den HTA-Kernaussagen, dem Abschnitt 1.2.2 sowie in den HTA-Kernaussagen und im Kapitel 9 spezifiziert.

A6.3 Benennung der Kontrollgruppen

In der Stellungnahme wurde die eindeutigere Unterscheidung der Kontrollgruppen-Intervention „Keine Behandlung“, „Warteliste“ und „psychologisches Placebo“ vorgeschlagen.

Für diesen HTA-Bericht erfolgte für Studien, die die EMDR-Behandlung allein untersuchen, keine Einschränkung der Vergleichsgruppe. Das heißt Studien, die die EMDR mit „Keiner Behandlung“, einer „Warteliste“ oder einem „psychologischen Placebo“ vergleichen, hätten eingeschlossen werden können. Es wurden keine Studien identifiziert, die die EMDR im Vergleich zu psychologischen Placebos untersucht, jedoch mehrere, die die Ergebnisse der EMDR mit „Keiner Behandlung“ oder „Warteliste“ vergleichen.

In diesem HTA-Bericht werden die Ergebnisse für die Vergleichsgruppen „Keine Behandlung“ und „Warteliste“ gemeinsam dargestellt. Hier konnte kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der EMDR gefunden werden. Es ist nicht zu erwarten, dass eine getrennte Darstellung der Ergebnisse (Warteliste / keine Behandlung) zu einer Änderung dieses Befunds führt.

Aus diesem vorgebrachten Argument ergeben sich keine Änderungen im Bericht.

A6.4 Beschreibung der pharmazeutischen Therapie

In der Stellungnahme wurde auf Fehler in der Beschreibung der pharmazeutischen Therapie bei der Behandlung von Angststörungen im Abschnitt 1.2.1 hingewiesen.

Die Autoren stimmen der Änderung zu und formulieren. Die Darstellung im Abschnitt 1.2.1 wurde korrigiert.

A6.5 Beschreibung der Therapie bei Angststörungen

In der Stellungnahme wird auf eine Unvollständigkeit in der Beschreibung der Therapie von Angststörungen hingewiesen: „Jedoch ist es oftmals möglich auf eine medikamentöse Behandlung zu verzichten und ausschließlich psychotherapeutische Methoden einzusetzen (Bandelow et al 2014).“ Und stattdessen angeführt: „Nach der S3-Leitlinie werden psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlungen oder deren Kombination empfohlen.“

Die Autoren stimmen der Änderung zu. Die Formulierung im Abschnitt 1.2.2 zu Therapieoptionen bei Angststörungen wurde angepasst.

A6.6 Aussagen über die Effektivität von EMDR in der Traumatherapie

In der Stellungnahme wird darauf hingewiesen, dass die Effektivität von EMDR in der Traumatherapie möglicherweise nicht eindeutig nachgewiesen sei. Es wird auf eine Meta-Analyse verwiesen, die nur vier kleine Studien umfasst.

Eine Beurteilung von EMDR in der Traumatherapie ist nicht Bestandteil des HTA-Berichts. Die Aussage zur Wirksamkeit der EMDR in der Traumatherapie wurde im Abschnitt 1.2.2 neutraler formuliert.

A6.7 Aussage zum Einsatz von EMDR in der Behandlung von Angststörungen

In der Stellungnahme wird auf einen Fehler in der Interpretation der S3-Leitlinie Angststörungen im Abschnitt 1.2.2 hingewiesen. In der Leitlinie würden Studien zu EMDR zitiert, jedoch keine Aussage über den aktuellen Einsatz von EMDR getroffen.

Die Autoren stimmen der Änderung zu. Die Darstellung in Abschnitt 1.2.2 wurde entsprechend angepasst.

A6.8 Patientengruppen und Indikationen der eingeschlossenen Studien

In der Stellungnahme wird Zweifel an der Übertragbarkeit der Ergebnisse aufgrund der Indikationen der Patientinnen und Patienten in den eingeschlossenen Studien erhoben. Die Gruppe soziale Phobien, die hauptsächlich aus Patientinnen und Patienten mit Prüfungsangst besteht sei möglicherweise nicht repräsentativ für andere soziale Phobien.

Die Ergebnisse der Gruppe „Soziale Phobien“ sollen nicht auf die Gesamtheit der sozialen Phobien übertragen werden. Die Gruppierung erfolgt nur um die Darstellung zu vereinfachen. Die Ergebnisse beziehen sich nur auf die untersuchten Phobien, also Prüfungsangst und Angst vor öffentlichem Sprechen / Auftritt.

Aus diesem vorgebrachten Argument ergeben sich keine Änderungen im Bericht.

A6.9 Effektivität der Kontrollgruppe

In der Stellungnahme wird angemerkt, dass im HTA-Bericht dargelegt werden sollte, ob der Nutzen der aktiven Vergleichsinterventionen in den untersuchten Studien belegt ist. Die Verhaltenstherapie sei die einzige Psychotherapieform bei Angststörungen, deren Nutzen belegt sei.

Für diesen HTA-Bericht wurde der Nutzen einer Behandlung mit EMDR im Vergleich zu einem Vorgehen ohne EMDR bei Patientinnen und Patienten mit Angststörungen hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte untersucht. Für die EMDR wurde gegenüber allen Vergleichstherapien (einschließlich der Verhaltenstherapie) kein Anhaltspunkt für einen Nutzen identifiziert. Der Nutzen anderer Verfahren zur Behandlung von Angststörungen sollte im vorliegenden HTA-Bericht nicht untersucht werden.

Aus diesem vorgebrachten Argument ergeben sich keine Änderungen im Bericht.

A6.10 Anwendung von EMDR bei Angststörungen

In der Stellungnahme wird empfohlen einen Absatz über den derzeitigen Einsatz von EMDR bei Angststörungen zu entfernen, da dies nicht der Aussage der S3-Leitlinie Angststörungen entspreche und uneindeutig formuliert sei.

Die Autoren stimmen einer Änderung im Kapitel 7 zu und löschen den folgenden Absatz „EMDR wird im Zuge einer Behandlung einer Angststörung eingesetzt. Da diese Intervention nicht als primäre Behandlungsstrategie laut S3-Leitlinie Behandlung von Angststörung angesehen wird, geschieht dies gegenwärtig möglicherweise nach erfolgloser Verhaltenstherapie oder medikamentöser Therapie oder ergänzend zu einer der beiden Therapieformen [52] (Befragung einer Betroffenen).“

A7 Literatur

1. Jacobi F, Hofler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L et al. 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). Int J Methods Psychiatr Res 2014; 23(3): 304-319.

2. Sartory G. Angststörungen. In: Wirtz MA (Ed). Dorsch – Lexikon der Psychologie. Bern: Huber; 2018.

3. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). ICD-10-GM Version 2018 [online]. [Zugriff: 12.04.2018]. URL: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2018/block-f40-f48.htm.

4. Wittchen H-U, Jacobi F. Heft 21 - Angststörungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch Institut; 2004. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt). URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9043.

5. Wittchen H-U, Hoyer J. Klinische Psychologie & Psychotherapie. Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2011.

6. Mohr C, Schneider S. Zur Rolle der Exposition bei der Therapie von Angststörungen. Verhaltenstherapie 2015; 25(1): 32-39.

7. Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. Dialogues Clin Neurosci 2011; 13(4): 413-421.

8. Beutel M, Wiltink J, Subic-Wrana C. Psychodynamische Therapie von Angststörungen – aktuelle Entwicklungen. Psychotherapie 2012; 17(1): 88-98.

9. Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel ME. Diagnostik und Therapieempfehlungen bei Angststörungen. Dtsch Arztebl International 2014; 111(27-28): 473-480.

10. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheit in Deutschland – Einzelkapitel: 02 Wie steht es um unsere Gesundheit? Berlin: Robert Koch Institut; 2015. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis). URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9043.

11. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2016; 43: 128-141.

12. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung von Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen. Dtsch Arztebl International 2015; 112(15): A-694.

13. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures., 3rd ed. New York, NY: Guilford Press; US; 2018. URL: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc14&AN=2017-40757-000.

14. Shapiro F, Maxfield L. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): information processing in the treatment of trauma. J Clin Psychol 2002; 58(8): 933-946.

15. Bandelow B, Reitt M, Rover C, Michaelis S, Gorlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. Int Clin Psychopharmacol 2015; 30(4): 183-192.

16. Hofmann A. EMDR: Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Georg Thieme Verlag; 2014.

17. Posttraumatische Belastungsstörungen: EMDR als Methode in der Psychotherapie anerkannt. Gemeinsamer Bundesausschuss; 2014. (Nr. 42/2014, Psychotherapie). URL: https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/557/.

18. Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) vom 9. Mai 2017*. Dtsch Arztebl 2017; 114(10): A487-A497.

19. EMDR bei Posttraumatischen Belastungsstörungen anerkannt. Bundes Psychotherapeuten Kammer; 2015. (Maßnahmen der Qualitätssicherung der EMDR-Behandlung beschlossen). URL: https://www.bptk.de/emdr-bei-posttraumatischen-belastungsstoerungen-anerkannt/.

20. Besser-Siegmund C. Was ist wingwave? [online]. [Zugriff: 01.02.2019]. URL: https://wingwave.com/coaching/was-ist-wingwave.html.

21. EMDRIA Deutschland e.V. . Zertifizierte Ausbildung [online]. [Zugriff: 09.02.2019]. URL: http://www.emdria.de/ausbildung/zertifizierte-ausbildung/.

22. Budna E. Ausbildung EMDR [online]. [Zugriff: 10.02.2019]. URL: https://www.ausbildung-emdr.de/.

23. Bundesamt für Justiz. Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 17f iVm Artikel 18 Absatz 4 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist.

24. IQWiG. Allgemeine Methoden, Version 5.0 vom 10.07.2017. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen; 2017. URL: https://www.iqwig.de/de/methoden/methodenpapier.3020.html.

25. Husereau D, Drummond M, Petrou S, Carswell C, Moher D, Greenberg D et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) statement. Int J Technol Assess Health Care 2013; 29(2): 117-122.

26. European Network for Health Technology Assessment. EUnetHTA HTA adaptation toolkit: work package 5; version 5 [online]. 10.2011 [Zugriff: 18.05.2018]. URL: https://www.eunethta.eu/wp-content/uploads/2011/01/EUnetHTA_adptation_toolkit_2011_version_5.pdf.

27. Hofmann B, Droste S, Oortwijn W, Cleemput I, Sacchini D. Harmonization of ethics in health technology assessment: a revision of the Socratic approach. Int J Technol Assess Health Care 2014; 30(1): 3-9.

28. Mozygemba K, Hofmann B, Bakke Lysdal K, Pfadenhauer L, Van der Wilt G, Gerhardus A. Guidance to assess socio-cultural aspects [online]. In: Lysdahl KB, Mozygemba K, Burns L, Chilcott JB, Brönneke JB, Hofmann B (Ed). Guidance for assessing effectiveness, economic aspects, ehtical aspects, socio-cultural aspects and legal aspects in complex technologies. 01.02.2016 [Zugriff: 30.01.2019]. URL: http://www.integrate-hta.eu/wp-content/uploads/2016/08/IPP_Guidance-INTEGRATE-HTA_Nr.3_FINAL.pdf.

29. Brönneke JB, Hofmann B, Bakke Lysdal K, Van der Wilt G, Buchner B. Guidance to assess legal aspects [online]. In: Lysdahl KB, Mozygemba K, Burns L, Chilcott JB, Brönneke JB, Hofmann B (Ed). Guidance for assessing effectiveness, economic aspects, ehtical aspects, socio-cultural aspects and legal aspects in complex technologies. 01.02.2016 [Zugriff: 14.12.2019]. URL: http://www.integrate-hta.eu/wp-content/uploads/2016/08/IPP_Guidance-INTEGRATE-HTA_Nr.3_FINAL.pdf.

30. Perleth M, Gibis B, Velasco Garrido M, Zentner A. Organisationsstrukturen und Qualität. In: Perleth M, Busse R, Gerhardus A, Gibis B, Zentner A (Ed). Health Technology Assessment: Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2014. S. 265-279.

31. Blaise-Enright M. The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of test anxiety. 1996. (Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering; Band 2-B). URL: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc3&AN=1996-95015-155.

32. Cook-Vienot R, Taylor RJ. Comparison of eye movement desensitization and reprocessing and Biofeedback/Stress Inoculation Training in treating test anxiety. Journal of EMDR Practice and Research 2012; 6(2): 62-72.

33. Hampel JC. The effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on self-reported test anxiety in college students. 1997. (Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering; Band 5-B). URL: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc3&AN=1997-95022-132.

34. Gosselin P, Matthews WJ. Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of test anxiety: a study of the effects of expectancy and eye movement. J Behav Ther Exp Psychiatry 1995; 26(4): 331-337.

35. Johnson MD. Effects of eye movement desensitization and reprocessing on test anxiety. 1997. (Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering; Band 12-B). URL: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc3&AN=1997-95012-189.

36. Stevens MJ, Florell DW. EMDR as a treatment for test anxiety. Imagin Cogn Pers 1999; 18(4): 285-296.

37. Maxfield L, Melnyk W. Single session treatment of test anxiety with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Int J Stress Manag 2000; 7(2): 87-101.

38. Bauman W, Melnyk WT. A controlled comparison of eye movements and finger tapping in the treatment of test anxiety. J Behav Ther Exp Psychiatry 1994; 25(1): 29-33.

39. Ten Cate H. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) facilitating rational emotive behaviour therapy (REBT) in the treatment of test anxiety. Stellenbosch: Stellenbosch University; 1998.

40. Carrigan MH, Levis DJ. The contributions of eye movements to the efficacy of brief exposure treatment for reducing fear of public speaking. J Anxiety Disord 1999; 13(1-2): 101-118.

41. Foley T, Spates CR. Eye movement desensitization of public-speaking anxiety: a partial dismantling. J Behav Ther Exp Psychiatry 1995; 26(4): 321-329.

42. Brooker E. Music performance anxiety: A clinical outcome study into the effects of cognitive hypnotherapy and eye movement desensitisation and reprocessing in advanced pianists. Psychol Music 2018; 46(1): 107-124.

43. 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): 1026-1035.

44. Goldstein AJ, de Beurs E, Chambless DL, Wilson KA. EMDR for panic disorder with agoraphobia: comparison with waiting list and credible attention-placebo control conditions. J Consult Clin Psychol 2000; 68(6): 947-956.

45. Horst F, Den Oudsten B, Zijlstra W, de Jongh A, Lobbestael J, De Vries J. Cognitive Behavioral Therapy vs. Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Treating Panic Disorder: A Randomized Controlled Trial. Front Psychol 2017; 8: 1409.

46. Bates LW, McGlynn FD, Montgomery RW, Mattke T. Effects of eye-movement desensitization versus no treatment on repeated measures of fear of spiders. J Anxiety Disord 1996; 10(6): 555-569.

47. Muris P, Merckelbach H. Treating spider phobics with eye movement desensitization and reprocessing: A controlled study. Behav Cogn Psychother 1997; 25(1): 39-50.

48. Muris P, Merckelbach H, Holdrinet I, Sijsenaar M. Treating phobic children: effects of EMDR versus exposure. J Consult Clin Psychol 1998; 66(1): 193-198.

49. Muris P, Merckelbach H, Van Haaften H, Mayer B. Eye movement desensitisation and reprocessing versus exposure in vivo. A single-session crossover study of spider-phobic children. Br J Psychiatry 1997; 171: 82-86.

50. Triscari MT, Faraci P, Catalisano D, D'Angelo V, Urso V. Effectiveness of cognitive behavioral therapy integrated with systematic desensitization, cognitive behavioral therapy combined with eye movement desensitization and reprocessing therapy, and cognitive behavioral therapy combined with virtual reality exposure therapy methods in the treatment of flight anxiety: a randomized trial. Neuropsychiatr Dis Treat 2015; 11: 2591-2598.

51. Triscari MT, Faraci P, D'Angelo V, Urso V, Catalisano D. Two treatments for fear of flying compared: Cognitive behavioral therapy combined with systematic desensitization or eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Aviation Psychology and Applied Human Factors 2011; 1(1): 9-14.

52. Doering S, Ohlmeier MC, de Jongh A, Hofmann A, Bisping V. Efficacy of a trauma-focused treatment approach for dental phobia: a randomized clinical trial. Eur J Oral Sci 2013; 121(6): 584-593.

53. Bandelow BW, J.; Alpers, G. W.; Benecke, C.; Deckert, J.; Eckhardt-Henn, A.; Ehrig, C., Engel, E.; Falkai, P.; Geiser, F.; Gerlach, A.L.; Harfst, T.; Hau, S.; Joraschky, P.; Kellner, M.; Köllner, V.; Kopp, I.; Langs, G.; Lichte, T.; Liebeck, H.; Matzat, J.; Reitt, M.; Rüddel, H.P.; Rudolf, S.; Schick, G.; Schweiger, U.; Simon, R.; Springer, A.; Staats, H., Ströhle, A.; Ströhm, W.; Waldherr, B.; Watzke, B.; Wedekind, D.; Zottl, C.; Zwanzger, P.; Beutel M.E. Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen [online]. [Zugriff: 17.01.2019]. URL: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-028.html.

54. Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR. Online-Version des EBM [online]. [Zugriff: 01.02.2019]. URL: https://www.kbv.de/html/online-ebm.php.

55. Metter J, Michelson LK. Theoretical, clinical, research, and ethical constraints of the eye movement desensitization reprocessing technique. J Trauma Stress 1993; 6(3): 413-415.

56. Stevens P. Practicing within our competence: new techniques create new dilemmas. The Family Journal 2000; 8(3): 278-280.

57. Acierno R, Hersen M, Van Hasselt VB, Tremont G, Meuser KT. Review of the validation and dissemination of eye-movement desensitization and reprocessing: A scientific and ethical dilemma. Clin Psychol Rev 1994; 14(4): 287-299.

58. Health Quality Ontario. Psychotherapy for Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: A Health Technology Assessment. Ont Health Technol Assess Ser 2017; 17(15): 1-167.

59. Eichenberg C, Dorniak J, Fischer G. Sexuell assaults in therapeutic relationships: risk factors, consequences and legal steps. Psychother Psychosom Med Psychol 2009; 59(9-10): 337-344.

60. Valiente-Gomez A, Moreno-Alcazar A, Treen D, Cedron C, Colom F, Perez V et al. EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. Front Psychol 2017; 8: 1668.

61. Staring AB, van den Berg DP, Cath DC, Schoorl M, Engelhard IM, Korrelboom CW. Self-esteem treatment in anxiety: A randomized controlled crossover trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) versus Competitive Memory Training (COMET) in patients with anxiety disorders. Behav Res Ther 2016; 82: 11-20.

62. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Moller HJ, Zohar J et al. 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 J Biol Psychiatry 2008; 9(4): 248-312.

63. Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. Can J Psychiatry 2006; 51(8 Suppl 2): 9s-91s.

64. American Psychiatric Assn Work Group on Panic Disorder & American Psychiatric Assn Steering Committee on Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Am J Psychiatry 1998; 155(Suppl 5): 1-34.

65. ICH Expert Working Group. ICH harmonised tripartite guideline: structure and content of clinical study reports; E3; current step 4 version [online]. 30.11.1995 [Zugriff: 21.09.2017]. URL: http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E3/E3_Guideline.pdf.

66. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ 2010; 340: c869.

67. Schulz KF, Grimes DA. Sample size slippages in randomised trials: exclusions and the lost and wayward. Lancet 2002; 359(9308): 781-785.

68. Lange S. The all randomized/full analysis set (ICH E9): may patients be excluded from the analysis? Drug Inf J 2001; 35(3): 881-891.

69. Veroniki AA, Jackson D, Viechtbauer W, Bender R, Knapp G, Kuss O et al. Recommendations for quantifying the uncertainty in the summary intervention effect and estimating the between-study heterogeneity variance in random-effects meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2015; (Suppl 1): 25-27.

70. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. BMJ 2003; 327(7414): 557-560.

71. Kuss O. Statistical methods for meta-analyses including information from studies without any events: add nothing to nothing and succeed nevertheless. Stat Med 2015; 34(7): 1097-1116.

72. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press; 2015.

73. Vienot RC. A comparison of eye movement desensitization and reprocessing and biofeedback/stress inoculation training in treating test anxiety. 1998. (Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering; Band 1-B). URL: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc3&AN=1998-95014-173.

74. Schwarzer G, Carpenter JR, Rücker G. Meta-analysis with R. Springer International Publishing; 2015.

75. Pro Psychotherapie e.V. Erfahrungsberichte [online]. [Zugriff: 30.10.2018]. URL: https://www.therapie.de/psyche/info/ratgeber/interviews/doerthe-43-emdr-therapie/.

76. Lysdahl KB, Brereton, L, Oortwijn, W, Mozygemba, K, Refolo, P, Sacchini, D, et al., . Guidance to assess ethical aspects [online]. [Zugriff: 15.07.2019]. URL: https://www.integrate-hta.eu/wp-content/uploads/2016/08/IPP_Guidance-INTEGRATE-HTA_Nr.3_FINAL.pdf.

77. Bayerische Staatskanzlei. Keine Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung. 2017. (VG Bayreuth, Urteil v. 22.08.2017 – B 5 K 16.433).

78. European Network for Health Technology Assessment. EUnetHTA Joint Action 2: work package 8; HTA core model; version 3.0 [online]. 25.01.2016 [Zugriff: 18.05.2018]. URL: https://www.eunethta.eu/hta-core-model-3-0/.

79. Eady AM, Wilczynski NL, Haynes RB. PsycINFO search strategies identified methodologically sound therapy studies and review articles for use by clinicians and researchers. J Clin Epidemiol 2008; 61(1): 34-40.

A8 Topics des EUnetHTA Core Models

Das European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) ist ein Netzwerk europäischer HTA-Agenturen. EUnetHTA fördert den Austausch von HTA-Information zwischen den Mitgliedern und hat zu diesem Zweck das Core-Model entwickelt [78]. Auch das IQWiG ist Mitglied des Netzwerks.

Um den Leser des vorliegenden HTA-Berichts das Auffinden von Informationen zu den übergeordneten Domänen des EUnetHTA Core Model zu erleichtern, wird in der folgenden Übersicht dargestellt in welchen Abschnitten des vorliegenden HTA-Bericht sich entsprechende Informationen finden (Tabelle 32). Für die Darstellung der Topics werden die Originalbezeichnungen der Domänen des Core Models verwendet.

Tabelle 32: Domänen des EUnetHTA Core Models

EUnetHTA-Domäne	**Informationen in den Abschnitten**
Health Problem and Current Use of the Technology (CUR)	**Hintergrund** Kapitel 1
Description and technical characteristics of technology (TEC)	
Safety (SAF)	**Nutzenbewertung** Abschnitt 3.1; Kapitel 4; Abschnitt A2.1; Abschnitt A3
Clinical Effectiveness (EFF)	
Costs and economic evaluation (ECO)	**Gesundheitsökonomische Bewertung** Abschnitt 3.2; Kapitel 5; Abschnitt A2.2; Kapitel A4
Ethical analysis (ETH)	**Ethische Aspekte** Abschnitt 3.3; Abschnitt 6.1; Abschnitt A2.3; Abschnitt A5.1
Patients and Social aspects (SOC)	**Soziale Aspekte** Abschnitt 3.4; Abschnitt 6.2; Abschnitt A2.4; Abschnitt A5.2
Legal aspects (LEG)	**Rechtliche Aspekte** Abschnitt 3.4; Abschnitt 6.3; Abschnitt A2.4; Abschnitt A5.3
Organisational aspects (ORG)	**Organisatorische Aspekte** Abschnitt 3.4; Abschnitt 6.4; Abschnitt A2.4; Abschnitt A5.4

A9 Studienlisten

A9.1 Studienlisten Nutzenbewertung

A9.1.1 Liste der eingeschlossenen Studien

Bates LW, McGlynn FD, Montgomery RW, Mattke T. Effects of eye-movement desensitization versus no treatment on repeated measures of fear of spiders. J Anxiety Disord 1996; 10(6): 555-569.

Bauman W, Melnyk WT. A controlled comparison of eye movements and finger tapping in the treatment of test anxiety. J Behav Ther Exp Psychiatry 1994; 25(1): 29-33.

Blaise-Enright M. The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of test anxiety. 1996. (Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering; Band 2-B).

Brooker E. Music performance anxiety: A clinical outcome study into the effects of cognitive hypnotherapy and eye movement desensitisation and reprocessing in advanced pianists. Psychol Music 2018; 46(1): 107-124.

Carrigan MH, Levis DJ. The contributions of eye movements to the efficacy of brief exposure treatment for reducing fear of public speaking. J Anxiety Disord 1999; 13(1-2): 101-118.

Cook-Vienot R, Taylor RJ. Comparison of eye movement desensitization and reprocessing and Biofeedback/Stress Inoculation Training in treating test anxiety. Journal of EMDR Practice and Research 2012; 6(2): 62-72.

Cook-Vienot R. A comparison of eye movement desensitization and reprocessing and biofeedback/stress inoculation training in treating test anxiety. 1998. (Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering; Band 1-B).

Doering S, Ohlmeier MC, de Jongh A, Hofmann A, Bisping V. Efficacy of a trauma-focused treatment approach for dental phobia: a randomized clinical trial. Eur J Oral Sci 2013; 121(6): 584-593.

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): 1026-1035.

Foley T, Spates CR. Eye movement desensitization of public-speaking anxiety: a partial dismantling. J Behav Ther Exp Psychiatry 1995; 26(4): 321-329.

Goldstein AJ, de Beurs E, Chambless DL, Wilson KA. EMDR for panic disorder with agoraphobia: comparison with waiting list and credible attention-placebo control conditions. J Consult Clin Psychol 2000; 68(6): 947-956.

Gosselin P, Matthews WJ. Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of test anxiety: a study of the effects of expectancy and eye movement. J Behav Ther Exp Psychiatry 1995; 26(4): 331-337.

Hampel JC. The effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on self-reported test anxiety in college students. 1997. (Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering; Band 5-B).

Horst F, Den Oudsten B, Zijlstra W, de Jongh A, Lobbestael J, De Vries J. Cognitive Behavioral Therapy vs. Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Treating Panic Disorder: A Randomized Controlled Trial. Front Psychol 2017; 8: 1409.

Johnson MD. Effects of eye movement desensitization and reprocessing on test anxiety. 1997. (Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering; Band 12-B).

Maxfield L, Melnyk W. Single session treatment of test anxiety with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Int J Stress Manag 2000; 7(2): 87-101.

Muris P, Merckelbach H. Treating spider phobics with eye movement desensitization and reprocessing: A controlled study. Behav Cogn Psychother 1997; 25(1): 39-50.

Muris P, Merckelbach H, Holdrinet I, Sijsenaar M. Treating phobic children: effects of EMDR versus exposure. J Consult Clin Psychol 1998; 66(1): 193-198.

Muris P, Merckelbach H, Van Haaften H, Mayer B. Eye movement desensitisation and reprocessing versus exposure in vivo. A single-session crossover study of spider-phobic children. Br J Psychiatry 1997; 171: 82-86.

Stevens MJ, Florell DW. EMDR as a treatment for test anxiety. Imagin Cogn Pers 1999; 18(4): 285-296.

Ten Cate H. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) facilitating rational emotive behaviour therapy (REBT) in the treatment of test anxiety. Stellenbosch: Stellenbosch University; 1998.

Triscari MT, Faraci P, Catalisano D, D'Angelo V, Urso V. Effectiveness of cognitive behavioral therapy integrated with systematic desensitization, cognitive behavioral therapy combined with eye movement desensitization and reprocessing therapy, and cognitive behavioral therapy combined with virtual reality exposure therapy methods in the treatment of flight anxiety: a randomized trial. Neuropsychiatr Dis Treat 2015; 11: 2591-2598.

Triscari MT, Faraci P, D'Angelo V, Urso V, Catalisano D. Two treatments for fear of flying compared: Cognitive behavioral therapy combined with systematic desensitization or eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Aviation Psychology and Applied Human Factors 2011; 1(1): 9-14.

A9.1.2 Liste der gesichteten systematischen Übersichten

Bandelow B, Reitt M, Rover C, Michaelis S, Gorlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. Int Clin Psychopharmacol 2015; 30(4): 183-192.

Valiente-Gomez A, Moreno-Alcazar A, Treen D, Cedron C, Colom F, Perez V et al. EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. Front Psychol 2017; 8: 1668.

A9.1.3 Liste der ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgründen

Nicht EN1:

1. Arnold A. Eye-movement desensitization and reprocessing and specific state anxiety in female gymnasts. Dissertation abstracts international. 2004; 65(2-b): 1020.

2. Moradi M, Rouz MC, Sarichlou ME, Alipour M. Investigating the effect of desensitization method with eye movements and reprocessing on dressing pain anxiety of burn patients. Avicenna journal of phytomedicine 2015; 5: 104-5.

3. Rathschlag M, Memmert D. Reducing anxiety and enhancing physical performance by using an advanced version of EMDR: a pilot study. Brain Behav 2014; 4(3): 348-55.

4. Staring AB, van den Berg DP, Cath DC, Schoorl M, Engelhard IM, Korrelboom CW. Self-esteem treatment in anxiety: A randomized controlled crossover trial of Eye Movement 5. Desensitization and Reprocessing (EMDR) versus Competitive Memory Training (COMET) in patients with anxiety disorders. Behav Res Ther 2016; 82: 11-20.

5. Nasiri M, Forouzandeh E, Ebrahimi A. Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on Anxiety Sensitivity in Patients with Migraine. J Isfahan Med Sch 2016; 34(377): 321-7.

Nicht EN4:

1. Homer, SR, Deeprose, C. Eye movement attenuation of intrusive social anxiety imagery: A pilot study. J Behav Ther Exp Psychiatry 2018; 59: 87-91.

Nicht EN5:

1. Benor DJ, Ledger K, Toussaint L, Hett G, Zaccaro D. Pilot study of emotional freedom techniques, wholistic hybrid derived from eye movement desensitization and reprocessing and emotional freedom technique, and cognitive behavioural therapy for treatment of test anxiety in university students. Explore (NY) 2009; 5(6): 338-40.

2. Dunn TM, Schwartz M, Hatfield RW, Wiegele M. Measuring effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in non-clinical anxiety: a multi-subject, yoked-control design. J Behav Ther Exp Psychiatry 1996; 27(3): 231-9.

3. Faretta E. [EMDR and Cognitive-Behavioural Therapy in the treatment of Panic Disorder: a comparison]. Riv Psichiatr 2012; 47(2 Suppl): 19-25.

4. Salkovskis P. Review: eye movement desensitization and reprocessing is not better than exposure therapies for anxiety or trauma. Evid Based Ment Health 2002; 5(1): 13.

5. Sanderson A, Carpenter R. Eye movement desensitization versus image confrontation: a single-session crossover study of 58 phobic subjects. J Behav Ther Exp Psychiatry 1992; 23(4): 269-75.

6. Sellers JL. Efficacy of the eye movement desensitization procedure as compared to accelerated massed desensitization in the treatment of test anxiety. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 1997. 58(4-B): 2139.

7. Von Knorring L, Thelander S, Pettersson A. [Treatment of anxiety syndrome. A systematic literature review. Summary and conclusions by the SBU]. Lakartidningen 2005; 102(47): 3561-2, 3565-6, 3569.

Nicht EN6:

1. Feske U. Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: efficacy and mechanisms. Eye movement desensitization and reprocessing treatment of panic disorder: efficacy and mechanisms. Universitaet Marburg, Fachbereich Psychologie 1996.

A9.2 Publikationslisten zu ethischen, sozialen, rechtlichen und organisatorischen Aspekten

A9.2.1 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu ethischen Aspekten

Metter J, Michelson LK. [Theoretical, clinical, research, and ethical constraints of the eye movement desensitization reprocessing technique.] J Trauma Stress 1993; 6(3): 413-415.

Stevens P. [Practicing within our competence: new techniques create new dilemmas.] The Family Journal 2000; 8(3): 278-280.

Acierno R, Hersen M, Van Hasselt VB, Tremont G, Meuser KT. [Review of the validation and dissemination of eye-movement desensitization and reprocessing: A scientific and ethical dilemma.] Clin Psychol Rev 1994; 14(4): 287-299.

A9.2.2 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu rechtlichen Aspekten

Bayerische Staatskanzlei. Keine Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung. 2017. (VG Bayreuth, Urteil v. 22.08.2017 – B 5 K 16.433).

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung von Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen. Dtsch Arztebl International 2015; 112(15): A-694.

A10 Suchstrategien

A10.1 Suchstrategien Nutzenbewertung und gesundheitsökonomische Bewertung

Es wurden für die Nutzenbewertung und die gesundheitsökonomische Bewertung die gleichen Suchstrategien verwendet.

A10.1.1 Suchstrategien in bibliografischen Datenbanken

1. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) 1946 to May Week 3 2018
- Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations May 25, 2018
- Ovid MEDLINE(R) Daily Update May 25, 2018
- Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print May 25, 2018

#	Searches
1	Eye Movement Desensitization Reprocessing/
2	Desensitization, Psychologic/
3	Eye Movements/
4	2 and 3
5	(eye movement* adj3 (desensitization* or desensitisation*)).ti,ab.
6	emdr.ti,ab.
7	1 or 4 or 5 or 6
8	animals/ not humans/
9	(comment or editorial).pt.
10	or/8-9
11	7 not 10

2. PubMed

Suchoberfläche: NLM

- PubMed – as supplied by publisher
- PubMed – in process
- PubMed – pubmednotmedline

Search	Query
#1	Search (eye movement* [TIAB] AND (desensitization* [TIAB] OR desensitisation* [TIAB]))
#2	Search emdr[tiab]
#3	Search #1 OR #2
#4	Search (#3 NOT Medline[SB])

3. Embase

Suchoberfläche: Ovid

- Embase 1974 to 2018 May 25

#	Searches
1	"eye movement desensitization and reprocessing"/
2	(eye movement* adj3 (desensitization* or desensitisation*)).ti,ab.
3	emdr.ti,ab.
4	or/1-3
5	4 not medline.cr.
6	5 not (exp animal/ not exp humans/)
7	6 not (Conference Abstract or Conference Review or Editorial).pt.

4. The Cochrane Library

Suchoberfläche: Wiley

- Cochrane Database of Systematic Reviews: Issue 5 of 12, May 2018
- Cochrane Central Register of Controlled Trials: Issue 4 of 12, April 2018

ID	Search
#1	[mh ^"Eye Movement Desensitization Reprocessing "]
#2	[mh ^"Desensitization, Psychologic "]
#3	[mh ^"Eye Movements "]
#4	#2 and #3
#5	(eye movement* near/3 (desensitization* or desensitisation*)):ti,ab
#6	emdr:ti,ab
#7	#1 or #4 or #5 or #6

5. PsycINFO

Suchoberfläche: Ovid

- PsycINFO 1806 to May Week 3 2018

Es wurden folgende Filter für die Nutzenbewertung übernommen:

- Systematische Übersicht: Eady [79] – Best Specificity;
- RCT: Eady [79] – Small drop in specificity with a substantive gain in sensitivity

#	Searches
1	eye movement desensitization therapy/
2	(eye movement* adj3 (desensitization* or desensitisation*)).ti,ab.
3	emdr.ti,ab.
4	or/1-3
5	(double-blind or randomized or randomly assigned*).tw.
6	(meta-analysis or search*).tw.
7	4 and (5 or 6)

6. Health Technology Assessment Database

Suchoberfläche: Centre for Reviews and Dissemination

Line	Search
1	MeSH DESCRIPTOR Eye Movement Desensitization Reprocessing EXPLODE ALL TREES
2	MeSH DESCRIPTOR Eye Movements EXPLODE ALL TREES
3	(eye movement* AND (desensitization* or desensitisation*))
4	emdr
5	#1 OR #2 OR #3 OR #4

A10.1.2 Suche in Studienregistern

1. ClinicalTrials.gov

Anbieter: U.S. National Institutes of Health

- URL: http://www.clinicaltrials.gov
- Eingabeoberfläche: Advanced Search

Suchstrategie
eye movement desensitization OR eye movement desensitisation OR EMDR

2. International Clinical Trials Registry Platform Search Portal

Anbieter: World Health Organization

- URL: http://apps.who.int/trialsearch/
- Eingabeoberfläche: Standard Search

Suchstrategie
eye movement desensitization OR eye movement desensitisation OR EMDR

A11 Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte der externen Sachverständigen, der Reviewerin und von Betroffenen

Im Folgenden sind die potenziellen Interessenkonflikte der externen Sachverständigen, der Reviewerin und Betroffenen zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen anhand des „Formblatts zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“. Die in diesem Formblatt verwendeten Fragen befinden sich im Anschluss an diese Zusammenfassung. Die Namen der Betroffenen werden grundsätzlich nicht genannt, es sei denn, sie haben explizit in die Namensnennung eingewilligt.

Externe Sachverständige

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Martin Boncek	ja	nein	nein	nein	ja	nein	nein
Stefanie Bühn	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Christine Dunger	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Tim Mathes	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Dawid Pieper	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Barbara Prediger	ja	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Paul Aleksander von Heese	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Reviewerin

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Susanne Schmitz	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein

Potenzielle Interessenkonflikte der eingebundenen Betroffenen

Name; Institution	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Anonym	nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja

Im „Formblatt zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“ (Version 11/2016) wurden folgende 7 Fragen gestellt:

Frage 1: Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband angestellt, für diese selbständig oder ehrenamtlich tätig beziehungsweise sind oder waren Sie freiberuflich in eigener Praxis tätig? (Zu den oben genannten Einrichtungen zählen beispielsweise auch Kliniken, Einrichtungen der Selbstverwaltung, Fachgesellschaften, Auftragsinstitute)

Frage 2: 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 (z. B. als Gutachter, Sachverständiger, Mitglied eines Advisory Boards, Mitglied eines Data Safety Monitoring Boards (DSMB) oder Steering Committees)?

Frage 3: 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 (z. B. für Vorträge, Schulungstätigkeiten, Stellungnahmen oder Artikel)?

Frage 4: Haben Sie oder haben die von Ihnen unter Frage 1 genannten Einrichtungen innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischem Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung z. B. für Forschungsaktivitäten, die Durchführung klinischer Studien, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten? (Sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.)

Frage 5: Haben Sie oder haben die von Ihnen unter Frage 1 genannten Einrichtungen 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 für Fortbildungen / Kongresse) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband? (Sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.)

Frage 6: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution im Gesundheitswesen, 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? Besitzen Sie Patente für ein pharmazeutisches Erzeugnis oder ein Medizinprodukt oder eine medizinische Methode oder Gebrauchsmuster für ein pharmazeutisches Erzeugnis oder ein Medizinprodukt?

Frage 7: Sind oder waren Sie jemals an der Erstellung einer Leitlinie oder Studie beteiligt, die eine mit diesem Projekt vergleichbare Thematik behandelt/e? Gibt es sonstige Umstände, die aus Sicht eines unvoreingenommenen Betrachters als Interessenkonflikt bewertet werden können (z. B. Aktivitäten in gesundheitsbezogenen Interessengruppierungen beziehungsweise Selbsthilfegruppen, politische, akademische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen)?