

Stellungnahme von EMDRIA Deutschland e.V. zu den Fragen des GBA bezüglich EMDR als Methode im Rahmen der Einzelpsychotherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich PTBS

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

1. Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis der EMDR.

Der Nutzen der EMDR-Methode bezüglich einer Reduktion bzw. Auflösung einer durch eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bedingten Symptomatik bei Erwachsenen ist in 19 kontrollierten und randomisierten Studien (bzw. 25 kontrollierten Studien) belegt. Die Ergebnisse aus mehr als 5 Metaanalysen bestätigen den Befund, dass EMDR und kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie die am besten empirisch belegten Behandlungsmethoden für PTBS sind. Im Kinder- und Jugendbereich liegen derzeit zur Behandlung der PTBS 10 kontrollierte und randomisierte Studien und sowie eine Metaanalyse vor.

Bisson & Andrew (2007) konnten in ihrer Cochrane Metaanalyse zeigen, dass in den untersuchten Studien EMDR und traumaadaptierte kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapien in der Behandlung von erwachsenen Patienten mit einer diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung anderen Therapien, wie Hypnotherapie, Entspannungstraining und dynamischer Psychotherapie, überlegen sind. Beide Therapieformen wiesen im metaanalytischen Vergleich ähnlich hohe Effektstärken auf, sowohl direkt nach der Therapie als auch zu späteren Katamnesezeitpunkten. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in früheren Metaanalysen und in der Metaanalyse (mit 7 kontrollierten Studien) im Kinder und Jugendbereich (Rodenburg 2009).

Bei ähnlich guter Wirksamkeit beschreiben die Metaanalyse von van Etten & Taylor (1998) und Rodenburg et al. (2009) allerdings für EMDR eine signifikant kürzere Behandlungsdauer als bei den kognitiv-behavioralen Therapien. In den anderen Metaanalysen wurden die Unterschiede in der Behandlungszeit nicht untersucht.

Metaanalysen

1. Bisson & Andrew (2007)
2. Seidler & Wagner (2006)
3. Bradley, Green, Russ, Dutra & Westen (2005)
4. Maxfield & Hyer (2002)
5. van Etten & Taylor (1998)
6. Rodenburg, Benjamin, de Roos, Meijer & Stams – Kinder und Jugendliche (2009)

Kontrollierte und randomisierte Originalstudien

1. Jensen (1994)
 2. Vaughan, Armstrong, Gold, O'Connor, Jenneke & Tarrier (1994)
 3. Renfrey & Spates (1994)
 4. Wilson, Becker & Tinker (1995)
Katamnese: Wilson, Becker & Tinker (1997)
 5. Wilson, Silver, Covi & Foster (1996)
 6. Marcus, Marquis & Sakai (1997)
Katamnese: Marcus, Marquis & Sakai (2004)
 7. Rothbaum (1997)
 8. Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund & Muraoka (1998)
 9. Devilly, Spence & Rapee (1998)
 10. Scheck, Schaeffer & Gillette (1998)
 11. Cusack & Spates (1999)
 12. Rogers, Silver, Goss, Obenchain, Willis & Whitney (1999)
 13. Ironson, Freund, Strauss & Williams (2002)
 14. Lee, Gavriel, Drummond, Richards & Greenwald (2002)
 15. Power, McGoldrick, Brown, Buchanan, Sharp, Swanson, & Karatzias (2002)
Reanalyse: Karatzias; Power, McGoldrick, Brown, Buchanan, Sharp & Swanson (2006)
 16. Taylor, Thordarson, Maxfield, Fedoroff, Lovell & Ogrodniczuk (2003)
 17. Rothbaum, Astin, Marsteller (2005)
 18. Högberg, Pagani, Sundin, Soares, Åberg-Wistedt, Tärnell & Hällström, (2007)
Katamnese: Högberg, Pagani, Sundin & Soares (2008)
 19. van der Kolk, Spinozzola, Blaustein, Hopper, Korn & Simpson (2007)
-

Kontrollierte nicht-randomisierte Originalstudien

1. Boudewyns, Stwertka, Hyer, Albrecht & Sperr (1993)
2. Silver, Brooks & Obenchain, (1995)
3. Boudewyns & Hyer (1996)
4. Pitman, Orr, Altman, Longpre, Poire & Macklin (1996)
Katamnese Macklin, Metzger, Lasko, Berry, Orr & Pitman (2000)
5. Devilly & Spence (1999)
6. Sprang (2001)

Kontrollierte und randomisierte Originalstudien im Kinder- und Jugendbereich

1. Puffer, Greenwald & Elrod (1996)
2. Scheck, Schaeffer & Gilette (1998)
3. Edmond, Rubin & Wambach (1999)
Katamnese: Edmond & Rubin (2004)
4. Chemtob, C.M., Nakashima, J., & Carlson, J.G. (2002)
5. Soberman, Greenwald & Rule (2002)
6. Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Dolatabadim & Zand (2004)
7. Ahmad, Larsson, Sundelin-Wahlstein (2007)
8. Wanders, Serra & de Jongh (2008)
9. Kemp, Drummond & McDermot (2009)
10. De Roos, Greenwald, Hollander-Gijsman, Noorthoorn, van Buuren & de Jongh (2011)

Diese Belege haben in den letzten Jahren zur Aufnahme von EMDR in die meisten internationalen Behandlungsleitlinien geführt.

Internationale Leitlinien, die EMDR als Intervention der ersten Wahl zur Behandlung einer PTBS empfehlen

1. Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care (2003)

2. American Psychiatric Association (2004)⁴
3. Department of Veterans Affairs & Department of Defense (2004)
4. NICE, National Institute for Clinical Excellence, London (2005)
5. ISTSS, Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies (2009)
6. INSERM, French National Institute of Health and Medical Research (2010).
7. California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (2010)

2. Gibt es Hinweise auf Risiken durch Anwendung der EMDR?

Bei Anwendung der EMDR-Methode besteht nur ein geringes Risiko bezüglich unerwünschter Wirkungen: (Hase & Hofmann 2005)

Selten:

- Spontandiagnostik komplexer dissoziativer Störungen mit eventuellen Dekompensationen (dissoziative Störungen sollten daher vor einer EMDR Behandlung diagnostiziert werden)
- Dekompensation bei instabiler komplexer Ausprägungen einer PTBS mit vielen Komorbiditäten (z.B. bei Opfern sexualisierter Gewalt in der Kindheit)

Bei diesen Patienten ist eine Stabilisierung im Rahmen der EMDR Behandlung vor Beginn der Arbeit mit traumatischen Erinnerungen erforderlich.

Auf diese Aspekte wird im Rahmen der anerkannten EMDR-Ausbildung besonders hingewiesen, so dass die unerwünschten Wirkungen bei methodengetreuer Anwendung so gut wie auszuschließen sind.

Sehr selten:

- Mögliche Krampfanfälle bei vorbekannten somatischem Anfallsleiden (Schneider 2005; Rodenburg 2009). Eine fachärztliche Konsultation wird bei entsprechenden Patienten empfohlen. Psychogene Anfälle scheinen sich unter EMDR zu bessern (Kelly und Benbadis 2007, Tumanı 2010).

- Verschlechterung psychotischer Symptome bei vorbekannter Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis möglich (2 unveröffentlichte Fallberichte).

Daher wird zu einer vorherigen fachärztlichen Konsultation vor Beginn der EMDR-Behandlung entsprechend gefährdeter Patienten geraten.

3. Ist eine spezifische Überlegenheit der EMDR bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu anderen Methoden nachweisbar?

EMDR ist nicht-traumaadaptierten Psychotherapiemethoden bei der Behandlung einer PTBS deutlich überlegen (Bisson et al. 2007; Marcus, 1997; NICE, 2005).

Dieser in den internationalen Leitlinien anerkannte Befund ist aber bei weitem noch nicht in der Versorgung in Deutschland umgesetzt.

Ein Beispiel dafür sind die ca. 50% Menschen die über sexuelle Übergriffe berichten und die nach einer in der Regel nicht traumaadaptierten Psychotherapie große Unzufriedenheit und nur geringe symptomatische Verbesserung berichten (Bergmann 2011a). Eine Folge war die Empfehlung des „runden Tisches“, dass eine Integration und Übernahme von Kosten für traumatherapeutische Verfahren erfolgen sollte und ein Ausbau der (traumaspezifischen) Aus- und Weiterbildung für Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten und Ärzteschaft empfohlen wurde (Bergmann 2011b). Ein Teil der deutschen Psychotherapeuten hat dies schon von sich aus getan: von der Stichprobe von Psychotherapeuten, die von der Arbeitsgruppe des runden Tisches befragt wurden, berichten schon viele, dass sie traumaadaptierte Methoden, z.B. die EMDR-Methode in Behandlungen einsetzen (Bergmann 2011a).

Es gibt jedoch aus den Studien Hinweise, dass EMDR auch der traumafokussierten Verhaltenstherapie (TF-VT) in einigen Punkten überlegen zu sein scheint. Unter den gut untersuchten Methoden hat EMDR die gleiche Wirksamkeit bezüglich der PTBS wie eine traumaspezifische Verhaltenstherapie TF-VT (Bisson 2007, van Etten 1998). EMDR benötigt jedoch eine signifikant geringere Zahl von Behandlungssitzungen dafür (van Etten 1998). Bei EMDR sind ebenfalls keine Hausaufgaben nötig und in einer Untersuchung fand sich, dass die Zahl der patienteninduzierten Arztbesuche in der Nachuntersuchung signifikant niedriger ist als bei TF-VT (Power 2002, Karatzias et al. 2006).

Bei traumatischer Trauer zeigt sich nicht nur ein schnellerer Eintritt der Entlastung der PTBS wie in anderen Untersuchungen. Es findet sich auch in der EMDR Behandlung deutlich häufiger das Auftauchen von positiven Erinnerungen an den Verstorbenen. Dieser signifikante Unterschied im Vergleich zur traumafokussierten Verhaltenstherapie (TF-VT) bleibt auch in der Nachuntersuchung nach 9 Monaten erhalten (Sprang 2001).

Hinweise auf eine Überlegenheit der EMDR-Methode zeigen sich auch im Bereich der Studien mit Kindern und Jugendlichen. (De Roos, 2011, Rodeburg 2009)

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

Bei einer Studie mit Lokführern, die nach einem Suizid vor der Bahn eine PTBS erlitten hatten, zeigte sich EMDR als effektiv und die Ergebnisse waren 35 Monate nach der Behandlung stabil (Högberg 2008). Viele der anderen kontrollierten Studien zu EMDR weisen Katamnesen mit 3, 9 und 15 Monaten auf. Die Behandlungsergebnisse hier sind stabil.

Die einzigen Katamnesen, in denen die Behandlungsergebnisse mit EMDR nicht stabil waren, sind komplex traumatisierte Patienten (Kriegsveteranen), die mit einer zu geringen Zahl von Behandlungsstunden behandelt worden waren (Pitman 1996, Macklin 2005). Wurde die Zahl der Behandlungsstunden deutlich erhöht, waren die Behandlungsergebnisse bei dieser Behandlungsgruppe auch in der Katamnese stabil (Carlson 1998). Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Behandlungsergebnisse mit EMDR stabil sind. Die Ergebnisse entsprechen damit den Katamneserisultaten anderer effektiver Psychotherapie.

5. Welche störungsspezifische Diagnostik sollte vor Anwendung von EMDR durchgeführt werden?

Als Procedere bei der Diagnostik empfiehlt es sich, die folgende Sequenz einzuhalten (siehe Hofmann, Liebermann & Flatten 2001).

- Erhebung der Traumavorgeschichte sowie der Spontansymptomatik in der Anamnese;
- Klinische Diagnose der PTBS und Prüfung der verursachenden traumatischen Erlebnisse. (Diagnosekriterien nach ICD-10);
- Durchführung eines Fragebogentests (z.B. IES-R) zur Erfassung der Symptomintensität (Maercker 1998);

Bei Verdacht auf eine komplexe Traumafolgestörung bzw. eine dissoziative Störung (durch z.B. Gewalt oder Missbrauch in der Kindheit) sollte Diagnostik bezüglich einer dissoziativen Störung durchgeführt werden (nach ICD-10) und mit Hilfe üblicher Screeninguntersuchungen. Als klinisch gut einsetzbares Screening-Instrument gilt im deutschsprachigen Raum der Fragebogen für Dissoziative Störungen (FDS; Freyberger, Spitzer, Striglitz, Kuhn, Magdeburg & Bernstein-Carlson 1999). Er stellt eine Übersetzung und Erweiterung der DES (Dissociative Experience Scale) von Bernstein & Putnam (1986) dar und ist inzwischen gut validiert.

Eine weitere Diagnostik ist möglich, ist aber im klinischen Kontext meist aufwendig und erhöht die Kosten ohne dringende Notwendigkeit (Gast et al. 2004).

6. Welche Kriterien müssen für die Stellung der Indikation zur Durchführung von EMDR erfüllt sein?

Der Indikationsbereich von EMDR umfasst die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)(ICD-10: F 43.1) sowie Teilsyndrome der PTBS.

EMDR kann nur im Rahmen eines Behandlungsplanes zur Anwendung kommen. Der Gesamtbehandlungsplan orientiert sich an dem für die EMDR—Methode spezifischen Modell der adaptiven Informationsverarbeitung, das sich von anderen Modellen der Informationsverarbeitung unterscheidet. (Shapiro 2001; Schubert & Lee, 2009; Shapiro 2002) Dieser Behandlungsplan kann bei einfacher PTBS nach der derzeitigen Studienlage ausschließlich mit der EMDR-Methode entwickelt werden (Shapiro 2001, Hofmann 1999). Bei PTBS mit mehreren Komorbiditäten sollte die Behandlung mit EMDR in den Behandlungsplan eines der Richtlinienverfahren eingebettet sein (tiefenpsychologische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, psychoanalytische Psychotherapie).

Insofern muss bei der Indikationsstellung sowohl der PTBS als auch den anderen psychischen Störungen Rechnung getragen werden.

Die Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Störungen liegen zwischen 62 % (Davidson, Hughes, Blazer & George 1991) und 92 % (Shore, Vollmer & Tatum 1989; Yehuda & McFarlane 1995). Die häufigsten komorbiden Störungen sind Angststörungen, depressive Störungen, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Suchterkrankungen und die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Zanarini & Frankenburg, 1997).

Entsprechend ist beim Vorliegen von PTBS und komorbider Symptomatik sowohl eine Indikation für den Einsatz eines Richtlinienverfahrens zur Behandlung der komorbiden Symptomatik als auch eine Indikation für EMDR zur Behandlung der PTBS zu stellen.

Vor Beginn einer Behandlung mit EMDR müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein (Shapiro 1995; Hofmann 1999, 2004):

- Ein tragfähiges Arbeitsbündnis muss vorhanden sein;
- Es muss eine ausreichende Motivation des Patienten zu einer aufdeckenden Psychotherapie vorhanden sein;
- Schwere körperliche Krankheiten müssen behandelt sein;
- Es muss Sicherheit im sozialen Bereich gewährleistet sein. Insbesondere darf kein anhaltender Täterkontakt bestehen;
- Die relevante Komorbidität muss ausreichend behandelt sein. Eine behandlungsbedürftige Depression oder Angststörung muss behandelt worden sein;
- Eine ausreichende Fähigkeit zur Affektregulierung muss vorhanden sein.

7. Gibt es Kontraindikationen? Wenn ja, welche?

Als *Kontraindikation* müssen nach derzeitigem Stand des Wissens akute Psychosen gelten (siehe Shapiro, 1995; Hofmann, 1999, 2004).

Als *relative Kontraindikation* für die Anwendung des EMDR-Standardprotokolls gelten

- komorbide schwere dissoziative Symptome,
- komorbide schwere Persönlichkeitsstörungen,
- organische bedingte Anfallsleiden und
- somatische Erkrankungen (z.B. schwere Herzrhythmusstörungen).

Unter relativer Kontraindikation soll verstanden werden, dass bei Vorliegen dieser komorbiden Störungen der Einsatz der EMDR-Methode die entsprechende Erfahrung des Therapeuten im Umgang mit diesen Störungsbildern und mit der EMDR-Methode voraussetzt und dass der Therapeut auf diese Störungsbilder abgestimmte EMDR-Techniken beherrscht (Paulsen 1995; Twombly 2000; Lazrove & Fine 1996; Fine & Berkowitz 2001; Korn & Leeds 2002; Hofmann 2010; Wöller 2003).

8. In welchem therapeutischen Rahmen sollte EMDR erbracht werden?

Als eigenständige Methode?

Als Methode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes einer

Verhaltenstherapie oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie?

Mit der Bitte um konkrete Begründung der Zuordnung:

EMDR sollte nach einer Zulassung durch den GBA eine antragsgebundene Leistung im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien sein. Dies entspricht dem wissenschaftlichen Wert und den Ergebnissen zum zusätzlichen Nutzen der EMDR-Methode (z.B. der Kostenersparnis durch weniger Behandlungsstunden bei der Behandlung einer PTBS im Vergleich zu einer ebenfalls wirksamen traumafokussierten Verhaltenstherapie – Power et al. 2002; van Etten & Taylor 1998). Studien lieferten ausreichend Nachweise einer mindestens vergleichbaren oder überlegenen Wirkung im Vergleich mit etablierten

Methoden der Psychotherapie und auch Pharmakotherapie (Marcus et al. 1997; Rothbaum 1997; Ironson et al., 2002; Lee et al., 2002, Power et al., 2002; Rothbaum et al., 2005; Högberg et al. 2007) die auch durch Metaanalysen gestützt werden (Bisson, 2007; Bisson et al. 2007; van Etten & Taylor, 1998; Sack et al., 2001; Maxfield & Hyer, 2002).

In der Logik der Differenzierung zwischen Verfahren, Methode und Technik ist EMDR seit 2006 vom WBP als wissenschaftliche Methode zur Behandlung der PTBS anerkannt (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2006). Daraus leitet sich auch ab, dass bei Vorliegen einer PTBS für die Dauer einer entsprechenden Behandlungs-Indikation die Behandlung mit der EMDR-Methode erfolgen kann. Bei einer einfachen PTBS ist dafür – bei der derzeitigen Studienlage auch keine Einbettung in ein Richtlinienverfahren erforderlich. In keiner der vorliegenden kontrollierten Studien zur EMDR Methode (die meist eine einfache PTBS behandelten) war eine Einbettung der EMDR Methode in ein weiteres Behandlungsverfahren erforderlich gewesen. Auch wenn die kurzen Behandlungszeiten der Studien sicher nicht als Behandlungsrahmen für normale klinische Behandlungen gelten dürfen, wäre doch die prinzipielle Hinzufügung von Behandlungsstunden im Sinne des Behandlungsplanes eines zusätzlichen Verfahrens unökonomisch.

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

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

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

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

Für den Einsatz von EMDR als eine antragsgebundene Methode ist es allerdings notwendig, dass Gutachter entsprechend in der Methode ausgebildet sind, die sie beurteilen sollen. So kann z.B. die Suche nach einem bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung häufig nicht behandlungsrelevanten „unbewussten Konflikt“, wie er früher von Gutachtern gefordert wurde, den sinnvollerweise raschen Beginn einer PTBS Behandlung unnötig verzögern.

Patienten mit einer komplexen Gewaltvorgeschichte, meist in der Kindheit beginnend, leiden oft nicht nur unter einer PTBS, sondern an mehreren komorbiden Störungen, wie z.B. einer chronischen Depression, einer Persönlichkeitsstörung oder einer schweren dissoziativen Störung (Briere und Runtz 1988; Herman et al. 1998; Zanarini et al. 2002; Boon und Draijer 1993). Eine dafür charakteristische Gruppe sind z.B. die Patienten, die über körperliche Gewalt oder sexualisierte Gewalt in der Kindheit berichten. Auch bei dieser Patientengruppe ist eine Behandlung mit der EMDR-Methode Erfolg versprechend (van der Kolk, 2007). Ein wichtiges Problem ist jedoch, dass diese Patienten, auch wenn die PTBS-Symptomatik sich in ausgewählten Patientenpopulationen gut bessert und EMDR gute Erfolge zeigt, in der klinischen Realität doch deutlich längere Behandlungen als im Studiensetting, aber auch als in den meisten Richtlinientherapien vorgesehen, benötigen. So zeigt die Untersuchung der mehr als tausend Kontakte über die Anlaufstelle der unabhängigen Bundesbeauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Missbrauchs, Frau Dr. Bergmann, dass eine große Zahl behandelter Patienten mit komplexer Traumafolgestörung, wie auch die Mehrzahl der befragten Psychotherapeuten, über zu geringe Stundenkontingente für diese Patientengruppe berichteten. (Bergmann 2011a). Entsprechend gehörte zu dem Empfehlungen der unabhängigen Beauftragten des Bundesregierung auch eine Erweiterung der Stundenkontingente in den Behandlungen für die Betroffenen (Bergmann 2011b).

Aus Sicht der Fachgesellschaft der EMDR Therapeutinnen und Therapeuten, EMDRIA Deutschland e.V., ist dieser Mangel der unzureichenden Stundenkontingente für Patienten mit einer komplexen Ausprägung einer PTBS zu bestätigen.

Für diese umschriebenen Patientengruppen ist es daher sinnvoll, die verfahrensüblichen Stundenkontingente auf Antrag um eine zusätzliche Dauer von 25-50 EMDR-Sitzungen zu erweitern. Diese Regelung sollte aus Kosten-Nutzen Abwägungen auf die Gruppe der Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung mit komorbider komplexer Traumafolgestörung, auf schwere dissoziative Störungen und auf Patienten mit schwerer sexualisierter Gewalt in der Kindheit, die unter einer anderweitigen Traumafolgestörung leiden, eingeschränkt werden.

Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

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

a) zur Relevanz der medizinischen Problematik

b) zum Spontanverlauf der Erkrankung und

c) zu diagnostischen und therapeutischen Alternativen

(VerfO 2. Kapitel, § 10 Abs. 2 Nr. 2 a) bis c))

PTBS ist eine nicht selten auftretende Störung, die im Spontanverlauf häufig viele Jahre dauert. Die Einschränkungen, die mit einer PTBS verbunden sind, sind vergleichbar oder größer als die Einschränkungen durch andere psychische Störungen, die schwere Einschränkungen verursachen.

Die Einschränkungen durch eine PTBS sind speziell Probleme bei Ausbildungen, im Beruf, in Partnerschaften wie auch im täglichen Funktionsniveau. Suizidversuche, ein Indikator

von schweren Belastungen, sind besonders hoch bei Menschen mit einer PTBS. Menschen mit einer PTBS entwickeln häufig weitere psychische Störungen wie Angststörungen, Depressionen oder Suchterkrankungen. (Kessler 2000).

Am schwersten sind die Menschen betroffen, die längere Zeit in der Kindheit in einer traumatisierenden Umgebung leben und z.B. mit elterlicher Gewalt, Alkoholismus des Vaters und Depressionen der Mutter aufwachsen. Von diesen Kindern entwickeln etwa 30% später eine PTBS (Mulvihill 2003).

Forscher konnten eine deutliche Beziehung zwischen Kindheitstraumatisierungen und schweren körperlichen Erkrankungen wie koronarer Herzkrankheit, Krebserkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen und Lebererkrankungen nachweisen (Perry & Azad 1999).

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

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

a) Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten

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

c) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekostenabschätzung, und

In der Analyse zu den Kosten der PTBS stellte Kessler, der wesentliche Daten aus seiner repräsentativen nationalen Komorbiditätsstudie bezieht, folgendes fest (2000): Die gesellschaftlichen Kosten der PTBS umfassen eine deutlich erhöhte Rate von Ausbildungsabbruchern (40% erhöhte Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu Befragten ohne PTBS), frühen ungewollten Schwangerschaften (30% erhöht) und Partnerkonflikten (60% erhöht). In der Studie war auch das Risiko der Arbeitslosigkeit bei Befragten mit einer PTBS gegenüber denen ohne eine PTBS deutlich erhöht (150%). Alles dies sind Hauptfaktoren die in westlichen Gesellschaften wesentlich zu Abhängigkeiten von sozialen Hilfesystemen beitragen.

Addiert man die Zeiten des Arbeitsausfalls verursacht durch PTBS in den USA, kommt man bei Betroffenen auf durchschnittlich 3,6 Arbeitstage pro Monat. Hochgerechnet ergibt dies in den USA einen Produktivitätsverlust von jährlich 3 Milliarden US Dollar, wenn man die PTBS-Prävalenzen von Breslau (1998) zu Grunde legt.

Millen und Mitarbeiter (2003) schätzten die jährlichen medizinischen und psychischen Folgekosten von Kriminalität in den USA 1996 auf 166,5 Milliarden US-Dollar. Für die BRD liegen keine konkreten Zahlen vor. Kamolz et al. (2003) rechnen jedoch auch mit Kosten in vergleichbarer Höhe.

Stationäre Aufenthalte, Behandlungs- und Medikamentenkosten sind in diesen Untersuchungen nicht eingerechnet. Nur eine Minderheit der Menschen mit einer PTBS wird überhaupt unter dieser Diagnose behandelt.

Psychotherapie ist bei einer PTBS in den meisten Fällen die Methode der Wahl. Dabei ist eine traumaadaptierte Behandlung deutlich wirksamer als nicht-traumaadaptierte Psychotherapie (Bisson 2007).

Die von Wagner erstellte Metaanalyse (2004) zeigt, dass eine Behandlung mit EMDR von durchschnittlich 5 Sitzungen zu einer signifikanten und klinisch bedeutsamen Reduktion der posttraumatischen Symptomatik führen kann. Darüber hinaus vermag eine Behandlung mit EMDR komorbide Symptome wie Angst und Depression zu verringern.

Eines der sparsamsten Gesundheitssysteme in Europa (GB) empfiehlt daher bei einer PTBS mindestens einen Therapieversuch mit einer traumaspezifischen Psychotherapie wie EMDR durchzuführen (NICE 2005).

**d) Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden.
(VerfO 2. Kapitel, § 10 Abs. 2 Nr. 3 a) bis d)) siehe oben**

Van Etten und Taylor (1998) in ihrer Metaanalyse zu dem Schluss, dass sowohl EMDR als auch kognitive Verhaltenstherapie bei der Behandlung von erwachsenen Patienten mit einer diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung anderen Therapien, wie Hypnotherapie, Entspannungstraining und dynamischer Psychotherapie, überlegen sind. So wiesen beide Therapieformen im metaanalytischen Vergleich ähnlich hohe Effektstärken auf, sowohl direkt nach der Therapie als auch zu einem späteren Katamnesezeitpunkt. Trotz der ähnlich guten Wirksamkeit bemerkten die Autoren allerdings, dass EMDR effizienter war, da die durchschnittliche Behandlungsdauer bei EMDR geringer war als bei den kognitiv-behavioralen Therapien. So wiesen die EMDR Therapien im Durchschnitt 4,6 Behandlungssitzungen auf, verhaltenstherapeutische Therapien 14,8 Sitzungen. Ein ähnlicher Befund fand sich in der Studienübersicht von Sheperd (2000). In der später durchgeführten Studie von Power (2002), in der die bislang größte Patientenzahl mit PTBS untersucht wurde, bestätigte sich dieser signifikante Unterschied.

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

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

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

Ergänzungen

11. Stehen psychometrische Messinstrumente zur störungsspezifischen Diagnostik zur Verfügung und wenn ja, welche sind das? Bitte benennen Sie diese und machen Sie Angaben zur Validität, Reliabilität und Objektivität dieser Instrumente.

Revidierte Impact of Event Scale (IES-R)

Die interne Konsistenz (Cronbachs α) liegt für die Skala Intrusionen bei $\alpha = .90$, IES, für die Skala $\alpha = .79$, für die Skala Übererregung bei $\alpha = .90$. Die Retest-Reliabilität (3 Monate) betrug für Intrusionen $r_{tt} = .80$, Vermeidung $r_{tt} = .66$ sowie Übererregung $r_{tt} = .79$.

Maercker und Schützwohl überprüften die konvergente und divergente Validität des IES-R, wofür als konvergente Maße die klinischen Fremdbeurteilungen mittels Diagnostischem Interview bei Psychischen Störungen (DIPS) und für die divergente Validitätsschätzung die Summenwerte der Selbstbeurteilungsmaße SCL-90, BDI und BAI herangezogen wurden (Maercker & Schützwohl 1998). Die Interkorrelationen zwischen den IES-R- und zugehörigen DIPS-Symptomsummenwerten betrugen $r = .53$ (Vermeidung), $r = .59$ (Intrusionen) und $r = .72$ (Übererregung).

12. Welche Ausbildung/Weiterbildung sollte der Therapeut haben?

EMDR ist eine manualisierte Methode, die eine hohe gezielte Aktivität der Behandler während der Behandlungssitzungen verlangt. Es ist daher nicht verwunderlich, dass sich in zwei Metaanalysen der kontrollierten Studien zur Wirksamkeit der EMDR-Methode ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Effektivität von EMDR und der Behandlungstreue der in der Studie behandelnden Therapeuten zeigte (Sack et al. 2001; Maxfield & Hyer 2002). So war in einer Studie, in der die zwei Behandler lediglich einen Workshop zur EMDR-Methode besucht hatten, die Effektivität von 2 Sitzungen EMDR mit der Warteliste identisch, d.h. EMDR war uneffektiv (Jenssen 1994). Auf der anderen Seite war in einer Studie, in der die drei Behandler eine vollständige EMDR-Ausbildung

abgeschlossen hatten, sowie über 3-5 Jahre praktische Erfahrung mit EMDR verfügten, die Effektstärke von EMDR über 2 und signifikant der Behandlung mit einer unspezifischen behavioralen oder psychodynamischen Psychotherapie überlegen (Marcus 1997).

Bei der derzeitigen kurzen und fokussierten Ausbildung in der EMDR-Methode muss die Eingangsvoraussetzung auf Seite der Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten eine Berechtigung zur Ausübung von Psychotherapie nach dem Psychotherapeutengesetz sein (Approbation als Psychotherapeut/in oder Arzt/Ärztin mit entsprechendem Facharzt- oder Zusatztitel). Falls EMDR im Kinder- und Jugendbereich zugelassen wird, sollten analoge Regelungen gelten.

Ein großes Problem der derzeitigen Psychotherapeutenausbildung ist, das bislang in den Aus- und Weiterbildungscurricula der psychologischen Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärzte- und Fachärzte nur unzureichend traumaadaptierte Psychotherapie vorkommt. Der einzige Facharztabschluss in dessen Curriculum traumaadaptierte Psychotherapie erwähnt ist der Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie bei dem das Gebiet Psychotraumatologie explizit in den Theorieinhalten angesprochen wird (Aekno 2008).

Es verwundert daher nicht, dass sich die auch in Deutschland zunehmend in evidenzbasierter Behandlung im Bereich der PTBS tätigen Psychotherapeuten mangels nationaler Standards an europäischen und internationalen Standards orientiert haben. Dies hat u.a. zur Gründung von eigenen psychotraumatologisch orientierten Fachgesellschaften geführt. Die von der Mitgliederzahl her größte ist die Fachgesellschaft der EMDR-Therapeutinnen und Therapeuten. EMDRIA Deutschland e.V., die seit 12 Jahren die Qualitätskontrolle der EMDR-Methode in Ausbildung und Anwendung in Deutschland zum Ziel hat. In Deutschland hat EMDRIA Deutschland e.V., derzeit ca. 1500 Mitglieder. Dort hat man sich, mangels nationaler Regelungen entschieden, die bei Einsatz der EMDR-Methode bewährten internationalen Regelungen weitgehend auch in Deutschland umzusetzen.

Aus diesen Erfahrungen heraus wird die EMDR-Methode daher heute nach den internationalen Standards zur Qualitätssicherung, in standardisierten Seminaren mit Theorievermittlung, Selbsterfahrung in Kleingruppen und spezifischen Fallsupervisionen theoretisch wie praktisch umfassend gelehrt. Die Ausbildung ist nach den europäischen Standards der EMDR Fachgesellschaften überall in Europa angeglichen.

Für EMDR-Ausbilder ist eine Erfüllung der Regeln der nationalen und europäischen EMDR-Fachgesellschaften daher aus Gründen der Qualitätssicherung für die Patienten unbedingt zu fordern. Diese verlangt den Nachweis therapeutischer Erfahrung und eine strukturierte Ausbildung zum EMDR-Ausbilder nach den Regeln der Fachgesellschaft.

Bis zu einer bundesweiten Regelung durch die Ärzte- oder Psychotherapeutenkammern sollte die Zulassung zur Abrechnung EMDR spezifischer Leistungen nach den Qualitätskriterien der Fachgesellschaft EMDRIA Deutschland e.V. stattfinden, die über viele Jahre bundesweit etabliert wurden. In Abstimmung mit der europäischen Fachgesellschaft EMDREA wurde ein Zertifizierungsprozess entwickelt, so dass die Kompetenz des Therapeuten / der Therapeutin durch ein Zertifikat bestätigt wird. Die Fachgesellschaft hat seit 1998 ca. 1500 ärztliche und psychologische Psychotherapeuten als „EMDR-Therapeuten (EMDRIA)“ nach diesen international anerkannten Standards zertifiziert.

13. Zusätzliche Aspekte

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

14. Interessenskonflikte

EMDRIA Deutschland e.V. ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der EMDR-Therapeutinnen und EMDR-Therapeuten in Deutschland. Ein wichtiges Ziel der Gesellschaft ist die Qualitätssicherung der EMDR-Methode in Behandlung und Ausbildung.

Hiermit erklären wir, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Literatur:

- Ärzttekammer Nordrhein (2008) Weiterbildungsordnung für Psychosomatik und Psychotherapie http://www.aekno.de/downloads/aekno/27-Psychosomatische_Medizin_und_Psychotherapie.pdf
- Bisson JL (2007). Eye movement desensitisation and reprocessing reduces PTSD symptoms compared with fluoxetine at six months post-treatment. *Evid Based Ment Health* ; **10(4)** :118
- Bisson J & Andrew M (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Art. No. CD003388. Doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub3
- Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* **190()** :97-104
- Boon S, Draijer N. (1993). Multiple personality disorder in the Netherlands: a clinical investigation of 71 patients; 158: 1248-51
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216-222
- Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:626-632
- Briere JN, Runtz M (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimisation in a non clinical adult sample. *Child Abuse Neglect*. 12: 51-59
- Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Flatten G. (2004) Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung. In: Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Wöller W, Petzold ER. Posttraumatische Belastungsstörung – Leitlinie und Quellentext 2. Auflage. Schattauer, Stuttgart.
- Helzer JE, Robins LN, McEnvoy L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population: findings of the epidemiological catchment area survey: *N Engl. J Med*. 317:1630-22
- Hembree EA, Foa EB, Dorfman NM, Street GP, Kowalski J, Tu X (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *J Trauma Stress*; **16(6)** :555-62
- Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 146: 490-5
- Hofmann A (1999, 2004). EMDR – Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Thieme Stuttgart.
- Hofmann A (2010). The inverted EMDR standard protocol for unstable complex PTSD. In: Luber: EMDR scripted protocols – special populations. 313-316.

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

Karatzias A, Power K, McGoldrick T, Brown K, Buchanan R, Sharp D & Swanson V (2006). Predicting treatment outcome on three measures for post-traumatic stress disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*; 20: 1-7

Kessler RC (2006). Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society. *J Clin Psychiatry* 2000;61[suppl 5]:4-12

Jensen, J. A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 25(2), 311-325.

Lee C, Gavriel H, Drummond P, Richards J, Greenwald R (2002). Treatment of PTSD: stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *J Clin Psychol*; **58(9)** :1071-89

Linden, M. & Hautzinger, M. (2008). *Verhaltenstherapiemanual*. Springer Verlag GmbH.

Maercker A & Schützwohl M (1998) Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version. *Diagnostica*, 44, 130-141.

Marquis, J.N. (1991). A report of seventy-eight cases treated by Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *J Behav Ther & Exp Psychol*; 22(3): 187-192

Maxfield, L., Hyer, L. (2002). "The Relationship between Efficacy and Methodology in Studies Investigating EMDR Treatment of PTSD." *J Clin Psychol* **58(1)**: 23-41.

Miller TR, Cohen MA, Wieserma B (2003) Victims costs and consequences, a new look. Washington DC: United States Department of Justice, National Institute of Justice Research Report.

Mulvihill (2005) The Health Impact of Childhood Trauma. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:115–136.

Perry, B. D., & Azad, I. (1999). Post traumatic stress disorders in children and adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 11(4), 121–132.

Power, K., T. McGoldrick, et al. (2002). "A Controlled Comparison of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Versus Exposure Plus Cognitive Restructuring Versus Waiting List in the Treatment of Post-traumatic Stress Disorder." *Clin. Psychol. Psychotherap.* **9**: 299-318.

Rothbaum, B. O., M. C. Astin, et al. (2005). "Prolonged Exposure Versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) For PTSD Rape Victims." *Journal of Traumatic Stress* **18(6)**: 607-616.

Sack, M., W. Lempa, et al. (2001). "Study quality and effect-sizes - a metaanalysis of EMDR-

treatment for posttraumatic stress disorder." Psychother Psychosom Med Psychol **51**(9-10): 350-5.

Schubert, S., & Lee, C. W. (2009). Adult PTSD and its treatment with EMDR: A review of controversies, evidence, and theoretical knowledge. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 117-132.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*, 2nd Ed.. New York: Guilford Press

Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 933-946

Sheperd J, Stein K, Milne R (2000). EMDR in the treatment of PTSD: a review of an emerging therapy. *Psychol Med*. 30: 863-871.

van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007, January). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 37-46.

Van Etten, M. L. und S. Taylor (1998). "Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis." *Clinical Psychology and Psychotherapy* **5**: 126-144.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (6.7.2006). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. <http://www.wbpsychotherapie.de>

Wöller, W. & Kruse, J. (2010). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden*. Schattauer Verlag.

Zanarini MC, Yong L, Frankenberg FR, Hennen J, Bardford Reich D, Marino MF, Vujanovic AA (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline patients. *J Nerv Ment Dis*; 190:381-7