

Evidenzbasierte und Leitlinien-gestützte Psychotherapie – die aktuelle Evidenz in der Verhaltenstherapie bei Erwachsenen

Rafael Rabenstein

Zusammenfassung:

In Zeiten von Kostendruck und zunehmendem Anspruch der Qualitätssicherung im Gesundheitssystem steigen auch die Qualitätsanforderungen in der Psychotherapie. Analog zur evidenzbasierten Medizin gibt es in vielen Ländern Behandlungsleit- und Richtlinien, die sich an der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz, der Wirksamkeit und Effizienz, einzelner Verfahren orientieren. Im Rahmen dieser Übersichtsarbeit soll geklärt werden, welchen Empfehlungsgrad die Verhaltenstherapie in international verbreiteten Behandlungsleit- und Richtlinien hat. Exemplarisch werden die S3-Leitlinien (Stufenklassifikation, S3 ist die höchste Stufe der Evidenz- und Konsensbasierung in Deutschland) und die NICE Guidelines (National Institute for Health and Care Excellence in Großbritannien) ausgewählt.

In der folgenden Übersichtsarbeit wird mittels Literaturrecherche der aktuelle Stand der Empfehlungen in den S3- und NICE-Leitlinien der Verhaltenstherapie, bzw. verhaltenstherapeutischer Interventionen, zusammenfasst und die beiden Leitlinien werden gegenübergestellt.

In nahezu allen aktuellen Leitlinien werden verhaltenstherapeutische Interventionen angeführt und empfohlen. Diese Empfehlungen orientieren sich am Nachweis über Wirksamkeit und Kosteneffizienz der jeweiligen Behandlungsmethode (NICE - National Institute for Health and Care Excellence, GRADE - Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

Schlüsselwörter: Evidenzbasierte Psychotherapie, Leitlinien, Evidenz, Verhaltenstherapie, KVT

Abstract:

In times of economic pressure and increasing demand for quality management in the health system, the quality requirements in psychotherapy are also increasing. Analogous to evidence-based medicine, there are treatment guidelines and recommendations in many countries based on the current scientific evidence, the effectiveness and efficiency of different treatments. In the context of this review, it is to be clarified which recommendation degree behavioral therapy has in internationally accepted treatment guidelines and recommendations. For example, the S3 Guidelines (the highest class of evidence-based guidelines in Germany) and the NICE Guidelines (National Institute for Health and Care Excellence, Great Britain) are selected.

In the following review, a literature review summarizes and compares the current status of recommendations in the S3 and NICE guidelines of behavior therapy and behavioral interventions.

Almost all current guidelines cite and recommend behavioral interventions. These recommendations are based on evidence of efficacy and cost-effectiveness of the respective treatment method (NICE, GRADE).

Keywords: Evidence-based psychotherapy, guidelines, evidence, behavioral therapy, CBT

Hintergrund

In Zeiten von Kostendruck und zunehmendem Anspruch der Qualitätssicherung im Gesundheitssystem steigen auch die Qualitätsanforderungen in der Psychotherapie (Fydrich & Schneider, 2007). Analog zur evidenzbasierten Medizin gibt es in vielen Ländern Behandlungsleit- und Richtlinien (Kächele & Strauß, 2008), die sich an der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz, der Wirksamkeit und Effizienz, einzelner Verfahren orientieren.

Die Wirksamkeit von Psychotherapie und psychologischer Behandlungen wurde in mehreren Metanalysen nachgewiesen (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012; Wampold & Imel, 2015). Auch wenn die anfänglichen Effektstärken bei genauerer Betrachtung nicht mehr so groß sind wie ursprünglich angegeben, kann eine mittlere Effektstärke angenommen werden (Lambert, 2013). Wampold und Imel (2015) haben die Diskussion um die Wirksamkeit von Psychotherapie in den letzten Jahren mit ihrer These, dass alle psychotherapeutischen Verfahren gleich wirksam bzw. unwirksam (Eysenck, 1952) sind, weiter zugespitzt.

Auch wenn zum Beispiel durch Cuijpers et al. (2013) die Effekte von Psychotherapie bei Depressionen in Frage gestellt wurden, sind bei anderer Betrachtung und Re-Analyse der Daten weiterhin mittlere bis hohe Effekte zu finden (Munder et al., 2018).

Als Kriterium für die Zulassung als anerkannte Psychotherapiemethode setzen viele Länder, wie beispielsweise Deutschland, einen Wirksamkeitsnachweis psychotherapeutischer Methoden voraus (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2010). Nicht nur für die Zulassung einer Methode ist ein wissenschaftlich fundierter Wirksamkeitsnachweis notwendig, sondern auch für die Kostendeckung laufender Behandlungen – *sozialrechtliche Zulassung*. Verhaltenstherapie, oder auch kognitive Verhaltenstherapie, ist eine Methode, die sich schon immer mit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen auseinandersetzt und diese in ihr Handeln integriert.

Abgesehen von der Diskussion, ob Psychotherapie generell wirksam ist, besteht jedoch die Notwendigkeit, spezifische Therapieverfahren auf ihre Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit und Effizienz zu prüfen. Diese Erkenntnisse dienen dazu, diese in Form von Empfehlungen einer breiten Masse an Patient*innen zur Verfügung stellen zu können.

In Form von S3-Leitlinien (Stufe 3 Leitlinie, höchste Stufe der Evidenz im Konsens von Experten*innen und nach Prüfung der Evidenzlage) der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in Deutschland und den Guidelines des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in Großbritannien werden Mindestqualitätskriterien vorgeschrieben, die sich an der Evidenz der jeweiligen Methode orientieren. In den Richtlinien werden die wissenschaftliche Evidenz aller

medizinischen und psychosozialen Interventionen zusammengefasst und Empfehlungen für die Regelversorgung gegeben. Diese Leitlinien werden regelmäßig überarbeitet und geben den aktuellen wissenschaftlichen Stand der Behandlungsverfahren wieder. Es gibt zwei verschiedene Bewertungssysteme für die Beurteilung von Behandlungsempfehlungen und Evidenz in den Leitlinien (siehe Tabelle 1). Beide beziehen sich auf die Qualität der empirischen Datenlage (GRADE - Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE working group, 2004; Meerpohl et al., 2012) zu den einzelnen Therapieverfahren. Die NICE-Guidelines beziehen sich direkt auf die Evidenz nach dem GRADE-System, die S3-Leitlinien geben die Evidenz in Form von Empfehlungsgraden bzw. Empfehlungsstärken an. Neben den Empfehlungen A-0 hat sich in den S3-Leitlinien auch ein sogenannter *Expertenkonsens* bzw. *klinischer Konsensuspunkt* (= *KKP*) etabliert. Diese Empfehlung bezieht sich auf etablierte Interventionen, für die aber eine ausreichende Evidenz fehlt.

In Tabelle 1 werden den Evidenzgraden nach GRADE die Empfehlungsgrade der S3-Leitlinien gegenübergestellt, wobei Empfehlungsgrad A einen hohen Evidenzgrad widerspiegelt.

Die GRADE Working Group existiert seit 2000. Ihr Ziel ist, ein einheitliches System zur transparenten Beurteilung der Qualität, der Evidenz und des Empfehlungsgrades zu entwickeln und die Bereiche zu untersuchen, bei denen das System Anwendung finden kann.

GRADE unterscheidet zwischen Beurteilung der Qualität im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit und der Beurteilung der Qualität innerhalb des Prozesses der Leitlinienentwicklung. Aus diesem Grunde bietet GRADE zwei Definitionen für *Qualität der Evidenz* an (Meerpohl et al., 2012).

In angloamerikanischen Publikationen werden oft Kognitive Therapie – Cognitive Therapy (CT), Verhaltenstherapie – Behavioral Therapy (BT) bzw. kognitive Verhaltenstherapie – Cognitive Behavioral Therapy (CBT) getrennt angeführt. Da die Ausbildung in kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) im deutschsprachigen Raum alle Elemente dieser Methoden enthält und es keine getrennten Ausbildungswege gibt, wird in diesem Artikel die Bezeichnung kognitive Verhaltenstherapie (KVT) verwendet.

GRADE		S3-Empfehlungsgrad	
Klasse Ia:	Evidenz durch Meta-Analysen von mehreren randomisierten, kontrollierten Studien	A	<i>Soll</i> -Empfehlung,
Klasse Ib:	Evidenz aufgrund von mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie		<i>Soll-nicht</i> -Empfehlung
Klasse IIa:	Evidenz aufgrund von mindestens einer gut angelegten, jedoch nicht randomisierten und kontrollierten Studie	B	<i>Sollte</i> -,
Klasse IIb:	Evidenz aufgrund von mindestens einer gut angelegten quasi-experimentellen Studie		<i>Sollte-nicht</i> -Empfehlung
Klasse III:	Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht-experimenteller deskriptiver Studien, wie etwa Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fall-Kontroll-Studien	O	<i>Kann</i> -Empfehlung
Klasse IV:	Evidenz aufgrund von Berichten der Experten-Ausschüsse oder Expertenmeinungen bzw. klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten		

Tabelle 1: Evidenzstufen (GRADE - Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE working group, 2004) und Empfehlungsgrad (AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., 2008)

Im Rahmen dieser Übersichtsarbeit soll geklärt werden, ob und in welchem Ausmaß die Verhaltenstherapie – im Folgenden mit KVT für kognitive Verhaltenstherapie abgekürzt – in den aktuellen Leitlinien empfohlen wird, mit welchem Empfehlungsgrad (A - O) und welche Evidenz diese Empfehlungen zugrunde liegt.

Methodik

Der erste Schritt umfasst die Sichtung aller aktuellen Leitlinien des NICE - National Institute for Health and Care Excellence und der AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. bzw. der DGPPN - Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie für psychische Störungen. Im Anhang (Appendix: Tabelle A1) sind die aktuellen Leitlinien in einer Übersicht aufgelistet.

Im zweiten Schritt werden die Leitlinien nach Empfehlungen nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2011) für die psychotherapeutischen und psychologischen Interventionen untersucht, um den aktuellen Evidenz- und Empfehlungsgrad zu erfassen.

Ausgeschlossen werden die Diagnosegruppen nach ICD-10 F7, F8 und F9, da hierfür keine S3- und NICE-Leitlinien vorhanden sind. F0-Diagnosen (AWMF, 2016a; NICE, 2018a) sind ebenfalls ausgeschlossen worden, obwohl Leitlinien existieren. Aus der Diagnosegruppe F9 wurde nur die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – ADHS eingeschlossen, allerdings im Erwachsenenalter. Im ICD-10 scheint diese Diagnose derzeit nicht auf, jedoch im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-5 (Falkai et al., 2015) und im kommenden ICD-11.

Ergebnisse

Eine Übersicht und Gegenüberstellung der Leitlinien ist in Tabelle 2 zu finden. Im Näheren wird auf die Ergebnisse der Störungen und Störungsgruppen nach dem ICD-10 (Dilling et al., 2011) eingegangen.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Panikstörung (mit/ohne Agoraphobie)

Nach den Guidelines zur Panikstörung (NICE, 2011a, 2011c) sind KVT-Ansätze, also Interventionen die einen verhaltenstherapeutischen Ursprung haben, Mittel der Wahl. Menschen mit geringer Symptomatik profitieren auch von Selbsthilfe-Programmen, welche sich an KVT-Prinzipien orientieren.

Die S3-Leitlinie (DGPM, 2014) gibt eine hohe Evidenz (1a nach GRADE) und einen hohen Empfehlungsgrad (A) für KVT mit Exposition für die Behandlung der Panikstörung an. Expertenkonsens besteht, dass eine KVT bei Panikstörung mit Agoraphobie Exposition beinhalten soll. Empfehlungsgrad B für psychodynamische Therapie gibt es, wenn eine KVT unwirksam ist. Eine Gesprächspsychotherapie wird mangels Evidenz abgelehnt.

Soziale Phobien

Sowohl Einzel- als auch Gruppenverhaltenstherapie werden in den NICE-Guidelines (NICE, 2013) empfohlen. Patient*innen können bei Ablehnung einer KVT eine Psychodynamische Kurzpsychotherapie in Anspruch nehmen, bei geringerer Evidenz und höheren Kosten.

Laut S3-Leitlinien (DGPM, 2014) soll (Empfehlungsgrad A) eine KVT bei sozialen Phobien angeboten werden. Expertenkonsens besteht bei KVT in Gruppen, ebenso für computer- bzw. internetbasierte KVT.

Generalisierte Angststörung

KVT ist die Therapie der Wahl der generalisierten Angststörungen nach den NICE-Guidelines (NICE, 2011a, 2011c). Bei schweren oder moderaten Verläufen werden KVT oder Entspannungsverfahren empfohlen. Bei leichten Störungen sind auch an KVT angelegte Selbsthilfeprogramme möglich.

Eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie wird für die generalisierte Angststörung in den S3-Leitlinien (DGPM, 2014) empfohlen, Empfehlungsgrad A. Das Verfahren soll sich nach den Wünschen der Patient*innen orientieren.

Spezifische Phobien

Expositionstherapie *soll* nach den S3-Leitlinien (DGPM, 2014) zur Behandlung spezifischer Phobien eingesetzt werden, Empfehlungsgrad A bei hoher Evidenz. Expertenkonsens besteht beim Einsatz von virtueller Realität im Rahmen der Expositionstherapie.

Zwangsstörung

Es werden alle Varianten der KVT mit Exposition und Reaktionsmanagement in den NICE-Guidelines (NICE, 2005) empfohlen. Entscheidend und wichtiger dürfte die Anwendung der Exposition mit Reaktionsverhinderung sein.

Nach den S3-Leitlinien (AWMF, 2013) für Zwangsstörungen soll eine störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einschließlich Exposition und Reaktionsmanagement als Psychotherapie der ersten Wahl angeboten werden (Empfehlungsgrad A, also als *Soll*-Empfehlung). Zur Behandlung von Patient*innen mit Zwangsstörungen kann auch die Anwendung der Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Erwägung gezogen werden. Die Acceptance and Commitment Therapy nach Hayes, Strosahl und Wilson (2004) ist ein verhaltenstherapeutisches Verfahren mit achtsamkeitsbasierten Elementen und Interventionen zur Wertklärung. Auch Strategien zur Akzeptanz sind wesentlicher Bestandteil.

Somatoforme Störungen

In den S3-Leitlinien (DGPM, 2014) zu funktionellen Körperbeschwerden wird ein starker Konsens für Psychotherapie angegeben. Für Verfahren wie (kognitive) Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie oder Hypnotherapie besteht ein Expertenkonsens.

Für somatoforme Störungen liegen derzeit keine NICE-Guidelines vor.

PTSD (posttraumatic stress disorder)

In den NICE-Guidelines (NICE, 2011c) wird eine traumaspezifische KVT oder EMDR-Behandlung (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) empfohlen. Bei akuter Traumatisierung wird eine psychosoziale Begleitung nahegelegt.

Die S3-Leitlinie (Flatten et al., 2011) zur PTSD ist abgelaufen, also seit über 5 Jahren nicht mehr aktualisiert worden. Es gibt aber einen hohen Empfehlungsgrad für Traumatherapie (KVT und Psychodynamische Therapie) an. Adjuvante Verfahren, wie Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie oder Physiotherapie, *können* (Empfehlungsgrad 0) in einem traumaspezifischen Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt werden.

Affektive Störungen

Depressive Störung

Die NICE-Guidelines (NICE, 2009a) empfehlen KVT, achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT), KVT-Paartherapie und Interpersonelle Therapie (IPT). Für mildere, weniger schwere Verläufe werden außerdem strukturierte Bewegungsangebote/Sport und computergestützte KVT nahegelegt.

Die S3-Leitlinien (DGPPN, 2017) empfehlen keine spezifischen Therapieansätze für Depressionen. In Verbindung mit Komorbiditäten werden allerdings KVT, psychodynamische Kurzzeittherapien und IPT genannt und empfohlen (Empfehlungsgrad A). Ebenso wird Psychotherapie im Sinne der Rezidivprophylaxe mit dem Empfehlungsgrad A angegeben. Bei Double Depression, schweren Depressionen und chronischer Depression ist eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer.

Bipolare affektive Störung

Die NICE-Guidelines (NICE, 2014a) beinhalten Empfehlungen für KVT, KVT-Paartherapie und interpersonelle Therapie. Es wird ein eigens entwickeltes evidenz-basiertes Manual angeboten, welches hauptsächlich aus verhaltenstherapeutischen Interventionen besteht.

Die S3-Leitlinien zu bipolaren Störungen (AWMF, 2012) geben keine Evidenz bei der Behandlung einer gemischten Episode im Rahmen einer bipolaren Störung an. Im Rahmen der Rezidivprophylaxe *sollte* (Empfehlungsgrad B) kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapie angeboten werden.

Zur Behandlung und zur Rezidivprophylaxe depressiver Episoden während einer bipolaren Störung sollte eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapie und interaktive Gruppenpsychoedukation angeboten werden. Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung manischer Episoden einer bipolaren Störung *sollte* eine ausführliche und interaktive Gruppenpsychoedukation durchgeführt werden.

Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung manischer Episoden einer bipolaren Störung kann (Empfehlungsgrad 0) eine einfache Psychoedukation, die auf das Erkennen von Frühwarnzeichen fokussiert, durchgeführt werden. Auch eine familienfokussierte Therapie *kann* angeboten werden.

Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren

Essstörungen

Die NICE-Guidelines (NICE, 2017) empfehlen für die Anorexie folgende Therapiemanuale: individual eating-disorder-focused cognitive behavioural therapy (CBT-ED), Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) und specialist supportive clinical management (SSCM).

Für Bulimie und Binge Eating werden verhaltenstherapeutisch-orientierte Selbsthilfeprogramme und eine essstörungsspezifische Einzel- und Gruppenverhaltenstherapie (CBT-ED) empfohlen.

In den S3-Leitlinien (AWMF, 2010) zu Essstörungen werden Anorexia nervosa und Bulimia nervosa angeführt. Für die Bulimie ist eine ambulante KVT erste Wahl (mit einer Empfehlungsstärke *B*). Wenn eine KVT nicht zur Verfügung steht, sich im Einzelfall als nicht wirksam erweist oder nicht gewollt wird, sollte die IPT (*B*) als Alternative herangezogen werden. Die psychodynamische Psychotherapie kann empfohlen werden (Empfehlungsgrad *O*). Für die Anorexia nervosa wird eine ambulante evidenzbasierte Psychotherapie empfohlen, entweder KVT, psychodynamische Therapie oder familientherapeutische Interventionen.

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Abhängigkeitserkrankungen

In den NICE-Guidelines (NICE, 2007) zu Abhängigkeitserkrankungen und Missbrauch werden Empfehlungen zur KVT bei Cannabis-, Opioid- und Stimulanzienabhängigkeit angeführt. Kontingenzmanagement wird als extra Interventionsform mit hoher Evidenz angeführt. Im deutschsprachigen Raum ist dies allerdings eine in die Verhaltenstherapie integrierte Intervention (Brakemeier & Jacobi, 2017).

Insgesamt wird die KVT, besonders verhaltenstherapeutische Paar- und Familientherapie als Empfehlung angegeben. Für Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit wird in der NICE-Richtlinie (NICE, 2011b) ebenfalls KVT empfohlen.

S3-Leitlinien: Verhaltenstherapie und motivationale Intervention (vor allem die motivationale Gesprächsführung) in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit (S3-Leitlinie, AWMF, 2016b) weisen eine hohe Empfehlungsstärke mit *A* auf, psychodynamische Interventionen einen Empfehlungsgrad *B*. Die S3-Leitlinie zur Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums (AWMF, 2015) gibt Verhaltenstherapie als *Soll*-Empfehlung (*A*) an. Psychodynamische Therapien und Hypnotherapie werden mit der Empfehlung *O*, also Expertenmeinung, bzw. *kann genannt*. Zu anderen Suchterkrankungen liegt nur die S3-Leitlinie *Methamphetamin-bezogene Störungen* (Drogenbeauftragte, Bundesministerium für Gesundheit, 2016) vor. Jedem Methamphetamin-Konsumierenden *soll* unabhängig vom Vorliegen einer Abhängigkeitsdiagnose ein bedarfs- bzw. motivationsgerechtes psychotherapeutisches Beratungs- bzw. Therapieangebot gemacht werden. Mittlere Evidenz und Empfehlungsstärke liegt bei der Verhaltenstherapie mit motivierenden und psychoedukativen Interventionen vor.

Psychosen (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen)

Die NICE-Guidelines (NICE, 2014b) empfehlen KVT in allen Krankheitsphasen und zur Prävention von Psychosen. Zusätzlich werden verhaltenstherapeutische Familieninterventionen

bei Patient*innen, die mit Angehörigen zusammenleben, empfohlen. Auch zur Behandlung komorbider Störungen soll KVT angewendet werden.

Die S3-Leitlinien (DGPPN, 2019) geben bei der Behandlung von Psychosen KVT die Empfehlungsstärken *A* bis *B*. In der Prodromalphase und zur Prävention von Psychosen wird KVT mit Empfehlungsgrad *A* angegeben. In der Rückfallprophylaxe werden Familieninterventionen mit dem Empfehlungsgrad *A*, also *soll* empfohlen. Psychodynamische oder psychoanalytische Therapien bei Schizophrenie erreichen ebenfalls den Empfehlungsgrad *A*. Gesprächspsychotherapie wird wegen mangelnder Wirksamkeit abgelehnt.

Persönlichkeitsstörungen (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen)

NICE-Guidelines (NICE, 2009c) empfehlen strukturierte und störungsspezifische Psychotherieverfahren, ebenso ein einheitliches Behandlungskonzept für Teams. Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) und psychodynamische Therapie haben die größte Evidenz aufzuweisen. Allerdings ist die Studienlage unzureichend. Nur für Frauen mit selbstverletzendem Verhalten wird DBT empfohlen. Ansonsten gibt es auch nach der neuerlichen Überprüfung der Evidenz (NICE, 2009c) keine darüberhinausgehende Empfehlung für ein spezifisches Therapieverfahren. Für die antisoziale-dissoziale Persönlichkeitsstörung werden Einzel- und Gruppen-Verhaltenstherapie empfohlen (NICE, 2009b).

Für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen gibt es derzeit keine S3-Leitlinie, lediglich eine S2-Leitlinie (DGPPN, 2009) ist vorhanden. S2-Leitlinien haben entweder einen Expertenkonsens oder zumindest eine schwache Evidenz-Basierung. Ein S3-Leitlinienvorhaben zur Borderline-Störung ist angemeldet.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

In den NICE-Guidelines (NICE, 2018b) gibt es Empfehlungen für KVT mit störungsspezifischen Interventionen für Jugendliche und Erwachsene, vor allem bei moderaten Symptomen, wobei die Evidenzlage derzeit unzureichend ist.

Im Rahmen der S3-Leitlinien (AWMF, 2018) gibt es für Psychoedukation einen Expertenkonsens - KPP (klinischer Konsenspunkt; *good clinical practise*). Es gibt sehr gute Wirknachweise für KVT in der Gruppe unter Einbezug von DBT. Ebenfalls gute Effekte (mindestens eine in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte randomisierte Kontrollgruppenstudie mit signifikanten Effekten bzgl. ADHS-Symptomen) gibt es für das Therapieprogramm von Safren et al. (2005).

ICD-10-Diagnosen	S3	NICE
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	<p>Alkohol: Empfehlungsgrad A: KVT und Motivationale Gesprächsführung Empfehlungsgrad B: psychodynamische Therapien</p> <p>Tabak: Empfehlungsgrad A: KVT Empfehlungsgrad O: psychodynamische Therapien und Hypnotherapie</p>	<p>Alkohol: Positive Effekte mit guter Evidenzbasis für: KVT, VT allg., Paartherapie; psychodynamische Kurzzeittherapie Moderate Evidenz für: Motivierungsansätze und Kurzinterventionen</p> <p>Cannabis, Opiode, Stimulanzien: KVT, KVT Paar- und Familientherapie, Kontingenzmanagement</p>
F2 Schizophrene, schizotype und wahnhafte Störungen	<p>Empfehlungsgrad B: psychoedukative Interventionen mit geeigneten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen, soziales Kompetenztraining</p> <p>Empfehlungsgrad A: KVT in präpsychotischer Phase und bei Behandlungsresistenz, Familieninterventionen, psychodynamische Therapien</p>	<p>KVT und Familieninterventionen in allen Krankheitsphasen</p>
F3 Affektive Störungen	<p>Depression: Empfehlungsgrad A: keine spezifischen Therapieverfahren – Psychotherapie angeben, Kombinationstherapie PTH + Pharmaka empfohlen, KVT, IPT bei bestehenden Komorbiditäten</p> <p>Bipolare Störung: Depressive Phasen: Empfehlungsgrad B: KVT, familienfokussierte Therapie, interpersonelle und soziale Rhythmustherapie Empfehlungsgrad B und O: Rezidivprophylaxe mit KVT Bei leichten manischen oder hypomanischen Phasen: Empfehlungsgrad O: Kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation, familien-fokussierte Behandlung</p>	<p>Depression: KVT, IPT und Mindfulness Based Cognitive Therapy, internetbasierte KVT und Selbsthilfegruppen</p> <p>Bipolare Störung: Depressive Phasen: KVT, KVT Paartherapie, IPT Familieninterventionen Rückfallprophylaxe: KVT Manual</p>
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	<p>Panikstörung, soziale Phobien und spezifische Phobien: Empfehlungsgrad A: KVT und Exposition</p> <p>Generalisierte Angststörung: Empfehlungsgrad A: Kombination aus Psychotherapie und Psychopharmaka</p> <p>Somatoforme Störungen: KPP - Expertenkonsens für Verhaltenstherapie</p> <p>PTSD: Empfehlungsgrad A: traumaspezifische Psychotherapie KVT und psychodynamische Therapie</p> <p>Zwangsstörung: Empfehlungsgrad A: störungsspezifische KVT einschließlich Exposition und Reaktionsmanagement; Empfehlungsgrad O: ACT</p>	<p>Panikstörung und GAS: KVT</p> <p>Soziale Phobien: KVT</p> <p>PTSD: Trauma spezifische KVT EMDR</p> <p>Zwangsstörung: KVT mit Reaktionsverhinderung</p>
F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren	<p>Anorexie: Empfehlungsgrad B: Ambulante evidenzbasierte Psychotherapie</p> <p>Bulimie: KVT (B) > IPT (B), psychodynamische Therapien (O)</p>	<p>Anorexie: Essstörungsspezifische KVT (eating-disorder-focused cognitive behavioural therapy CBT-ED)</p> <p>Bulimie und Binge Eating: Essstörungsspezifische KVT (eating-disorder-focused cognitive behavioural therapy CBT-ED) KVT Selbsthilfeprogramme</p>
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	<p>Keine S3-Leitlinie vorhanden</p> <p>S2-Leitlinie: Störungsspezifische Therapien, KVT und psychodynamische Therapien</p>	<p>Borderline Persönlichkeitsstörung: Kein spezifisches Therapieverfahren, DBT und psychodynamische Therapien höchste Evidenz DBT bei selbstverletzenden, weiblichen Pat.</p> <p>Dissoziale Pst.: KVT Gruppe und Einzel</p>
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (inkl. ADHD im Erwachsenenalter, nicht im ICD-10 erhalten)	<p>ADHD Erwachsene: KPP - Expertenkonsens für Psychoedukation, Empfehlungsgrad B: KVT Wirksamkeitsnachweis sehr gut KVT mit DBT-Interventionen</p>	<p>ADHD Erwachsene: KVT bei moderater Symptomatik und als Kombinationstherapie bei mittlerer und schwerer, ebenfalls Psychoedukation Allerdings unzureichende Evidenz</p>

Tabelle 2: Übersicht über die Empfehlungen der NICE- und S3-Richtlinien

Diskussion

In Nahezu allen aktuellen Leitlinien werden verhaltenstherapeutische Interventionen angeführt und empfohlen. Diese Empfehlungen orientieren sich am Nachweis über Wirksamkeit und Kosteneffizienz der jeweiligen psychotherapeutischen Behandlungsmethode (NICE, GRADE). Verhaltenstherapie ist derzeit die Psychotherapie erster Wahl bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (NICE, 2005, 2011c, 2013; S3, 2011, 2014), bei affektiven Störungen (NICE, 2009a), bei Abhängigkeitsstörungen (NICE 2007, 2011b; S3, 2015; Drogenbeauftragte, Bundesministerium für Gesundheit, 2016), bei Essstörungen (S3, 2010) und bei ADHD (NICE, 2018b; AWMF, 2018). Bei Psychosen und Persönlichkeitsstörungen wird KVT empfohlen, allerdings auch andere Therapieverfahren. Bei der dissozialen Persönlichkeitsstörung wird bei NICE (NICE, 2009b) die KVT im Einzel- und Gruppensetting als Therapie der Wahl empfohlen. Unterschiede zeigen sich vor allem bei den affektiven Störungen, Essstörungen, manchen Persönlichkeitsstörungen und der PTSD. Hier finden sich in den S3-Leitlinien keine Empfehlungen für bzw. Überlegenheit der KVT. Wobei hier darauf hingewiesen werden muss, dass in Deutschland nur die KVT und die Psychodynamisch bzw. Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie eine sozialrechtliche Anerkennung haben, auch wenn systemische Therapie und die Gesprächspsychotherapie nach Rogers mittlerweile als wissenschaftlich fundierte Verfahren anerkannt wurden.

In dieser Arbeit und den meisten Leitlinien werden hauptsächlich Metanalysen zu isolierten Achse-I-Störungen (DSM-5, Falkai et al., 2015; DSM-4, Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) herangezogen, auch wenn sich zeigt, dass zwischen 42 und 60 Prozent der Patient*innen die Kriterien nicht nur für eine, sondern für mehrere psychische Störungen im Laufe ihres Lebens erfüllen (Wittchen, Nelson, & Lachner, 1998). Einschränkend wird angemerkt, dass für diese Arbeit nur die S3-Leitlinien und die NICE-Guidelines herangezogen werden. Andere Leitlinien, wie zum Beispiel die der American Psychiatric Association (APA) oder der World Health Organization (WHO), werden nicht berücksichtigt und angeführt. Ebenso wird nicht auf die zugrundeliegenden Daten und Studien, die zu den Bewertungen der Leitlinien geführt haben, eingegangen.

Zukünftige Studien sollten die Verhaltenstherapie in der Versorgungslandschaft auf Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz untersuchen und auch Komorbiditäten stärker berücksichtigen. Obwohl es eine insgesamt gut gesicherte Evidenz für Verhaltenstherapie gibt, sind die Ergebnisse bei weitem noch nicht ausreichend. Einerseits sind Replikationsstudien nötig, um die zum Teil widersprüchliche Studienlage zu klären. Andererseits sollte in der Verhaltenstherapie beforscht werden, wie bei individuellen Patient*innen psychotherapeutische Interventionen ihr volles Potential entfalten können. Hierzu sollten verstärkt Routine-Outcome-Monitoring-Systeme in die Versorgungslandschaft integriert werden (z. B. Lambert, Whipple & Kleinstäuber, 2018).

Die Auseinandersetzung mit der aktuellen Wirksamkeit, Effektivität (Nutzen für die Betroffenen) und Effizienz (Kosten-Nutzen-Relation, Wirkungsgrad) sollte im Sinne der Qualitätssicherung eine laufende Verbesserung des psychotherapeutischen Handelns anregen und ermöglichen.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2008). *Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI)*. Fassung 2005/2006, Domäne 8.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), (2010). *S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f56be8ecd7f8f4ced-46f9573b3451e0f78df1d67/S3-LL-Esstoeurungen-Langfassung.pdf

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), (2012). *S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/02c5331d181fbf33dfb4c774c6e6a23e80f358aa/S3_Leitlinie%20Bipolar_11052012_.pdf

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), (2013). *S3-Leitlinie Zwangsstörungen*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/29d7ea6c2c635d3626ddaf70eabf31386b9bbda8/S3-Leitlinie%20Zwangsst%C3%B6rungen%20Langversion%20Endversion%2014%2005%202013.pdf

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht), (2015). *S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/06819f97f8a5e1254c115ec1df8ac4dd09fabb95/S3-Leitlinie%20Tabak%2010%2002%2015_AWMF%2076-006.pdf

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), (2016a). *S3-Leitlinie „Demenzen“ – Langversion*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024e7f65ed-3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht), (2016b). *S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/nt/42b731d6180ceeaceae551fc8ae2a1b54eea591a/S3-LL-Methamphetamin_lang.pdf

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ), (2018). *S3-Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/6f514fd31d75221054f1d880bda9637728e2b92d/Langfassung%20ADHS%20Leitlinie_080618.pdf

Brakemeier, E.L., Jacobi, F. (Hrsg.). (2017). *Verhaltenstherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz Verlag.

Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376–385.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), (2014). *S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/0c2fc607fa678377a9efb4f13d5ce7007f2c43d0/S3-LL_Lang_Angstst%C3%B6rungen_2014.pdf

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), (2009). *S2-Leitlinie für Persönlichkeitsstörungen*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter <https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/b642eee188e70d80f260400da7417915d931105d/s2-LL-persoenlichkeitsstoerungen.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), (2019). *S3-Leitlinie Schizophrenie*. Zugriff am 1.10.2019. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/43ca38d4b003b8150b856df48211df68e412d9c9/038-009k_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), (2017). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/d689bf8322a5bf507bcc546eb9d61ca566527f2f/S3-NVL_depression-2aufl-vers5-lang.pdf

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), (2019). *S3-Leitlinie Schizophrenie*. Zugriff am 1.10.2019. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/43ca38d4b003b8150b856df48211df68e412d9c9/038-009k_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf

Die Drogenbeauftragte, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), (2016). *S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“ – Leitlinienreport*. 1. Auflage. Version 1. Zugriff am 1.10.2019. Verfügbar unter: www.crystallmeth.aezq.de

- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. G. & Schulte-Markwort, E. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. (6. vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Huber.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 16, 319-324.
- Falkai, P., Wittchen, H. U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W. & Zaudig, M. (2015). *Diagnostische Kriterien DSM-5: Deutsche Ausgabe*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Flatten G., Gast U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., . . . Wöller, W. (2011). S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 3, 202-210.
- Fydrich, T. & Schneider, S. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut* 52, 55-68.
- Grading quality of evidence and strength of recommendations, GRADE working group (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 328(7454), 1490-98.
- Hayes, S. C., Strosahl K. D. & Wilson K. G. (2004). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Ein erlebnisorientierter Ansatz zur Verhaltensänderung*. München: CIP-Medien.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, M. A. & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Metaanalyses. *Cognitive Therapy Research*, 36(5), 427-440.
- Kächele, H. & Strauß, B. (2008). Brauchen wir Richtlinien oder Leitlinien für psychotherapeutische Behandlungen? *Psychotherapeut*, 53, 408-413.
- Lambert, M. J. (2013). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Sixth Edition)*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L. & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55, 520-537.
- Meerpohl, J. J., Langer, G., Perleth, M., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A. & Schünemann, H. (2012). GRADE-Leitlinien: 3. Bewertung der Qualität der Evidenz (Vertrauen in die Effektschätzer). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(6), 449-456.
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., . . . Wampold, B. E. (2018). Is psychotherapy effective? A re-analysis of treatments for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 268-274.
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. (2005). *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>

- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. (2007). *Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51>
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. (2009a). *Depression in adults: recognition and management*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. (2009b). *Antisocial personality disorder: prevention and management*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg77>
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. (2009c). *Borderline personality disorder: recognition and management*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. (2011a). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. (2011b). *Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. (2011c). *Common mental health problems: identification and pathways to care*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. (2014a). *Bipolar disorder: assessment and management*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. (2014b). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. (2018a). *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. (2018b). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*. Zugriff am 30.4.2019. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E. & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behavioral Research and Therapy* 43, 831-842.

Saß, H., Wittchen, H.-U., & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen - DSM-IV*. Deutsche Bearbeitung u. Einleitung von H. Sass, H.-U. Wittchen, M. Zaudig. Göttingen: Hogrefe.

Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The research evidence for what works in psychotherapy* (2nd Ed.) New York: Routledge. (deutsche Ausgabe: Wampold, B., E., Imel, Z. E. & Flückiger C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was wirkt in der Psychotherapie?*. Bern: Hogrefe)

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2010) *Methodenpapier. Version 2.8*. Zugriff am 26.05.2019. Verfügbar unter <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf>

Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of Mental Disorders and Psychosocial Impairments in Adolescents and Young Adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.

Angaben zum Autor

Rafael Rabenstein, MSc, MBA ist seit über 10 Jahren Verhaltenstherapeut in freier Praxis, er war 8 Jahre therapeutischer Leiter der größten ambulanten Einrichtung für die medizinische Rehabilitation psychischer Erkrankungen. Er leitet das Fachspezifikum Verhaltenstherapie an der Donau-Universität Krems. Seine Publikationstätigkeit beinhaltet die Evaluation im Bereich der psychiatrisch-medizinischen Rehabilitation und Psychotherapie.

Korrespondenzadresse:

Rafael Rabenstein, MSc, MBA
Donau-Universität Krems
Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30
3500 Krems an der Donau

Kontakt: rafael.rabenstein@donau-uni.ac.at

Zitationsempfehlung

Rabenstein, R. (2019). Evidenzbasierte und Leitlinien-gestützte Psychotherapie – die aktuelle Evidenz in der Verhaltenstherapie bei Erwachsenen. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 7. S. 26-42. Zugriff am 15.11.2019. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>

Appendix

DGPPN, AWMF	NICE
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	
S3-Leitlinie Demenzen (2016)	Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers (2018)
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen (2016)	Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (2011)
S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums (2015)	Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions (2007)
S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (2016)	
F2 Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen	
S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie (2019)	Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (2014)
F3 Affektive Störungen	
S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (2012)	Bipolar disorder in adults (2015)
S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression (2015)	Common mental health problems: identification and pathways to care (2011)
	Depression in adults: recognition and management (2009)
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	
S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (2014)	Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (2011)
S3-Leitlinie Zwangsstörungen (2013)	Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment (2005)
S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden (2018)	Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment (2013)
<i>Abgelaufen: S3-Leitlinien Posttraumatische Belastungsstörung (2011)</i>	Common mental health problems: identification and pathways to care (2011)
F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren	
S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen (2010)	Eating disorders: recognition and treatment (2017)
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
<i>S2-Leitlinie für Persönlichkeitsstörungen (2009)</i>	Antisocial personality disorder: prevention and management (2009)
	Borderline personality disorder: recognition and management (2009)
F7 Intelligenzstörung	
nicht vorhanden	nicht vorhanden
F8 Entwicklungsstörungen	
nicht vorhanden	Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management (2012)
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
S3-Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (2018)	Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (2018)