IQWiG



ThemenCheck
Medizin

Angst- und Panikstörung

Profitieren Betroffene von der "Emotional Freedom Technique"?

VORLÄUFIGER THEMENCHECK-BERICHT

Projekt: T25-01 Version: 1.0 Stand: 13.10.2026

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Thema

Angst- und Panikstörung: Profitieren Betroffene von der "Emotional Freedom Technique"?

Projektnummer

T25-01

Beginn der Bearbeitung

02.09.2025

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Siegburger Str. 237
50679 Köln

Tel.: +49 221 35685-0
Fax: +49 221 35685-1
E-Mail: themencheck@iqwig.de
Internet: www.iqwig.de

Schlagwörter

Emotional Freedom Technique, Angststörungen, Nutzenbewertung, Systematische Übersicht, Technikfolgen-Abschätzung – biomedizinische

Keywords

Emotional Freedom Technique, Anxiety Disorders, Benefit Assessment, Systematic Review, Technology Assessment – Biomedical

Autorinnen und Autoren

- Thomas Semlitsch, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Österreich
- Marion Danner, DARUM. wissen. einfach. vermitteln. Marion Danner und Anne Rummer GbR, Köln, Deutschland
- Anne Rummer, DARUM. wissen. einfach. vermitteln. Marion Danner und Anne Rummer GbR, Köln, Deutschland
- Cornelia Krenn, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Österreich
- Denise Wilfling, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Österreich
- Klaus Jeitler, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Österreich

Wissenschaftliche Beraterinnen und Berater

- Jolana Wagner-Skacel, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Universität Graz, Österreich

Inhaltliches Review

- Karl Horvath, Klinikum Bad Gleichenberg, Bad Gleichenberg, Österreich

Beteiligung von Betroffenen

Im Rahmen der Berichterstellung wurden Betroffene konsultiert.

An dem Betroffenengespräch nahmen 2 Personen teil.

Ziel des Betroffenengesprächs war es, Informationen zu folgenden Themenbereichen zu erhalten: Auswirkungen der Erkrankung auf Leben und Alltag und der eigene Umgang damit, Wünsche an die Behandlung einschließlich Therapieziele sowie Erfahrungen und Sorgen in Bezug auf Behandlungen.

Die Autorinnen und Autoren des Berichts danken den Betroffenen für ihre Beteiligung an dem persönlichen Austausch. Die Betroffene / Betroffenen waren nicht in die Berichterstellung eingebunden.

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

Dieser Bericht wurde durch externe Sachverständige erstellt. Externe Sachverständige, die wissenschaftliche Forschungsaufträge für das Institut bearbeiten, haben gemäß § 139b Abs. 3 Satz 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – 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 „Formblatt zur Offenlegung von Beziehungen“ erhalten. Die Angaben wurden von dem speziell für die Beurteilung der Interessenkonflikte eingerichteten Gremium des Instituts bewertet. Es wurden keine Interessenkonflikte festgestellt, die die fachliche Unabhängigkeit im Hinblick auf eine Bearbeitung des vorliegenden Auftrags gefährden. Die Selbstangaben der externen Sachverständigen und der externen Reviewerin beziehungsweise des externen Reviewers zur Offenlegung von Beziehungen sind in Kapitel A11 zusammenfassend dargestellt.

Dieser vorläufige ThemenCheck-Bericht wird zur Anhörung gestellt und es können schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Das Ende der Stellungnahmefrist wird auf der Website des IQWiG (www.iqwig.de) bekannt gegeben. Dort sind auch die notwendigen Formblätter zu finden. Stellungnahmen können alle interessierten Personen, Institutionen und Gesellschaften abgeben. Ggf. wird eine wissenschaftliche Erörterung zur Klärung unklarer Aspekte aus den schriftlichen Stellungnahmen durchgeführt. Die Anhörung kann zu Änderungen und / oder Ergänzungen des ThemenCheck-Berichts führen.

ThemenCheck-Kernaussagen

Fragestellungen des ThemenCheck-Berichts

Die Ziele der vorliegenden Untersuchung sind

- die Nutzenbewertung einer Behandlung mit der Emotional Freedom Technique im Vergleich zu keiner Behandlung, einer Scheinbehandlung, einer pharmakologischen Therapie oder anerkannten und nachweislich wirksamen nicht medikamentösen Verfahren zur Behandlung der Angst- und Panikstörung bei Personen jeglichen Alters mit Angst- oder Panikstörungen,
- die Bestimmung der Kosten (Interventionskosten) und die Bewertung der Kosteneffektivität sowie
- die Aufarbeitung ethischer, sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte, die mit der Intervention verbunden sind.

Schlussfolgerung des ThemenCheck-Berichts

Insgesamt bleiben die nachfolgenden Aussagen zum Nutzen und Schaden von Emotional Freedom Technique beziehungsweise der mit dieser Technik verwandten Thought Field Therapy vorwiegend auf Kurzzeiteffekte unmittelbar nach Ende der Behandlung beschränkt, da verwertbare Daten aus längerfristigen Nachbeobachtungszeiträumen nur zu wenigen Vergleichen aus einzelnen Studien vorliegen. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz ist darüber hinaus insgesamt gering. Dies liegt daran, dass für die unterschiedlichen Indikationen (Phobien bzw. PTBS) und Vergleiche jeweils nur wenige Studien mit geringen Teilnehmerzahlen eingeschlossen werden konnten. Zudem ist das Verzerrungspotenzial aufgrund einer fehlenden Verblindung der Teilnehmenden bei gleichzeitig subjektiver Endpunkterhebung in allen eingeschlossenen Studien hoch. Die vorliegenden Ergebnisse können jedoch eine Basis für weitere Forschung darstellen.

Bei Personen mit diagnostizierten Phobien ergibt sich aus der aktuellen Studienlage ein Hinweis auf einen Nutzen einer durch geschulte Therapeutinnen oder Therapeuten angeleiteten Emotional Freedom Technique beziehungsweise der mit dieser Technik verwandten Thought Field Therapy im Vergleich zu keiner Behandlung oder einer Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung) in Bezug auf die Angstsymptomatik unmittelbar nach dem Abschluss der Behandlungsphase. Im Vergleich zu keiner Behandlung ergibt sich für die Emotional Freedom Technique zusätzlich ein Anhaltspunkt in Bezug auf die depressive Symptomatik nach der Behandlungsphase.

Bei Personen mit diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörungen ergeben sich Hinweise auf einen Nutzen einer durch geschulte Therapeutinnen oder Therapeuten angeleiteten Emotional Freedom Technique im Vergleich zu keiner Behandlung in Bezug auf die Angstsymptomatik, die psychosomatischen Beschwerden, die depressive Symptomatik sowie die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung insgesamt unmittelbar nach dem Abschluss der Behandlungsphase. Im Vergleich zu einer Expositionstherapie ergeben sich für die Emotional Freedom Technique Anhaltspunkte auf einen höheren Nutzen in Bezug auf die Angstsymptomatik und die depressive Symptomatik nach der Behandlungsphase.

Keine Belege, Hinweise oder Anhaltspunkte auf einen Zusatznutzen ergeben sich für eine durch geschulte Therapeutinnen oder Therapeuten angeleitete Emotional Freedom Technique beziehungsweise verwandte Technik im Vergleich zu einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Personen mit diagnostizierten Phobien oder posttraumatischen Belastungsstörungen beziehungsweise einer Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapie bei Personen mit diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörungen. Auch zu einem erhöhten Schadenpotenzial einer Emotional Freedom Technique beziehungsweise verwandten Technik liegt für die Interventionsphase kein Beleg, Hinweis oder Anhaltspunkt vor, da, soweit angegeben, mehrheitlich keine unerwünschten Ereignisse in den Studien auftraten. Es ist dabei jedoch darauf hinzuweisen, dass in 7 der 11 inkludierten RCTs unerwünschte Ereignisse nicht erhoben wurden.

Die Emotional Freedom Technique ist in Deutschland keine anerkannte und über die GKV abrechenbare Leistung zur psychotherapeutischen Behandlung von Personen mit einer diagnostizierten Angst- oder Panikstörung. Ob bzw. in welchem Umfang sie in einer über die GKV abrechenbaren Gesprächs- oder Verhaltenstherapie im Rahmen der ärztlichen Methodenfreiheit tatsächlich zur Anwendung kommt, ist unklar. Die Kosten pro Sitzung liegen bei einer als Selbstzahler-Leistung angebotenen Emotional Freedom Technique derzeit mit etwa 120 Euro etwa auf dem Niveau einer über die GKV abrechenbaren verhaltens-therapeutischen Sitzung. Derzeit wird die Emotional Freedom Technique in Deutschland von sehr unterschiedlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern als Selbstzahler-Leistung angeboten. Aufgrund der Vielfalt von Anbietern und mangels einheitlicher Qualifikations- und Behandlungsstandards erscheinen Zweifel an einer konsistenten Emotional Freedom Technique-Behandlungsqualität gerechtfertigt. Die Befragung von Betroffenen deutet zumindest darauf hin, dass die Begleitung durch einen Therapeuten bzw. eine Therapeutin nicht nur zum Erlernen, sondern auch bei der Durchführung der Emotional Freedom Technique wesentlich sei. Die ethische Bewertung der Emotional Freedom Technique ist uneinheitlich. Die vorliegende Studienlage legt nahe, dass kurzfristige Vorteile für die Stärkung von Autonomie durch Selbstanwendung sprechen, während die langfristige Wirksamkeit und die zugrundliegenden Mechanismen unzureichend belegt sind. Daraus

ergeben sich ethische Bedenken, insbesondere wegen Risiken wie der Verschiebung wirksamer Behandlungen, potenzieller Irreführung bezüglich zu erwartender Behandlungserfolge und Schäden wegen fehlender Qualitäts- und Regulierungsstandards. Aus diesem Grund sind eine transparente Aufklärung und Mindeststandards in der Durchführung von entscheidender Bedeutung.

Aus rechtlicher Sicht fällt die Emotional Freedom Technique unter den Begriff der Heilkunde, was bedeutet, dass sie von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern mit entsprechender Erlaubnis im Rahmen der Methodenfreiheit angewendet werden darf. Allerdings ist die Emotional Freedom Technique kein allgemein anerkannter Standard und muss als abweichende Behandlung ausdrücklich vereinbart werden. Es besteht eine umfassende Aufklärungspflicht über Alternativen und die Evidenzlage, da ansonsten Haftungsrisiken entstehen können.

Inhaltsverzeichnis

Seite

ThemenCheck-Kernaussagen 6

Tabellenverzeichnis 14
Abbildungsverzeichnis 16
Abkürzungsverzeichnis 17

ThemenCheck-Überblick 20

1 Hintergrund 20
1.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund und Auftrag 20
1.2 Medizinischer Hintergrund 20
1.2.1 Angststörungen 20
1.2.2 Emotional Freedom Technique (EFT) 23
1.3 Versorgungssituation 24
1.4 Anliegen des Themenvorschlagenden 25
2 Fragestellungen 26
3 Methoden 27
3.1 Methoden Nutzenbewertung 27
3.2 Methoden gesundheitsökonomische Bewertung 29
3.3 Methoden ethische Aspekte 30
3.4 Methoden soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte sowie Umwelt- und Klimaaspekte 30
3.5 Austausch mit Betroffenen 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 patientenrelevanten Endpunkte 35
4.4 Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse 37
4.5 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten 38
4.5.1 Ergebnisse zu Angstsymptomatik 42
4.5.2 Ergebnisse zu psychosomatischen Beschwerden 45

4.5.3 Ergebnisse zu depressiver Symptomatik ... 46
4.5.4 Ergebnisse zu PTBS Symptomatik ... 48
4.5.5 Ergebnisse zu allgemeinem und sozialem Funktionsniveau ... 49
4.5.6 Ergebnisse zu unerwünschten Ereignissen ... 50
4.6 Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse ... 50
5 Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung ... 56
5.1 Interventionskosten ... 56
5.2 Systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Evaluationen ... 56
6 Ergebnisse: Ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte ... 57
6.1 Ergebnisse der Betroffenenbefragung ... 57
6.2 Ergebnisse zu ethischen Aspekten ... 57
6.3 Ergebnisse zu sozialen Aspekten ... 63
6.4 Ergebnisse zu rechtlichen Aspekten ... 64
6.5 Ergebnisse zu organisatorischen Aspekten ... 67
7 Domänenübergreifende Zusammenführung der Ergebnisse ... 69
8 Diskussion ... 71
8.1 ThemenCheck-Bericht im Vergleich zu anderen Publikationen ... 71
8.2 ThemenCheck-Bericht im Vergleich zu Leitlinien ... 72
8.3 Kritische Reflexion des Vorgehens ... 72
8.4 Intervention und Vergleichsintervention ... 73
9 Schlussfolgerung ... 76

ThemenCheck-Details ... 78

A1 Projektverlauf ... 78
A1.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts ... 78
A1.2 Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf ... 79
A2 Details der Methoden – Methodik gemäß ThemenCheck-Berichtsprotokoll ... 80
A2.1 Nutzenbewertung ... 80
A2.1.1 Kriterien für den Einschluss von Studien ... 80
A2.1.1.1 Population ... 80
A2.1.1.2 Prüf- und Vergleichsintervention ... 80
A2.1.1.3 Patientenrelevante Endpunkte ... 81
A2.1.1.4 Studientypen ... 82
A2.1.1.5 Studiendauer ... 82
A2.1.1.6 Publikationssprache ... 82

A2.1.1.7 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Studieneinschluss 82
A2.1.1.8 Einschluss von Studien, die die vorgenannten Kriterien nicht vollständig erfüllen 83
A2.1.2 Informationsbeschaffung 83
A2.1.2.1 Fokussierte Informationsbeschaffung von systematischen Übersichten 83
A2.1.2.2 Umfassende Informationsbeschaffung von Studien 84
A2.1.2.3 Primäre Informationsquellen 84
A2.1.2.4 Anwendung von Limitierungen auf Datenbankebene 85
A2.1.2.5 Selektion relevanter Studien aus der umfassenden Informationsbeschaffung 85
A2.1.3 Informationsbewertung und -synthese 86
A2.1.3.1 Darstellung der Einzelstudien 86
A2.1.3.2 Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse 86
A2.1.3.3 Metaanalysen 87
A2.1.3.4 Sensitivitätsanalysen 88
A2.1.3.5 Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren 88
A2.1.3.6 Aussagen zur Beleglage 89
A2.2 Gesundheitsökonomische Bewertung 90
A2.2.1 Interventionskosten 90
A2.2.2 Systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Evaluationen 91
A2.2.2.1 Kriterien für den Einschluss von Studien in die systematische Übersicht 91
A2.2.2.1.1 Studientypen 91
A2.2.2.1.2 Publikationssprache 91
A2.2.2.1.3 Gesundheitssystem beziehungsweise geografischer Bezug 91
A2.2.2.1.4 Tabellarische Darstellung der Kriterien 91
A2.2.2.2 Fokussierte Informationsbeschaffung 91
A2.2.2.2.1 Selektion relevanter Publikationen 92
A2.2.2.3 Informationsbewertung 92
A2.2.2.4 Informationsanalyse und -synthese 92
A2.3 Ethische Aspekte 93
A2.3.1 Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung ethischer Implikationen 93
A2.3.2 Informationsbeschaffung 93
A2.3.3 Informationsaufbereitung 94
A2.4 Soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte 94
A2.4.1 Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Implikationen 94

A2.4.2 Informationsbeschaffung 95
A2.4.3 Informationsaufbereitung 96
A2.5 Domänenübergreifende Zusammenführung 96
A3 Details der Ergebnisse: Nutzenbewertung 98
A3.1 Informationsbeschaffung 98
A3.1.1 Fokussierte Informationsbeschaffung nach systematischen Übersichten 98
A3.1.2 Umfassende Informationsbeschaffung 98
A3.1.2.1 Primäre Informationsquellen 98
A3.1.2.1.1 Bibliografische Datenbanken 98
A3.1.2.1.2 Studienregister 99
A3.1.2.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken 100
A3.1.2.2.1 Anwendung weiterer Suchtechniken 100
A3.1.2.2.2 Autorinnen- und Autorenanfragen 100
A3.1.3 Resultierender Studienpool 101
A3.1.4 Studien ohne berichtete Ergebnisse 102
A3.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien 103
A3.2.1 Studiendesign und Studienpopulationen 103
A3.2.2 Bewertung endpunktübergreifender Kriterien des Verzerrungspotenzials 119
A3.3 Patientenrelevante Endpunkte 119
A3.3.1 Angstsymptomatik 119
A3.3.2 Psychosomatische Beschwerden 127
A3.3.3 Depressive Symptomatik 132
A3.3.4 PTBS Symptomatik 138
A3.3.5 Wiederauftreten der angstspezifischen Symptomatik 143
A3.3.6 Gesundheitsbezogene Lebensqualität 143
A3.3.7 Allgemeines und soziales Funktionsniveau 143
A3.3.8 Unerwünschte Ereignisse 147
A3.3.9 Metaanalysen 148
A3.3.10 Sensitivitätsanalysen 151
A3.3.11 Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren 151
A4 Details der Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung 152
A4.1 Bestimmung der Interventionskosten 152
A4.2 Systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Evaluationen 153
A4.2.1 Fokussierte Informationsbeschaffung 153
A4.2.1.1 Primäre Informationsquellen 153
A4.2.1.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken 154

A4.2.1.3 Resultierender Studienpool 155
A5 Details der Ergebnisse: Ethische, soziale, rechtliche und organisatorischen Aspekte 156
A5.1 Ethische Aspekte 156
A5.1.1 Informationsbeschaffung 156
A5.1.2 Identifizierte ethische Aspekte 156
A5.2 Soziale Aspekte 167
A5.2.1 Recherche zu sozialen Aspekten 167
A5.2.2 Identifizierte soziale Aspekte 167
A5.3 Rechtliche Aspekte 171
A5.3.1 Recherche zu rechtlichen Aspekten 171
A5.3.2 Identifizierte rechtliche Aspekte 171
A5.4 Organisatorische Aspekte 178
A5.4.1 Recherche zu organisatorischen Aspekten 178
A5.4.2 Identifizierte organisatorische Aspekte 178
A6 Literatur 182
A7 Topics des EUnetHTA Core Models 195
A8 Studienlisten 196
A8.1 Studienlisten Nutzenbewertung 196
A8.1.1 Liste der gesichteten systematischen Übersichten 196
A8.1.2 Liste der ausgeschlossenen Publikationen aus der bibliografischen Recherche 196
A8.2 Publikationslisten zu ethischen, sozialen, rechtlichen und organisatorischen Aspekten 200
A8.2.1 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu ethischen Aspekten 200
A8.2.2 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu sozialen Aspekten 202
A8.2.3 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu rechtlichen Aspekten 203
A8.2.4 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu organisatorischen Aspekten 205
A9 Suchstrategien 207
A9.1 Suchstrategien zur Nutzenbewertung 207
A9.1.1 Bibliografische Datenbanken 207
A9.1.2 Studienregister 210
A9.2 Suchstrategien zur gesundheitsökonomischen Bewertung 210
A10 Zentrale Ergebnisse aus den Betroffeneninterviews 213
A11 Offenlegung von Beziehungen der externen Sachverständigen und des Reviewers beziehungsweise der Reviewerin 218

Tabellenverzeichnis

Seite

Tabelle 1: Matrix der patientenrelevanten Endpunkte 37
Tabelle 2: Übersicht der Effekte in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte auf Einzelstudienebene (mehrseitige Tabelle) 40
Tabelle 3: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte 51
Tabelle 4: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die Nutzenbewertung 82
Tabelle 5: Regelhaft abgeleitete Aussagesicherheiten für verschiedene Evidenzsituationen beim Vorliegen von Studien derselben qualitativen Ergebnissicherheit 90
Tabelle 6: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die ökonomische Bewertung 91
Tabelle 7: In Studienregistern identifizierte relevante Studien beziehungsweise Dokumente 100
Tabelle 8: Übersicht zu Autorinnen- und Autorenanfragen 101
Tabelle 9: Resultierender Studienpool der Nutzenbewertung 101
Tabelle 10: In der Informationsbeschaffung identifizierte Studien ohne berichtete Ergebnisse 102
Tabelle 11: Charakterisierung der eingeschlossenen Studien 103
Tabelle 12: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien 107
Tabelle 13: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien 114
Tabelle 14: Charakterisierung der Studienpopulationen 116
Tabelle 15: Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial 119
Tabelle 16: Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial: Angstsymptomatik 120
Tabelle 17: Übersicht über die in den eingeschlossenen Studien verwendeten und für die Nutzenbewertung herangezogenen Instrumente zur Erfassung der Angstsymptomatik 121
Tabelle 18: Charakterisierung der Instrumente zur Erfassung der Angstsymptomatik 122
Tabelle 19: Ergebnisse zu Angstsymptomatik – Dichotomer Endpunkt 123
Tabelle 20: Ergebnisse zu Angstsymptomatik - Stetiger Endpunkt 123
Tabelle 21: Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial: Psychosomatische Beschwerden 127
Tabelle 22: Übersicht über die in den eingeschlossenen Studien verwendeten Instrumente zur Erfassung der psychosomatischen Beschwerden 128
Tabelle 23: Charakterisierung der Instrumente zur Erfassung der psychosomatischen Beschwerden 129

Tabelle 24: Ergebnisse zu psychosomatischen Beschwerden – stetiger Endpunkt 130
Tabelle 25: Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial: Depressive Symptomatik 132
Tabelle 26: Übersicht über die in den eingeschlossenen Studien verwendeten Instrumente zur Erfassung der depressiven Symptomatik 133
Tabelle 27: Charakterisierung der Instrumente zur Erfassung der depressiven Symptomatik 134
Tabelle 28: Ergebnisse zu depressiver Symptomatik – stetiger Endpunkt 135
Tabelle 29: Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial: PTBS Symptomatik 138
Tabelle 30: Übersicht über die in den eingeschlossenen Studien verwendeten Instrumente zur Erfassung der PTBS Symptomatik 139
Tabelle 31: Charakterisierung der Instrumente zur Erfassung der PTBS Symptomatik 140
Tabelle 32: Ergebnisse zu PTBS Symptomatik - Stetiger Endpunkt 140
Tabelle 33: Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial: Allgemeines und soziales Funktionsniveau 143
Tabelle 34: Charakterisierung der Instrumente zur Erfassung des allgemeinen und sozialen Funktionsniveaus 145
Tabelle 35: Ergebnisse zu allgemeinem und sozialem Funktionsniveau – stetiger Endpunkt 145
Tabelle 36: Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial: Unerwünschte Ereignisse 147
Tabelle 37: Ergebnisse zu unerwünschten Ereignissen 148
Tabelle 38: Kosten der Prüfintervention und der Vergleichsintervention 152
Tabelle 39: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten 157
Tabelle 40: Informationsaufbereitung zu den identifizierten sozialen Aspekten 168
Tabelle 41: Aufbereitung rechtlicher Aspekte in Anlehnung Brönneke 2016 172
Tabelle 42: Informationsaufbereitung zu den identifizierten organisatorischen Aspekten 179
Tabelle 43: Domänen des EUnetHTA Core Models 195

Abbildungsverzeichnis

Seite

Abbildung 1: Logisches Modell in Anlehnung an INTEGRATE-HTA: Zusammenfassung und Gegenüberstellung der wesentlichen Ergebnisse aus den unterschiedlichen Domänen 70
Abbildung 2: Ergebnis der umfassenden Informationsbeschaffung aus den bibliografischen Datenbanken und der Studienselektion – Nutzenbewertung 99
Abbildung 3: Metaanalyse – Angstsymptomatik; EFT/TFT vs. keine Behandlung bei Personen mit Phobien 149
Abbildung 4: Metaanalyse – Angstsymptomatik; EFT vs. Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung) bei Personen mit Phobien 149
Abbildung 5: Metaanalyse – Angstsymptomatik; EFT vs. keine Behandlung bei Personen mit PTBS 149
Abbildung 6: Metaanalyse – psychosomatische Beschwerden; EFT vs. keine Behandlung bei Personen mit PTBS 150
Abbildung 7: Metaanalyse – depressive Symptomatik; EFT vs. keine Behandlung bei Personen mit PTBS 150
Abbildung 8: Metaanalyse – PTBS Symptomatik; EFT vs. keine Behandlung bei Personen mit PTBS 151
Abbildung 9: Ergebnis der bibliografischen Recherche und der Studienselektion – gesundheitsökonomische Evaluationen 154

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	**Bedeutung**
ACQ	Agoraphobic Cognitions Questionnaire
ADIS	Anxiety Disorders Interview Schedule
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMG	Arzneimittelgesetz
AMSTAR	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews
APA	American Psychological Association
BDI	Beck Depression Inventory
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BELLA	BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSQ	Body Sensations Questionnaire
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CAM	Complementary and alternative medicine (Komplementär- und Alternativmedizin)
CHEERS	Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
CPT	Cognitive Processing Therapy
D.A.CH.	Deutschland, Österreich und Schweiz
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DRG	Diagnosis-Related-Groups
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EFT	Emotional Freedom Technique
EFTi	EFT International
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapie
EN	Einschlusskriterien Nutzenbewertung
EÖ	Einschlusskriterien ökonomische Bewertung

Abkürzung	Bedeutung
EUIPO	European Union Intellectual Property Office (Amt der Europäischen Union für geistiges Eigentum)
EUnetHTA	European network for Health Technology Assessment
FU	Follow-Up
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale
HeilPrG	Heilpraktikergesetz
HTA	Health Technology Assessment (Gesundheitstechnologiebewertung)
HTQ	Harvard Trauma Questionnaire
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
IFA	Informationsstelle für Arzneispezialitäten
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
ITT	Intention to treat
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KI	Konfidenzintervall
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
LOCF	Last Observation carried forward
MD	Mean Difference (Mittelwertdifferenz)
MDR	Medical Device Regulation
MET	Meridian-Energie-Technik
Mo	Monate
MW	Mittelwert
NARI	Noradrenalin-Rückaufnahme-Hemmer
NET	Narrative Expositionstherapie
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PCL-C	PTBS Checklist for civilians
PCL-M	PTBS Checklist Military
PE	Prolongierte Exposition

Abkürzung	Bedeutung
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
RR	Risk Ratio
SA-45	Symptom Assessment-45
SAS	Speaker Anxiety Scale
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
SDS	Sheehan Disability Scale
SES	Sozioökomischer Status
SGB	Sozialgesetzbuch
SMD	Standardized Mean Difference (standardisierte Mittelwertdifferenz)
SNRI	Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SPTSS	Scale of Posttraumatic Stress Symptoms
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
StGB	Strafgesetzbuch
SUD	Subjective Units of Distress
SUE	Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse
SÜ	Systematische Übersicht
TCM	Traditionellen Chinesischen Medizin
TFT	Thought Field Therapy
TZA	Trizyklische Antidepressiva
UE	Unerwünschte Ereignisse
Wo	Wochen

ThemenCheck-Überblick

1 Hintergrund

1.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund und Auftrag

Der § 139b Absatz 5 des Sozialgesetzbuchs – Fünftes Buch – gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) sieht vor, dass Versicherte und interessierte Einzelpersonen beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Themen für die wissenschaftliche Bewertung von medizinischen Verfahren und Technologien vorschlagen können. Die Vorschläge für diese ThemenCheck-Berichte können auf der Website des IQWiG 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.

1-mal pro Jahr wählt das IQWiG unter Beteiligung von Patientenvertreterinnen und -vertretern sowie Bürgerinnen und Bürgern bis zu 5 Themen für die Erstellung von ThemenCheck-Berichten aus. Mit der Bearbeitung der Fragestellung werden vom IQWiG regelhaft externe Sachverständige beauftragt. Die durch die externen Sachverständigen erarbeiteten Ergebnisse werden gemeinsam mit einem Herausgeberkommentar des IQWiG veröffentlicht.

Die ThemenCheck-Berichte leitet das IQWiG an Institutionen in Deutschland weiter, die z. B. über die Leistungen und die Struktur des Gesundheitswesens entscheiden. Der Fachöffentlichkeit wird der ThemenCheck-Bericht über die Website des IQWiG (www.iqwig.de) zur Verfügung gestellt. Ebenso wird eine allgemein verständliche Darstellung der Ergebnisse mit dem Titel „ThemenCheck kompakt: Das Wichtigste verständlich erklärt“ veröffentlicht.

1.2 Medizinischer Hintergrund

1.2.1 Angststörungen

Angst stellt eine Grundemotion des Menschen dar und ist der Oberbegriff für viele verschiedene Gefühlsregungen wie Furcht, Panik oder Sorge. Die Gemeinsamkeit dieser ist ein Gefühl der Verunsicherung und negativen Erregung. Körperlich äußert sich Angst unter anderem durch Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Kurzatmigkeit oder Magen-Darm-Beschwerden. Angst tritt auf, wenn eine Situation als bedrohlich wahrgenommen wird und schützt dadurch vor Gefahren und unnötig riskantem Verhalten. Somit ist eine gesunde Angst eine überlebensnotwenige Funktion, die wachsam macht und zu einer risikobewussten

Auseinandersetzung mit der Umwelt beiträgt. Kommt es allerdings zu übertriebenen, grundlosen oder zu starken Angstreaktionen, spricht man von einer pathologischen Angst oder Angststörung [1]. Gemäß dem ICD-10 Klassifikationssystem werden Angststörungen in phobische Störungen (ICD-10 F40) und andere Angststörungen (ICD-10 F41) geteilt [2]. Phobische Störungen umfassen dabei jene Ängste, die durch konkrete und eigentlich ungefährliche Situationen ausgelöst werden, beispielsweise durch den Aufenthalt in Menschenmassen. Unter „Andere Angststörungen“ fallen jene Störungen, bei denen Ängste ohne klar bestimmbaren Grund auftreten. Hierzu zählen unter anderem Panikstörungen, generalisierte Angststörungen und auch ängstliche Depressionen. Im Vergleich dazu sind Angst- und Panikstörungen im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) der American Psychiatric Association im Kapitel Anxiety Disorders erfasst. Dieses umfasst die Kategorien nicht näher bezeichnete Angststörung (300.00), Panikstörungen (300.01), generalisierte Angststörungen (300.02), andere näher bezeichnete Angststörungen (300.09), Agoraphobie (300.22), soziale Angststörung (300.23), spezifische Phobie (300.29), Trennungsangststörung (309.21), und selektiver Mutismus (313.23) [3]. Auch hier kennzeichnen sich phobische Störungen dadurch, dass die Angst überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen wird. Agoraphobie (Angst vor Situationen oder Orten), soziale Phobien (Angst von anderen Menschen als merkwürdig, peinlich oder lächerlich empfunden zu werden) oder spezifische Phobien (z. B. Angst vor Höhe, bestimmten Berufsgruppen oder bestimmten Tieren) können hier als Untergruppen angesehen werden [4]. Andere Angststörungen, wie die Panikstörung und eine generalisierte Angststörung, umfassen wiederum Ängste ohne spezifischen Auslöser [5]. Darüber hinaus können ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis oder eine große Veränderung Belastungs- und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43) hervorrufen. Zu diesen Krankheitsbildern zählen die akute Belastungsreaktion (kurzzeitige Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung), die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß) (ICD-10 F43.1, DSM-V 309.81) oder Anpassungsstörungen (psychische Reaktion nach belastenden Lebensereignissen oder einer einschneidenden Lebensveränderung) [6]. Neben der Angstsymptomatik umfasst die PTBS eine Vielzahl weiter Symptome, wie Flashbacks, Schlafstörungen, Depression, erhöhte Reizbarkeit oder Konzentrationsstörungen [7].

Generell zählen Angststörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit [8]. In der Studie zur psychischen Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2013 (DEGS1-MH) gaben 15,4 % der erwachsenen Personen an unter Angststörungen zu leiden. Dabei waren Frauen mit 21,8 % mehr als doppelt so häufig betroffen wie Männer (9,3 %) [9,10]. Eine posttraumatische Belastungsstörung lag 2013 bei insgesamt 2,3 % der erwachsenen Personen in Deutschland vor (3,6 % bei Frauen und 0,9 % bei Männern) [9,10]. Die administrative Prävalenz einer Angststörung (d. h. die dokumentierte Diagnose in der ambulanten

Versorgung) lag im Jahr 2013 in Deutschland bei 6,0 % in der erwachsenen Bevölkerung. Im Jahr 2023 stieg diese auf 7,9 % an [11]. Darüber hinaus gaben 2023 im bundesweiten Befragungssurvey GEDA 13,1 % der erwachsenen Personen an, dass sie unter einer auffälligen Belastung durch Angstsymptome leiden. Auch hier sind Frauen mit 15,0 % häufiger betroffen als Männer (11,0 %). Zudem zeigt sich ein deutlicher sozialer Gradient, wobei Personen der niedrigen Bildungsgruppe mit 16,6 % doppelt so häufig von Angstsymptomen betroffen sind wie Personen der hohen Bildungsgruppe (8,2 %) [12].

Auch bei Kindern und Jugendlichen stellen Angststörungen mit etwa 10 % die häufigsten psychischen Störungen dar [13]. Dabei treten spezifische Phobien und Störungen mit Trennungsangst in der Regel erstmals ab dem 7. Lebensjahr, generalisierte Angststörungen ab dem Alter von 10 bis 12 Jahren und soziale Phobien tendenziell erst ab dem 13. Lebensjahr auf. Panikstörungen und Agoraphobie finden sich bei Kindern und Jugendlichen eher nicht [13]. Auch für Deutschland wurden in der BELLA-Studie im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) bei rund 10 % der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten in Form von Ängsten festgestellt. Kinder zwischen 11 und 13 Jahren waren dabei am häufigsten betroffen. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied wie bei Erwachsenen konnte nicht festgestellt werden [14].

Wird eine Angststörung diagnostiziert, ist das Ziel der Behandlung die Angstsymptome und das Vermeidungsverhalten zu reduzieren, um so die Lebensqualität der betroffenen Person zu verbessern. Gemäß den Leitlinien stellt eine Psychotherapie mit fallweise begleitender medikamentöser Behandlung den effektivsten Behandlungsansatz dar. Im Rahmen der Psychotherapie liegt dabei für die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) die beste Evidenz für eine Wirksamkeit vor [1]. Die KVT soll Patienten bzw. Patientinnen dabei unterstützen, sich bewusst zu machen, wie Gedanken das Auftreten unangemessener Emotionen beeinflussen und automatisiert auftretende Gedanken realistischer bewerten zu können. Dysfunktionale Gedanken sollen selbstständig erkannt und korrigiert werden. Ein wesentlicher Bestandteil der Verhaltenstherapie ist auch die Konfrontation mit angstauslösenden Situationen oder Stimuli. Vor allem für Personen mit spezifischen Phobien wird die Expositionsbehandlung als therapeutische Methode empfohlen. Entspannungsverfahren können Teil der KVT sein oder als eigenständige Therapieform eingesetzt werden. Meist handelt es sich hierbei um die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson oder Atemtechniken [1]. Neben der verhaltenstherapeutischen Intervention finden auch psychodynamische Therapieansätze (tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und Psychoanalyse) Anwendung in der Behandlung von Angststörungen. Dabei wird versucht, unbewusste Prozesse, die sich auf Verhalten, Gedanken und Gefühle auswirken, zu verstehen. Dadurch soll eine nachhaltige Veränderung des Verhaltens erzielt werden. Ihr Einsatz erfolgt insbesondere bei komorbiden oder komplexen Fällen [1,15].

Im Rahmen der medikamentösen Behandlung von generalisierten Angststörungen, Panikstörungen sowie sozialen Phobien nehmen Antidepressiva, insbesondere selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) und Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRIs), eine zentrale Stellung ein. Bei Bedarf können trizyklische Antidepressiva (TZAs), Noradrenalin-Rückaufnahme-Hemmer (NARIs), Mirtazapin oder andere Wirkstoffe wie Buspiron, Pregabalin und Betablocker eingesetzt werden. Benzodiazepine erweisen sich als effektiv für die Akuttherapie, jedoch wird aufgrund des bestehenden Abhängigkeitsrisikos von einer Empfehlung für die Langzeitbehandlung abgeraten. Bei spezifischen Phobien werden keine medikamentösen Therapien empfohlen [1,15]. Es kann davon ausgegangen werden, dass in der Akutphase eine Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie einer Monotherapie überlegen ist [1]. Die Versorgung der Betroffenen erfolgt häufig in der Hausarztpraxis, knapp 1/3 der Patienten wird ausschließlich durch diesen behandelt. In der Regel können Angsterkrankungen ambulant behandelt werden, eine stationäre Behandlung erfolgt nur bei besonders schwerer Symptomatik, Suizidalität oder Komorbidität. Auch Selbsthilfegruppen können für Betroffene wirksam sein.

Bei einer posttraumatischen Belastungsstörung wird in Leitlinien in erster Linie die traumafokussierte Psychotherapie empfohlen. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung, sowie der Einordnung in die eigene Lebensgeschichte [7]. Eine traumafokussierte Psychotherapie kann erfolgen, um negative Gedanken zu relativieren und Erinnerungsreaktionen zu desensibilisieren. Dabei werden in der Leitlinie insbesondere folgende Interventionen empfohlen: Eye Movement Desenzation and Reprocressing (EMDR), KVT, kognitive Verarbeitungstherapie (Cognitive Processing Therapy, CPT), narrative Expositionstherapie (NET), oder prolongierte Exposition (PE) [7]. Erinnerungen, traumaassoziierte Auslöser in der Gegenwart sowie Zukunftsängste werden fokussiert und durch rhythmische Augenbewegungen begleitet. Eine medikamentöse Therapie wird bei PTBS nicht empfohlen [7].

1.2.2 Emotional Freedom Technique (EFT)

EFT, auch Tapping oder Klopfakupressur genannt, ist eine Methode aus der energetischen Psychologie, die darauf abzielt, Ängste, negative Emotionen, Stress, belastende Gefühle, körperliche Schmerzen oder Traumafolgen abzubauen oder zu lindern. EFT basiert auf der Thought Field Therapy (TFT) nach Callahan [16] und wurde in den 1990er Jahren von Gary Craig als vereinfachte Methode entwickelt [17,18]. Beide Techniken kombinieren dabei Elemente der KVT, der Expositionsbehandlung und der Akupressur. Sie beruhen auf dem Konzept, dass negative Emotionen und körperliche Beschwerden mit Störungen oder Blockaden im körpereigenen Energiesystem – den sogenannten Meridianen – zusammenhängen, wie sie in der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) beschrieben und auch in der Akupunktur verwendet werden. Ein anerkannter, wissenschaftlicher Beleg für das Vorhandensein dieser Meridiane liegt jedoch nicht vor [19].

Durch sanftes Klopfen mit den Fingerspitzen auf spezielle Akupressurpunkte in Kombination mit dem Fokussieren auf belastende Gedanken oder Gefühle sollen die Blockaden gelöst und der Energiefluss in den Meridianen des Körpers wieder hergestellt werden. Während der Anwendung richtet man sich innerlich auf ein konkretes Problem, ein Gefühl oder eine Situation aus [18,20]. In der TFT geht man dabei davon aus, dass für unterschiedliche Probleme unterschiedliche Meridianpunkt-Folgen notwendig sind, sodass für jedes Problem eine spezifische Klopfsequenz zur Anwendung kommt [16]. Bei der EFT ist der Ablauf einfacher und gleichförmiger. Man fokussiert auf ein spezifisches Problem, die Klopfsequenz ist jedoch standardisiert und immer für alle Probleme einheitlich [18].

Im Rahmen der EFT werden zunächst die bestehenden negativen Gefühle oder Ängste gezielt benannt, spezifiziert und ihre Intensität eingeschätzt. Im weiteren Verlauf wird ein spezifischer Leitsatz formuliert, wobei die Akzeptanz des bestehenden Problems im Zentrum steht und gleichzeitig die Selbstakzeptanz bekräftigt wird. Danach wird, beginnend mit dem Handkanten-Punkt, auf acht bestimmte Akupressurpunkte im Gesicht und am Oberkörper in einer vorgegebenen Folge geklopft. Es wird empfohlen, die Punkte mit 7 bis 10 Wiederholungen mit sanftem Fingerdruck zu stimulieren. Während der Stimulation jedes Punktes soll der Leitsatz laut oder im Gedanken wiederholt und dadurch auf das Problem fokussiert werden [20]. Die EFT kann dabei im Rahmen einer Psychotherapie oder nach entsprechender Schulung auch von Betroffenen selbst angewendet werden [17].

Es gibt zahlreiche Verbände (wie z. B. EFT International, EFT D.A.CH. – Verband für Klopfakupressur e. V.) oder auch Einzelpersonen, die Schulungen und Zertifizierungen für Leistungserbringer im Bereich EFT anbieten. Allerdings existiert keine zentrale Organisation, die EFT definiert und dessen geistiges Eigentum kontrolliert, wie dies z. B. bei der Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapie (EMDR) oder der sensomotorischen Psychotherapie der Fall ist [21].

Mit dem Ziel eine formale Definition von EFT zu etablieren, wurde eine standardisierte Vorgehensweise zur Anwendung der EFT von Church in einem Manual beschrieben [20], auch „clinical EFT“ genannt. Diese wurde 2013 in einem Konsensuspapier seitens der American Psychological Association (APA) als evidenzbasierte Methode anerkannt, da sie die Kriterien der APA Division 12 Task Force für eine wirksame oder wahrscheinlich wirksame Behandlung bei einer Reihe von Erkrankungen wie Angststörungen, Depression, PTBS oder Phobien erfüllt [21-23].

1.3 Versorgungssituation

In Deutschland ist EFT bzw. Klopf-Akupressur unter verschiedenen weiteren Namen wie „Meridian Klopf Techniken“ oder „Meridian Energie Therapien“ bekannt und wird in Praxen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sowie in speziellen Coaching- und

Therapieangeboten [24] sowie auch in ärztlichen Praxen und von Psychotherapeutinnen und -therapeuten genutzt. In Seminaren durchgeführt von zertifizierten Trainerinnen und Trainern können Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, psychologische Beraterinnen und Berater, Coaches und andere an dem Thema interessierte Berufsgruppen erlernen, wie sie EFT in ihrem beruflichen Alltag einsetzen können [25]. Die EFT ist in Deutschland keine anerkannte psychotherapeutische Behandlung im Sinne der Psychotherapierichtlinie des GBA [26], sondern gilt als alternative, ergänzende Technik. Sie darf ohne gültige Heilkundeberechtigung nicht als Therapie angewendet werden und unterliegt daher den Regeln für Heilpraktiker und Angehörige der Heilberufe. Als Selbsthilfe-Technik unterliegt die EFT wiederum keiner gesetzlichen Regelung. Die Technik kann grundsätzlich auch in Einführungskursen, Videos und Büchern von Interessierten zur Selbstanwendung erlernt werden. Es wird empfohlen, sich für eine Anwendung und die Lösung von tiefliegenden Problemen von qualifizierten EFT-Therapeutinnen oder Therapeuten unterstützen zu lassen [17,22]. EFT-Selbsthilfe sollte keinen Ersatz für eine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung darstellen [17].

1.4 Anliegen des Themenvorschlagenden

Der Themenvorschlagende fragt nach der Wirksamkeit der „Emotional Freedom Technique“ („Klopf-Akupressur“) bei Angst- und Panikstörungen. Er habe die Hoffnung, dass es sich um eine einfach anwendbare Methode handeln könnte, mit der Betroffene sich in ihrem Alltag bspw. aus Panikattacken befreien können.

2 Fragestellungen

Die Ziele der vorliegenden Untersuchung sind

- die Nutzenbewertung einer Behandlung mit der Emotional Freedom Technique im Vergleich zu keiner Behandlung, einer Scheinbehandlung, einer pharmakologischen Therapie oder anerkannten und nachweislich wirksamen nicht medikamentösen Verfahren zur Behandlung der Angst- und Panikstörung bei Personen jeglichen Alters mit Angst- oder Panikstörungen,
- die Bestimmung der Kosten (Interventionskosten) und die Bewertung der Kosteneffektivität sowie
- die Aufarbeitung ethischer, sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte, die mit der Intervention verbunden sind.

3 Methoden

Dieser ThemenCheck-Bericht wurde auf Grundlage der Allgemeinen Methoden 8.0 [27] erstellt.

3.1 Methoden Nutzenbewertung

Die Zielpopulation der Nutzenbewertung bildeten Personen jeglichen Alters und Geschlechts, die an Angst- und Panikstörungen nach DSM oder ICD (z. B. Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobien und generalisierte Angststörung) leiden. Die Prüfintervention bildete die Behandlung mit der „Emotional Freedom Technique (EFT)“. Dies inkludiert die klassische EFT sowie abgewandelte oder verwandte Techniken wie z. B. die Meridian-Energie-Technik (MET) oder die Thought Field Therapy (TFT). Wesentlicher Bestandteil der Therapie ist dabei das Klopfen („Tapping“) auf definierte Akupressurpunkte. Berücksichtigt werden dabei sowohl von ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten (z. B. Heilpraktikerinnen / Heilpraktiker, Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten) eingesetzte als auch nach entsprechender Schulung von den Betroffenen selbst angewandte Formen der EFT.

Als Vergleichsinterventionen galten keine entsprechende Behandlung bzw. „Watchful Waiting“, eine Scheinbehandlung sowie aktive Vergleichsinterventionen, wie andere anerkannte und nachweislich wirksame nicht medikamentöse Verfahren zur Behandlung der Angst- und Panikstörung (z. B. psychotherapeutische Verfahren) und / oder pharmakologische Behandlung der Angst und Panikstörung (z. B. Antidepressiva, Benzodiazepine).

Für die Untersuchung wurden folgende patientenrelevante Endpunkte betrachtet:

- Morbidität, wie
  - Angstsymptomatik
  - begleitende psychosomatische Beschwerden
  - depressive Symptomatik bzw. Depressionen
  - PTBS Symptomatik
- Wiederauftreten der angstspezifischen Symptomatik
- gesundheitsbezogene Lebensqualität
- allgemeines und soziales Funktionsniveau
- unerwünschte Ereignisse

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

Parallel zur Erstellung des ThemenCheck-Berichtsprotokolls erfolgte eine Suche nach systematischen Übersichten in der Datenbanken MEDLINE (umfasst auch die Cochrane Database of Systematic Reviews) und HTA Database sowie auf den Websites des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) und der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Es wurde geprüft, ob mindestens 1 hochwertige und aktuelle systematische Übersicht infrage kommt, deren Informationsbeschaffung als Grundlage für die Bewertung verwendet werden kann (im Folgenden: Basis-SÜ). Es wurde keine Basis-SÜ als Grundlage für die Bewertung identifiziert.

Eine systematische Literaturrecherche nach Studien wurde in den Datenbanken MEDLINE, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials, EFT Research Database und Lens.org durchgeführt.

Darüber hinaus wurden folgende Informationsquellen und Suchtechniken berücksichtigt: Studienregister, die Sichtung von Referenzlisten identifizierter systematischer Übersichten, aus Anhörungsverfahren zur Verfügung gestellte Dokumente und Autorinnen- und Autorenanfragen.

Die Selektion relevanter Studien erfolgte von 2 Personen unabhängig voneinander. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen beiden aufgelöst. Die Datenextraktion erfolgte in standardisierte Tabellen. Zur Einschätzung der qualitativen Ergebnissicherheit wurden endpunktübergreifende und endpunktspezifische Kriterien des Verzerrungspotenzials bewertet und das Verzerrungspotenzial jeweils als niedrig oder hoch eingestuft. Die Ergebnisse der einzelnen Studien wurden nach Endpunkten geordnet beschrieben.

Über die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Einzelstudien hinaus wurden Metaanalysen und Sensitivitätsanalysen durchgeführt sowie Effektmodifikatoren untersucht, sofern die methodischen Voraussetzungen erfüllt waren.

Für jeden Endpunkt wird eine Aussage zur Beleglage des (höheren) Nutzens oder (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.

Abschließend erfolgte eine endpunktübergreifende Bewertung des Nutzens und Schadens.

Als Erhebungszeitpunkte für die Nutzenbewertung wurden die Zeitpunkte nach der Intervention sowie zu Studienende gewählt. Erfolgten in den Studien auch Erhebungen zu weiteren Zeitpunkten (während der Intervention oder im Laufe des Follow-Ups), blieben diese unberücksichtigt.

Zur Durchführung von Metaanalysen mussten Ergebnisse aus mindestens 2 Studien mit vergleichbarer Intervention und Kontrollintervention zum selben Endpunkt mit vergleichbaren Erhebungsinstrumenten vorliegen. Wurden Ergebnisse zu einem Endpunkt mit mehreren Instrumenten erhoben, erfolgte die Auswahl der Operationalisierung zur Gegenüberstellung der Studienergebnisse unter Berücksichtigung von Validität, Aussagekraft und Vergleichbarkeit. Die geschätzten Effekte und Konfidenzintervalle aus den Studien wurden bei Metaanalysen mittels Forest Plots zusammenfassend dargestellt. Die Berechnung erfolgte mithilfe R 4.6.1 sowie SAS 9.4.

3.2 Methoden gesundheitsökonomische Bewertung

Zur Bestimmung der Interventionskosten wurden die anfallenden inkrementellen Kosten, die für eine EFT-Sitzung durch einen Therapeuten anfallen, betrachtet. Die EFT ist in Deutschland keine anerkannte psychotherapeutische Behandlung nach Psychotherapierichtlinie und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) trägt die Kosten für die EFT nicht. Es fallen daher für die GKV keine inkrementellen Kosten an. Sofern Coaches / Therapeuten die EFT der Allgemeinheit im freien Markt anbieten, müssen die Personen die Kosten für die EFT selbst tragen. Zur Orientierung bezüglich der möglichen Kosten einer EFT wurden Coaches / Therapeuten, die die EFT in Deutschland anbieten, nach ihren Preisen befragt bzw. wurden die Webseiten verschiedenster Anbieter nach den Preisen für eine EFT-Behandlung durchsucht.

Für die systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Evaluationen wurde eine fokussierte Informationsbeschaffung in den bibliografischen Datenbanken MEDLINE, Embase und HTA Database durchgeführt. Zusätzlich wurden die Referenzlisten identifizierter systematischer Übersichten geprüft. Die Selektion relevanter Publikationen erfolgte durch 1 Person und wurde durch eine 2. Person qualitätsgesichert. Dabei wurden nur vergleichende Studien mit einer Aussage zur Kosteneffektivität einbezogen. Hinsichtlich der untersuchten Population, Prüf- und Vergleichsintervention galten die gleichen Kriterien wie für die Nutzenbewertung.

Bei Vorliegen von relevanten Publikationen sollten die für die Bewertung notwendigen Informationen in standardisierte Tabellen extrahiert werden. Die Bewertung der Berichtsqualität sollte sich an den Kriterien des Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS) orientieren [28]. Der Bewertung der Übertragbarkeit lagen orientierend die Kriterien des European network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) HTA adaptation toolkit [29] zugrunde.

3.3 Methoden ethische Aspekte

Die Informationsbeschaffung zu ethischen Aspekten der EFT bei Angst- und Panikstörungen erfolgte durch orientierende Recherchen nach einschlägigen Gesetzen, Verordnungen oder Richtlinien, durch eine orientierende Recherche in der Datenbank ETHMED, durch eine orientierende Recherche nach interessenabhängigen Informationsquellen wie Internetseiten von Interessenvertretern sowie eine orientierende Recherche in den Datenbanken MEDLINE, LIVIVO (System der deutschen Zentralbibliothek für Medizin [ZB Med] in Köln) und BELIT. Außerdem wurden die in die Nutzenbewertung und die in die gesundheitsökonomische Bewertung eingeschlossenen Studien auf mögliche ethische Argumente geprüft. Schließlich wurde noch das Protokoll zur Dokumentation der Diskussion mit den befragten Betroffenen herangezogen.

Informationen aus allen Quellen der orientierenden Recherchen bzw. aus allen weiteren Dokumenten wurden von 1 Person auf Aussagen zu ethischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Technologien gesichtet.

Die Suche nach Publikationen für die ethischen Aspekte der Emotional Freedom Technique bei Angst- und Panikstörungen orientierte sich nach Beauchamp und Childress an den medizinethischen Prinzipien Wohltun („beneficence“), Nichtschaden („nonmaleficence“), Achtung der Autonomie und Gerechtigkeit nach Beauchamp und Childress [30] in Bezug auf die vorliegende Fragestellung.

Darüber hinaus wurden bei der Recherche die ethischen Aspekte aus dem vereinfachten Fragenkatalog von Hofmann [31] und von Marckmann [32] berücksichtigt.

3.4 Methoden soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte sowie Umwelt- und Klimaaspekte

Für die Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte wurden orientierende Recherchen in folgenden Informationsquellen durchgeführt: MEDLINE; LIVIVO (System der ZB Med in Köln); Google Scholar; Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien (zum Beispiel Beck-Online oder juris); interessenabhängige Informationsquellen (z. B. Websites von Interessenvertretungen); nationale und regionale Register.

Zudem wurden die folgenden Dokumente auf mögliche soziale, rechtliche und organisatorische bezogene Argumente und Aspekte geprüft: in die Nutzenbewertung eingeschlossene systematische Übersichten, in die gesundheitsökonomische Bewertung eingeschlossene Studien und das Protokoll zur Dokumentation des Interviews mit Betroffenen.

Informationen aus allen Quellen der orientierenden Recherchen bzw. aus allen weiteren Dokumenten wurden von 1 Person auf Aussagen zu sozialen, rechtlichen und

organisatorischen sowie auf Klima- und Umwelt bezogene Argumente und Aspekte der zu untersuchenden Technologie gesichtet. Die Ergebnisse wurden durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Zusätzlich wurden „reflective thoughts“ als Informationsquelle genutzt, also das reflektierte und auf das Wissen der Berichtsautorinnen und -autoren bezogene Nachdenken über mögliche soziale, rechtliche oder organisatorische sowie auf Klima- und Umwelt bezogene Argumente und Aspekte [33].

Die Informationsaufbereitung zu sozialen Aspekten orientiert sich an dem von Mozygemba 2016 [34] vorgeschlagenen umfassenden konzeptionellen Rahmen.

Die Informationsaufbereitung zu rechtlichen Aspekten orientiert sich an dem von Brönneke 2016 [35] entwickelten Leitfaden zur Identifikation von rechtlichen Aspekten.

Die Informationsaufbereitung zu organisatorischen Aspekten orientiert sich an dem von Perleth 2014 [36] vorgeschlagenen Raster zur Einschätzung der organisatorischen Folgen von Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethoden.

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

3.5 Austausch mit Betroffenen

Um im Rahmen der Projektbearbeitung einen Eindruck zu gewinnen, welche Erfahrungen Personen gemacht haben, die bereits einmal eine EFT-Behandlung erlebt haben, wurden entsprechende Personen eingebunden.

Die Befragung der Betroffenen erfolgte innerhalb persönlicher Einzelgespräche entlang eines strukturierten Gesprächsleitfadens. Der Gesprächsleitfaden wurde basierend auf einer vorbereitenden Recherche und Sichtung von Studien und Webseiten zum Thema sowie nach Austausch mit verschiedenen Anbieterinnen und Anbietern eines EFT-Coachings erstellt. In den Gesprächen wurden Erfahrungen von Betroffenen mit der EFT sowie deren Einschätzungen und Präferenzen zu erwartetem Nutzen, Schaden und Implikationen der EFT erhoben. Als Betroffene wurden Personen verstanden, die aus verschiedenen Gründen eine EFT bereits in Anspruch genommen und Erfahrungen mit dieser Behandlungsform gesammelt haben, ohne dass eine diagnostizierte Angst- oder Panikstörung vorlag.

Die befragten Personen wurden frei rekrutiert. Zu Beginn wurden sie über die Gesprächsziele und Gesprächsregeln sowie darüber informiert, dass das Gespräch aufgezeichnet wird. Jedes Gespräch wurde durch 1 Person mit dem oder der Betroffenen geführt. Die Aufzeichnungen der von den Betroffenen berichteten Erfahrungen, Einschätzungen und Präferenzen wurden

für die Erstellung des Berichts verschriftlicht, inhaltsanalytisch entlang der im Gesprächsleitfaden enthaltenen Themen (Kriterien) ausgewertet und zusammengefasst und für die Ausführungen zu ethischen, sozialen, rechtlichen und organisatorischen Aspekten herangezogen. Im Anschluss der Verschriftlichung wurden die Aufzeichnungen gelöscht.

4 Ergebnisse: Nutzenbewertung

4.1 Ergebnisse der umfassenden Informationsbeschaffung

Es wurde keine systematische Übersicht als Basis-SÜ zum Zweck der Identifizierung von Primärstudien berücksichtigt.

Die Informationsbeschaffung ergab 11 RCTs mit berichteten Ergebnissen, die in die Analysen eingeschlossen wurden. Darüber hinaus wurden 3 thematisch relevante RCTs identifiziert, die nicht in der Bewertung berücksichtigt werden konnten: eine laufende Studie, 1 Studie mit unklarem Status sowie 1 abgeschlossene Studie ohne berichtete Ergebnisse. Die letzte Suche fand am 30.10.2025 statt.

4.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

Bei den 11 eingeschlossenen RCTs handelt es sich um 10 Studien mit parallelem Studiendesign sowie eine Cross-over-Studie, die im Zeitraum zwischen 2003 und 2017 publiziert wurden. 6 der 11 Studien wurden in den USA durchgeführt, 3 in Europa, 1 im Nahen Osten und 1 in Afrika.

Die untersuchte Intervention ist in 8 RCTs eine EFT-Behandlung (Al-Hadethe 2015 [37], Baker 2010 [38], Church 2013 [39], Geronilla 2016 [40], Karatzias 2011 [41], Nemiro 2015 [42], Salas 2011 [43], Wells 2003 [44]). Dabei erfolgte EFT in allen Studien entsprechend dem Manual nach Craig [17,18]. In den übrigen 3 Studien (Irgens 2012 [45], Irgens 2017 [46], Schoninger 2010 [47]) ist TFT die untersuchte Intervention. Diese wurde in allen Studien gemäß dem Standardprotokoll nach Callahan [16] angewandt.

In 4 RCTs erfolgte nur eine einzelne Behandlungssitzung mit einer Dauer von 10 bis 45 Minuten. Dies waren in 3 der 4 RCTs Einzelbehandlungen, in 1 RCT erfolgte die Behandlung alleine oder zu zweit. In den übrigen 7 RCTs wurden 2 bis 8 Behandlungssitzungen durchgeführt. In 6 der 7 Studien waren dies Einzelbehandlungen mit einer Behandlungsdauer von jeweils etwa 50 bis 60 Minuten, in einer Studie Gruppenbehandlungen mit einer Behandlungsdauer von 120 bis 150 Minuten. Durchgeführt wurden die Behandlungen von erfahrenen / zertifizierten EFT- bzw. TFT-Therapeutinnen und Therapeuten oder Psychologinnen und Psychologen bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

In 7 RCTs erfolgte ein Vergleich mit keiner Behandlung, wobei in 6 der 7 Studien ein Wartelistendesign angewendet wurde. Die Teilnehmenden in der Kontrollgruppe erhielten nach der letzten Endpunkterhebung ebenfalls eine Einladung zur Teilnahme an EFT beziehungsweise TFT. In 3 RCTs gab es zur Kontrollgruppe ohne Behandlung jeweils eine zusätzliche Vergleichsgruppe. Dies war eine KVT in Irgens 2017, eine Expositionstherapie in Al-Hadethe 2015, sowie ein kurzes Gespräch, welches laut Studienautoren als Placebo-Behandlung eingesetzt wurde in Baker 2010.

In 2 Studien (Salas 2011 und Wells 2003) diente eine Zwerchfellatmung als Vergleichstherapie, welche zu den in Leitlinien als komplementäre Therapie bei Angststörungen empfohlenen Entspannungstechniken zählt. Bei Salas 2011 kam dabei ein Cross-over Design zur Anwendung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden 1 : 1 zu EFT oder Zwerchfell-atmung als erste Behandlung randomisiert. Nach dieser ersten Phase erfolgte eine Erhebung der Endpunkte. Danach erfolgte ein Cross-over und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten die jeweils andere Intervention und es erfolgte abermals eine Erhebung der Endpunkte. Für die Nutzenbewertung wurden die Ergebnisse der Erhebung nach der ersten Phase (vor dem Wechsel der Intervention) herangezogen.

In einer Studie wurde EFT im Vergleich zu einer KVT (Nemiro 2015), in einer weiteren im Vergleich zu einer EMDR untersucht (Karatzias 2011).

In Irgens 2017 erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der KVT-Gruppe mit 12 Behandlungen gemäß dem Manual von Clark und Salkovskis [48] mehr als doppelt so viele Behandlungen wie jene Personen in der Interventionsgruppe mit TFT (5 Behandlungen). In allen anderen RCTs waren die aktiven Vergleichstherapien in Umfang und Dauer mit der jeweiligen Prüfintervention vergleichbar.

Angaben zu einer Begleittherapie in allen Studienarmen gab es lediglich in 2 RCTs (Church 2013, Geronilla 2016), dies war in beiden Fällen eine nicht näher beschriebene Standardbehandlung einer PTBS bei Veteranen der US-Armee.

Insgesamt wurden in den 11 RCTs 540 Personen mit Angststörungen untersucht, wobei die Studiengröße bei 22 bis 72 Teilnehmenden lag. 5 RCTs untersuchten Personen mit unterschiedlichen Phobien. Dies waren in 2 Studien Personen mit Zoophobie, in jeweils 1 Studie Personen mit Logophobie bzw. Agoraphobie und in der 5. Studie Personen mit diversen Phobien. In 5 weiteren RCTs wurden Personen mit einer PTBS untersucht, mehrheitlich nach traumatisierenden Kriegserfahrungen. In 1 RCT (Irgens 2012) wurden Personen mit einer oder mehreren Angststörungen eingeschlossen. In 9 der 11 Studien stellt die Diagnose anhand der DSM-IV Kriterien für Angststörungen ein Einschlusskriterium für die Teilnehmenden dar, während in 2 RCTs (Nemiro 2015, Salas 2011) der Studieneinschluss über Fragebögen erfolgte, welche die DSM-IV Kriterien abbilden.

Das mittlere Alter der Studienteilnehmende lag zwischen 16 bis 19 Jahren (Al-Hadethe 2015) und etwa 52 Jahren (Church 2013). In 9 RCTs wurden Personen jeglichen Geschlechts untersucht, wobei in 6 RCTs der Anteil der Frauen jeweils höher war. In der Studie Nemiro 2015 waren nur Frauen eingeschlossen, während die Studie Al-Hadethe 2015 nur männliche Studenten im Alter von 16 bis 19 Jahren untersuchte.

Die Erhebung der Endpunkte zur Wirksamkeit der untersuchten Interventionen erfolgte in allen inkludierten RCTs anhand standardisierter Fragebögen. Dabei kam eine große Anzahl an unterschiedlichen Fragebögen und Skalen zum Einsatz, abhängig davon, um welche Angststörung es sich handelt. Details zu den jeweils in den RCTs eingesetzten Erhebungsinstrumenten und deren Charakteristika finden sich in Abschnitt A3.3.

4.3 Übersicht der patientenrelevanten Endpunkte

Aus allen 11 Studien konnten Daten zu patientenrelevanten Endpunkten extrahiert werden. Tabelle 1 zeigt die Übersicht der verfügbaren Daten zu patientenrelevanten Endpunkten aus den eingeschlossenen Studien. In allen 11 Studien wurden Daten zur Angstsymptomatik berichtet, jedoch waren nur Daten aus 10 RCTs auch für die Nutzenbewertung verwertbar. In Nemiro 2015 wurde die psychische Belastung mittels Hopkins Symptom Checklist–25 (HSCL-25) erhoben. Diese enthält Fragen sowohl zur Angstsymptomatik als auch zur depressiven Symptomatik. In der Studie wurden nur Gesamtergebnisse berichtet, jedoch nicht jene der beiden Subskalen. Da daher nicht zwischen Angstsymptomatik und depressiver Symptomatik unterschieden werden kann, waren die berichteten Ergebnisse nicht für die Nutzenbewertung verwertbar. Daten zum Wiederauftreten der angstspezifischen Symptomatik nach Ende der Behandlung lagen jedoch aus keiner Studie vor. Daten zum Endpunkt psychosomatische Beschwerden wurden in 4 Studien berichtet, allerdings waren diese Daten aus 1 Studie (Baker 2010) nicht für die Nutzenbewertung verwertbar, da lediglich Angaben zur statistischen Signifikanz des Gruppenunterschieds zu Studienende gemacht wurden. Zu dem Endpunkt depressive Symptomatik lagen verwertbare Daten aus 5 RCTs, zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau lagen Daten aus 1 RCT vor. In den 5 RCTs mit Patientinnen und Patienten mit PTBS wurde auch die Änderung der PTBS Symptomatik insgesamt berichtet. In 1 Studie (Irgens 2012) war die Erhebung des Endpunkts gesundheitsbezogene Lebensqualität geplant, es wurden jedoch keine Ergebnisse berichtet. Als Grund gaben die Studienautorinnen und -autoren an, dass in der Studie nicht validierte Fragen zur Lebensqualität verwendet wurden. Angaben zu unerwünschten Ereignissen (UE) wurden in 5 der 11 Studien gemacht.

In allen RCTs wurden Ergebnisse unmittelbar nach Ende der jeweiligen Behandlungsphase berichtet. In 6 Studien (Baker 2010, Irgens 2017, Wells 2003, Al-Hadethe 2015, Karatzias 2011, Nemiro 2015) wurden die Endpunkte zusätzlich nach einen Follow-Up von 3 Monaten (Nemiro 2015) bis 18 Monaten (Baker 2010) ohne Intervention erhoben, jedoch waren diese Ergebnisse nur von 3 RCTs für die Nutzenbewertung verwertbar. In Irgens 2017 wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Kontrollgruppe mit keiner Behandlung nach einer 3-monatigen Warteliste-Periode und der Endpunkterhebung post intervention, randomisiert zu TFT oder KVT zugeteilt und erhielten die entsprechende Behandlung. Die Endpunkt-erhebung nach 12-monatigem Follow-Up erfolgte für diese neu zusammengesetzten Studiengruppen. Dabei war die angegebene Follow-Up Dauer von 12 Monaten nur für jenen Teil der Studienteilnehmer gegeben, der in Studienbeginn zu TFT oder KVT zugeteilt wurde.

Für jene Studienteilnehmer mit Zuteilung nach der Wartelistenperiode betrug die Follow-Up Dauer nur 9 Monate.

Die Ergebnisse von Nemiro 2015 zu Angstsymptomatik und depressiver Symptomatik sind aus den bereits angeführten Gründen nicht verwertbar. In Baker 2010 erfolgte die Auswertung der Follow-Up Ergebnisse nach 1,38 Jahren der Studiengruppe mit einer Placebobehandlung und jener ohne Behandlung nur gemeinsam, sodass der beschriebene Effekt einer EFT keinem berichtsrelevanten Vergleich zugeordnet werden konnte. In Wells 2003 waren in die Auswertung nach einem Follow-Up von etwa 8 Monaten nur noch 21 der 35 randomisierten Personen eingeschlossen. Aufgrund der hohen Drop-out Raten von 33 % in der EFT-Gruppe und 47 % in der Kontrollgruppe ohne adäquate Ersetzungsverfahren wurden die Ergebnisse nicht für die Nutzenbewertung herangezogen.

Tabelle 1: Matrix der patientenrelevanten Endpunkte

Studie	Endpunkte								
	Morbidität							Nebenwirkungen	
	Angstsymptomatik	Psychosomatische Beschwerden	Depressive Symptomatik	PTBS Symptomatik	Wiederauftreten der angstspezifischen Symptomatik	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Allgemeines und soziales Funktionsniveau	Alle UE	SUE
Diverse Angststörungen									
Irgens 2012	●	-	●	n. a.	-	x	●	-	-
Phobien									
Baker 2010	●	○	-	n. a.	-	-	-	-	-
Irgens 2017	●	●	●	n. a.	-	-	-	●	-
Salas 2011	●	-	-	n. a.	-	-	-	●	●
Schoninger 2010	●	-	-	n. a.	-	-	-	-	-
Wells 2003	●	-	-	n. a.	-	-	-	-	-
Posttraumatische Belastungsstörung									
Al-Hadethe 2015	●	-	●	●	-	-	-	-	-
Church 2013	●	●	●	●	-	-	-	●	●
Geronilla 2016	●	●	●	●	-	-	-	●	●
Karatzias 2011	●	-	●	●	-	-	-	-	-
Nemiro 2015	○	-	○	●	-	-	-	●	●

●: Daten wurden berichtet und waren verwertbar.
○: Daten wurden berichtet, aber waren nicht für die Nutzenbewertung verwertbar.
x: Daten wurden trotz geplanter Erhebung nicht berichtet.
–: Es wurden keine Daten berichtet (keine weiteren Angaben) / Der Endpunkt wurde nicht erhoben.
n. a.: nicht anwendbar; SUE: schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis; UE: unerwünschtes Ereignis

4.4 Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

Das Verzerrungspotenzial wurde endpunktübergreifend für alle 11 Studien als hoch eingestuft. Dies lag vor allem daran, dass in keiner der Studien eine Verblindung der Studienteilnehmende sowie der Behandelnden hinsichtlich der Intervention erfolgte und gleichzeitig ausschließlich subjektive Endpunkte erhoben wurden. In 5 der 11 Studien war zudem der Prozess der Randomisierung und verdeckten Gruppenzuteilung unklar. Ein Studienprotokoll oder ein Studienregistereintrag lag nur für 4 der 11 RCTs vor.

Damit ergibt sich für alle 11 Studien automatisch auch ein hohes endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial für die Ergebnisse zu allen berichtsrelevanten Endpunkten.

4.5 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten

Tabelle 2 gibt vorab einen zusammenfassenden Überblick über die je Endpunkt berichteten Effekte in den 11 inkludierten Studien. Grundsätzlich wurden für die Nutzenbewertung jene validierten Skalen oder Subskalen herangezogen, welche den jeweiligen Endpunkt (z. B. Angstsymptomatik) konkret abbilden. Wenn in einer RCT Ergebnisse aus mehrerer solcher Erhebungsinstrumente/Skalen vorlagen, wurde jenes herangezogen, das in mehreren Studien zur Anwendung kam. Konkret wurden für die Nutzenbewertung folgende Skalen herangezogen:

- Angstsymptomatik:
  - Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)- Anxiety Subscale (3 RCTs [37,41,45])
  - Subjective Units of Distress Scale (SUDS) (3 RCTs [38,43,44])
  - Symptom Assessment-45 (SA-45) - Anxiety Subscale (2 RCTs [39,40])
  - Speaker Anxiety Scale (SAS) (1 RCT [47])
  - Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS) - Anxiety Subscale (1 RCT [46])
- Psychosomatische Beschwerden:
  - Body Sensations Questionnaire (BSQ) (1 RCT [46])
  - SA-45 - Somatisation Subscale (2 RCTs [39,40])
- Depressive Symptomatik:
  - HAD - Depression Subscale (3 RCTs [37,41,45])
  - SA-45 - Depression Subscale (2 RCTs [39,40])
  - Beck Depression Inventory (BDI) (1 RCT [46])
- PTBS Symptomatik
  - PTBS-Checklist Military (PCL-M) (2 RCTs [39,40])
  - PTBS-Checklist for civilians (PCL-C) (1 RCT [41])
  - Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) (1 RCT [42])
  - Scale of Posttraumatic Stress Symptoms (SPTSS) (1 RCT [37])
- Allgemeines und soziales Funktionsniveau:
  - Sheehan Disability Scale (SDS) (1 RCT [45])

In den nachfolgenden Abschnitten 4.5.1 bis 4.5.6 werden die Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten dargestellt. Detailergebnisse zu allen in den Studien verwendeten Erhebungsinstrumenten sind in Abschnitt A3.3 zu finden.

Tabelle 2: Übersicht der Effekte in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte auf Einzelstudienebene (mehrseitige Tabelle)

Studie	Vergleich	Zeitpunkt	Endpunkte								
			Morbidität					Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Allgemeines und soziales Funktionsniveau	Nebenwirkungen	
			Angstsymptomatik	Psychosomatische Beschwerden	Depressive Symptomatik	PTBS Symptomatik	Wiederauftreten der angstspezifischen Symptomatik			Alle UE	SUE
Diverse Angststörungen											
Irgens 2012	keine Behandlung	nach Intervention	↔[a]	-	↔[b]	n. a.	-	-	↔[c]	-	-
Phobien											
Baker 2010	Placebo (Supportive Interview)	nach Intervention	↑[d]	-	-	n. a.	-	-	-	-	-
	keine Behandlung	nach Intervention	↑[d]	-	-	n. a.	-	-	-	-	-
Irgens 2017	KVT	nach Intervention	↔[e]	↔[f]	↔[g]	n. a.	-	-	-	-	-
		9 bis 12 Monate FU	↔[e]	↔[f]	↔[g]	n. a.	-	-	-	↔	-
	keine Behandlung	nach Intervention	↑[e]	↑[f]	↔[g]	n. a.	-	-	-	-	-
Schoninger 2010	keine Behandlung	nach Intervention	↑[h]	-	-	n. a.	-	-	-	-	-
Salas 2011	Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung)	nach Intervention	↑[d]	-	-	n. a.	-	-	-	↔	↔
Wells 2003	Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung)	nach Intervention	↑[d]	-	-	n. a.	-	-	-	-	-
Posttraumatische Belastungsstörung											
Al-Hadethe 2015	Expositionstherapie	nach Intervention	↑[a]	-	↑[b]	↑[i]	-	-	-	-	-
		12 Monate FU	↔[a]	-	↔[b]	↑[i]	-	-	-	-	-
	keine Behandlung	nach Intervention	↑[a]	-	↑[b]	↑[i]	-	-	-	-	-
		12 Monate FU	↑[a]	-	↑[b]	↑[i]	-	-	-	-	-

Tabelle 2: Übersicht der Effekte in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte auf Einzelstudienebene (mehrseitige Tabelle)

Studie	Vergleich	Zeitpunkt	Endpunkte								
			Morbidität					Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Allgemeines und soziales Funktionsniveau	Nebenwirkungen	
			Angstsymptomatik	Psychosomatische Beschwerden	Depressive Symptomatik	PTBS Symptomatik	Wiederauftreten der angstspezifischen Symptomatik			Alle UE	SUE
Church 2013	keine Behandlung	nach Intervention	↑[j]	↑[k]	↑[l]	↑[m]	-	-	-	↔	↔
Geronilla 2016	keine Behandlung	nach Intervention	↑[j]	↑[k]	↑[l]	↑[m]	-	-	-	↔	↔
Karatzias 2011	EMDR	nach Intervention	↔[a]	-	↔[b]	↔[n]	-	-	-	-	-
		3 Monate FU	↔[a]		↔[b]	↔[n]	-	-	-	-	-
Nemiro 2015	KVT	nach Intervention	-	-	-	↔[o]	-	-	-	↔	↔
		6 Monate FU	-	-	-	↔[o]	-	-	-	↔	↔

↑: statistisch signifikanter Effekt zugunsten der Intervention
↔: kein statistisch signifikanter Unterschied
–: keine Daten berichtet

a. Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety Subscale
b. Hospital Anxiety and Depression Scale - Depression Subscale
c. Sheehan Disability Scale
d. Subjective Units of Distress Scale bei Exposition
e. Anxiety Disorders Interview Schedule - Anxiety Subscale
f. Body Sensations Questionnaire
g. Beck Depression Inventory
h. Speaker Anxiety Scale
i. Scale of Posttraumatic Stress Symptoms
j. Symptom Assessment-45 Anxiety Subscale
k. Symptom Assessment-45 Somatisation Subscale
l. Symptom Assessment-45 Depression Subscale
m. PTBS Checklist-Military
n. PTBS Checklist-Clinician
o. Harvard Trauma Questionnaire

EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing; FU: Follow-Up; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; n. a.: nicht anwendbar; PTBS: posttraumatische Belastungsstörung; SUE: schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis; UE: unerwünschtes Ereignis

4.5.1 Ergebnisse zu Angstsymptomatik

Personen mit diversen Angststörungen

In der Studie Irgens 2012 wurde TFT im Vergleich zu keiner Behandlung bei Personen mit ein oder mehreren Angststörungen untersucht. Dabei wurde unmittelbar nach Ende der Interventionsphase von 2,5 Monaten kein statistisch signifikanter Effekt von TFT bei der Angstsymptomatik im Vergleich zu keiner Behandlung berichtet (HAD Anxiety Subskala: MD -2,67; 95 %-KI [-5,60; 0,26]). Es ergibt sich daher für den Endpunkt Angstsymptomatik zum Zeitpunkt nach Interventionsende bei Personen mit diversen Angststörungen kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen Nutzen von TFT im Vergleich zu keiner Behandlung.

Personen mit Phobien

In 3 Studien (Baker 2010, Irgens 2017, Schoninger 2010) wurden Ergebnisse zur Angstsymptomatik für den Vergleich EFT / TFT versus keine Behandlung bei Personen mit Phobien berichtet. Baker 2010 verwendete dabei die SUDS, Schoninger 2010 setzte die SAS ein und Irgens 2017 die ADIS (siehe Abschnitte 4.3 und A3.3.1). Alle 3 Studien berichten unmittelbar nach Interventionsende (1 Behandlungssitzung bzw. 5 Behandlungen in 3 Monaten) Verbesserungen in der jeweiligen verwendeten Angstskala mit EFT / TFT im Vergleich zu keiner Behandlung. Aufgrund der verschiedenen Skalen wird eine Metaanalyse mittels SMD herangezogen. Diese zeigt einen statistisch signifikanten Effekt zu Gunsten von EFT/TFT im Vergleich zu keiner Behandlung / Placebo bei der Angstsymptomatik (SMD = -1,09; 95 %-KI: [-1,61; -0,60]; siehe Abbildung 3), bei keiner statistischen Heterogenität (I^2 = 0 %). Das 95 %-KI der SMD (Hedges' g) liegt vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert. Dieses Ergebnis beruht ausschließlich auf Studien mit hohem Verzerrungspotenzial, daher ergibt sich für den Endpunkt Angstsymptomatik zum Zeitpunkt nach Interventionsende bei Personen mit Phobien ein Hinweis für einen Nutzen von EFT / TFT im Vergleich zu keiner Behandlung.

In der Studie Baker 2010 wurde EFT zusätzlich mit einem „Aufmerksamkeits-Placebo" (kurzes unterstützendes Gespräch) verglichen. Auch hier zeigt sich nach der Behandlungssitzung (Interventionsende) ein statistisch signifikanter Vorteil für die EFT (SUDS bei Exposition: MD = -4,43; 95 %-KI: [-5,97; -2,89]). Das 95 %-KI der SMD (Hedges' g) liegt vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert (Hedges' g: -2,39; 95 %-KI: [-3,56; -1,21]). Dieses Ergebnis beruht auf einer einzelnen Studie mit hohem Verzerrungspotenzial, daher ergibt sich für den Endpunkt Angstsymptomatik zum Zeitpunkt nach Interventionsende bei Personen mit Phobien ein Anhaltspunkt für einen Nutzen von EFT im Vergleich zu einer Placebo-Behandlung.

In der Studie Irgens 2017 wurde TFT zusätzlich mit einer KVT verglichen. Dabei wurde weder unmittelbar nach Ende der Intervention (5 TFT-Sitzungen bzw. 12 KVT-Behandlungen in 3

Monaten), noch nach einem Follow-Up von 9 bis 12 Monaten ein statistisch signifikanter Unterschied in der ADIS Anxiety Subskala zwischen TFT und KVT berichtet (MD zu Interventionsende = 0,71; 95 %-KI: [-0,14; 1,56]; MD nach 9 bis 12 Monaten Follow-Up = 0,27; 95 %-KI: [-0,49; 1,03]). Darüber hinaus wurde auch der Anteil von Personen ohne Agoraphobie bzw. Axis-II Diagnose nach 9 bis 12 Monaten Follow-Up berichtet. Auch hier zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen EFT und KVT (Agoraphobie Diagnose: RR = 0,56; 95 %-KI: [0,30; 1,03]; Axis-II Diagnose: RR = 0,56; 95 %-KI: [0,17; 1,79]). Es ergibt sich daraus für den Endpunkt Angstsymptomatik sowohl zum Zeitpunkt nach Interventionsende als auch nach einem 9 bis 12-monatigem Follow-Up kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen höheren oder geringeren Nutzen von TFT im Vergleich zur KVT.

2 RCTs (Salas 2011 und Wells 2003) verglichen EFT mit einer Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung). In beiden RCTs wurden unmittelbar nach Ende der Intervention (jeweils 1 Behandlungssitzung) Verbesserungen in den Skalen zur Angstsymptomatik (SUDS bei Exposition) für EFT im Vergleich zur Entspannungstechnik berichtet. Die Metaanalyse dieser Studien ergab einen statistisch signifikanten Effekt zu Gunsten von EFT im Vergleich zu einer bestimmten Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung) bei der Angstsymptomatik (MD = -2,44; 95 %-KI: [-3,73; -1,15]; siehe Abbildung 4), bei keiner statistischen Heterogenität (I^2 = 0 %). Das 95 %-KI der entsprechenden SMD (Hedges' g) liegt vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert (Hedges' g: −0,96; 95 %-KI: [-1,51; -0,40]). Dieses Ergebnis beruht ausschließlich auf Studien mit hohem Verzerrungspotenzial, daher ergibt sich für den Endpunkt Angstsymptomatik zum Zeitpunkt nach Interventionsende bei Personen mit Phobien ein Hinweis für einen Nutzen von EFT im Vergleich zu einer Entspannungstechnik.

Personen mit PTBS

In 3 Studien (Al-Hadethe 2015, Church 2013, Geronilla 2016) wurden zudem Ergebnisse zur Änderung der Angstsymptomatik für den Vergleich EFT versus keine Behandlung bei Personen mit PTBS berichtet. Al Hadethe 2015 verwendete dabei die HAD – Anxiety Subskala, während bei Church 2013 und Geronilla 2016 die SA-45 Anxiety Subskala eingesetzt wurde. Alle 3 Studien berichten unmittelbar nach Interventionsende (4 Behandlungssitzungen in 2 Wochen beziehungsweise 6 Behandlungen in 30 Tagen) Verbesserungen in der jeweiligen Angstskala mit EFT im Vergleich zu keiner Behandlung. Aufgrund der verschiedenen Skalen wird eine Metaanalyse mittels SMD herangezogen. Diese zeigt einen statistisch signifikanten Effekt zu Gunsten von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung bei der Angstsymptomatik (SMD = -1,05; 95 %-KI: [-1,49; -0,60]; siehe Abbildung 5), bei keiner statistischen Heterogenität (I^2 = 0 %). Das 95 %-KI der SMD (Hedges' g) liegt vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert. Das Ergebnis beruht jedoch ausschließlich auf Studien mit hohem Verzerrungspotenzial. Daher ergibt sich für den Endpunkt

Angstsymptomatik zum Zeitpunkt nach der Intervention bei Personen mit PTBS ein Hinweis für einen Nutzen von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung.

In der Studie Al-Hadethe 2015 wurden auch Ergebnisse der HAD-Anxiety Subskala nach einem Follow-Up von 12 Monaten berichtet. Auch zu diesem Zeitpunkt wurde ein statistisch signifikanter Vorteil von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung im Hinblick auf die Angstsymptomatik berichtet (MD = -2,70; 95 %-KI: [-4,56; -0,84]). Das 95 %-KI der entsprechenden SMD (Hedges' g) liegt vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert (Hedges' g nach 12 Monaten Follow-Up: -0,88; 95 %-KI: [-1,53; -0,23]). Das Ergebnis beruht jedoch auf einer einzelnen Studie mit hohem Verzerrungspotenzial. Zum Zeitpunkt nach Ende eines 12-monatigem Follow-Up ergibt sich daher für den Endpunkt Angstsymptomatik bei Personen mit PTBS auf Basis einer Studie mit hohem Verzerrungspotenzial ein Anhaltspunkt für einen Nutzen von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung.

In der Studie Al-Hadethe 2015 wurde EFT zusätzlich mit einer Expositionsbehandlung verglichen. Dabei wurde unmittelbar nach Ende der Intervention (4 Sitzungen in 2 Wochen) ein statistisch signifikanter Vorteil bei der Verbesserung der Angstsymptomatik für EFT im Vergleich zur Expositionsbehandlung berichtet (HAD Anxiety Subskala: MD = -2,77; 95 %-KI: [-4,56; -0,98], nicht jedoch nach einem Follow-Up von 12 Monaten (MD: -0,17; 95 %-KI: [-1,91; 1,57]). Das 95 %-KI der entsprechenden SMD (Hedges' g) zum Zeitpunkt Interventionsende liegt vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert (Hedges' g: -0,97; 95 %-KI: [-1,63; -0,30]). Dieses Ergebnis beruht auf einer einzelnen Studie mit hohem Verzerrungspotenzial, daher ergibt sich für den Endpunkt Angstsymptomatik bei Personen mit PTBS ein Anhaltspunkt für einen Nutzen von EFT im Vergleich zu einer Expositionsbehandlung. Für den Erhebungszeitpunkt nach einem 12-monatigem Follow-Up ergibt sich jedoch für den Endpunkt Angstsymptomatik kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen höheren oder geringeren Nutzen von EFT im Vergleich zu einer Expositionsbehandlung.

In der Studie Karatzias 2011 wurde EFT im Vergleich zu einer EMDR bei Personen mit PTBS untersucht. Dabei wurde weder unmittelbar nach Ende der Intervention (4 Sitzungen), noch nach einem Follow-Up von 3 Monaten ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen EFT und EMDR im Hinblick auf die Angstsymptomatik berichtet (HAD Anxiety Subskala: MD zu Interventionsende = -1,00; 95 %-KI: [-4,64; 2,64]; MD nach 3 Monate Follow-Up = -0,40; 95 %-KI: [-3,96; 3,16]).

Es ergibt sich daraus für den Endpunkt Angstsymptomatik sowohl zum Zeitpunkt nach Interventionsende als auch nach einem 3-monatigem Follow-Up kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen höheren oder geringeren Nutzen von EFT im Vergleich zur EMDR.

4.5.2 Ergebnisse zu psychosomatischen Beschwerden

Personen mit Phobien

Für die Nutzenbewertung verwertbare Ergebnisse zu psychosomatischen Beschwerden für den Vergleich EFT/TFT versus keine Behandlung bei Personen mit Phobien wurden nur in 1 Studie (Irgens 2017) berichtet. Nach der Intervention (5 Sitzungen in 3 Monaten) lag dabei eine statistisch signifikante Verbesserung im BSQ-Score mit TFT im Vergleich zu keiner Behandlung vor (MD = -0.74; 95 %-KI: [-1,24; -0,24]). Das 95 %-KI der entsprechenden SMD (Hedges' g) zum Zeitpunkt Interventionsende liegt vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert (Hedges' g: -0,83; 95 %-KI: [-1,42; -0,24]). Dieses Ergebnis beruht auf einer einzelnen Studie mit hohem Verzerrungspotenzial, daher ergibt sich für den Endpunkt psychosomatische Beschwerden bei Personen mit Phobien ein Anhaltspunkt für einen Nutzen von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung.

Zusätzlich wurde in der Studie Irgens 2017 TFT mit einer KVT verglichen. Dabei wurde unmittelbar nach Ende der Intervention kein statistisch signifikanter Unterschied im BSQ-Score zwischen TFT und KVT berichtet (MD = -0,11; 95 %-KI: [-0,51; 0,29]). Auch nach einem Follow-Up von 9 bis 12 Monaten lag kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen TFT und KVT vor (MD = 0,29; 95 %-KI: [-0,06; 0,64]). Es ergibt sich daher für den Endpunkt psychosomatische Beschwerden sowohl zum Zeitpunkt nach Interventionsende als auch nach einem 9 bis 12-monatigem Follow-Up kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen höheren oder geringeren Nutzen oder Schaden von TFT im Vergleich zur KVT.

Personen mit PTBS

In 2 Studien (Church 2013, Geronilla 2016) wurden Ergebnisse zu psychosomatischen Beschwerden für den Vergleich EFT versus keine Behandlung bei Personen mit PTBS berichtet. Beide Studien berichten unmittelbar nach Interventionsende (6 Behandlungen in 30 Tagen) statistisch signifikante Verbesserungen in der SA-45 Somatisierung Subskala mit EFT im Vergleich zu keiner Behandlung. Die Metaanalyse dieser Studien zeigt einen statistisch signifikanten Effekt zu Gunsten von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung (MD = -10,45; 95 %-KI: [-14,17; -6,74]; siehe Abbildung 6), bei keiner statistischen Heterogenität (I^2 = 0 %).

Das 95 %-KI der entsprechenden SMD (Hedges' g) liegt vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von -0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert (Hedges' g: -1,08; 95 %-KI: [-1,50; -0,67]). Dieses Ergebnis beruht ausschließlich auf Studien mit hohem Verzerrungspotenzial, daher ergibt sich für den Endpunkt psychosomatische Beschwerden zum Zeitpunkt nach der Intervention bei Personen mit PTBS ein Hinweis für einen Nutzen von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung.

4.5.3 Ergebnisse zu depressiver Symptomatik

Personen mit diversen Angststörungen

In der Studie Irgens 2012 wurde bei Personen mit einer oder mehreren Angststörungen unmittelbar nach Ende der Interventionsphase von 2,5 Monaten kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen TFT und keiner Behandlung im Hinblick auf die depressiven Symptomatik, erhoben mittels HAD Depression Subskala, berichtet (MD = -1,07; 95 %-KI: [-3,79; 1,65]). Es ergibt sich daraus für den Endpunkt depressive Symptomatik zum Zeitpunkt nach Interventionsende kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen Nutzen oder Schaden von TFT im Vergleich zu keiner Behandlung.

Personen mit Phobien

In der Studien Irgens 2017 wurden Ergebnisse zur depressiven Symptomatik für den Vergleich TFT versus keine Behandlung beziehungsweise TFT versus KVT bei Personen mit Phobien mittels Beck Depression Inventory (BDI) erhoben.

Unmittelbar nach Interventionsende (5 Behandlungen in 3 Monaten) zeigte sich in der BDI-Skala kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen TFT und keiner Behandlung (MD = -5,59; 95 %-KI: [-11,37; 0,19]). Es ergibt sich daher für den Endpunkt depressive Symptomatik zum Zeitpunkt nach Interventionsende bei Personen mit Phobien kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen Nutzen oder Schaden von TFT im Vergleich zu keiner Behandlung.

Für den Vergleich von TFT mit KVT wurde weder unmittelbar nach Ende der Intervention noch nach einem Follow-Up von 9 bis 12 Monaten ein statistisch signifikanter Unterschied in der BDI-Skala berichtet (MD zu Interventionsende = -2,39; 95 %-KI: [-7,12; 2,34]; MD nach 9 bis 12 Monaten Follow-Up = -0,10; 95 %-KI: [-4,65; 4,45]). Für den Endpunkt depressive Symptomatik ergibt sich sowohl zum Zeitpunkt nach Interventionsende als auch nach einem 9 bis 12-monatigen Follow-Up kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen höheren oder geringeren Nutzen von TFT im Vergleich zur KVT.

Personen mit PTBS

In 3 Studien (Al-Hadethe 2015, Church 2013, Geronilla 2016) wurden Ergebnisse zur depressiven Symptomatik für den Vergleich EFT versus keine Behandlung bei Personen mit PTBS berichtet. Al Hadethe 2015 verwendete dabei die HAD – Depression Subskala, während bei Church 2013 und Geronilla 2016 die SA-45 Depression Subskala eingesetzt wurde. Alle 3 Studien berichten unmittelbar nach Interventionsende (4 Behandlungssitzung in 2 Wochen beziehungsweise 6 Behandlungen in 30 Tagen) statistisch signifikante Verbesserungen in der jeweiligen Subskala mit EFT im Vergleich zu keiner Behandlung. Aufgrund der verschiedenen Skalen wird eine Metaanalyse mittels SMD herangezogen. Diese zeigt einen statistisch signifikanten Effekt zu Gunsten von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung bei der depressiven

Symptomatik (SMD = -1,26; 95 %-KI: [-1,76; -0,76]; siehe Abbildung 7), bei keiner erhöhten statistisch signifikanten Heterogenität (I^2 = 45,7 %).

Das 95 %-KI der SMD (Hedges' g) liegt vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert. Das Ergebnis beruht ausschließlich auf Studien mit hohem Verzerrungspotenzial, daher ergibt sich für den Endpunkt depressive Symptomatik zum Zeitpunkt nach der Intervention bei Personen mit PTBS ein Hinweis für einen Nutzen von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung.

In der Studie Al-Hadethe 2015 wurden auch Ergebnisse nach einem Follow-Up von 12 Monaten berichtet. Auch zu diesem Zeitpunkt wurde ein statistisch signifikanter Vorteil von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung im Hinblick auf die depressive Symptomatik berichtet (MD = -3,50; 95 %-KI: [-5,14; -1,86]). Das 95 %-KI der entsprechenden SMD (Hedges' g) liegt vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert (Hedges' g nach 12 Monaten Follow-Up: -1,30; 95 %-KI: [-1,99; -0,61]). Zum Zeitpunkt nach Ende eines 12-monatige Follow-Ups liegen nur Ergebnisse einer RCT mit hohem Verzerrungspotenzial vor, daher ergibt sich hier für den Endpunkt depressive Symptomatik bei Personen mit PTBS ein Anhaltspunkt für einen Nutzen von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung.

In der Studie Al-Hadethe 2015 wurde EFT zusätzlich mit einer Expositionsbehandlung verglichen. Dabei wurde unmittelbar nach Ende der Intervention (4 Sitzungen in 2 Wochen) ein statistisch signifikanter Vorteil bei der Verbesserung der depressiven Symptomatik gemessenen mittels HAD-Depression Subskala für EFT im Vergleich zur Expositionsbehandlung berichtet (MD = -2,43; 95 %-KI: [-3,91; -0,95]. Nach einem Follow-Up von 12 Monaten zeigte sich hingegen kein statistisch signifikanter Unterschied (MD = -1,05; 95 %-KI: [-2,35; 0,25]).

Das 95 %-KI der SMD (Hedges' g) zum Zeitpunkt Interventionsende liegt vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert (Hedges' g: -1,02; 95 %-KI: [-1,69; -0,35]). Dieses Ergebnis beruht auf einer einzelnen Studie mit hohem Verzerrungspotenzial, daher ergibt sich für den Endpunkt depressive Symptomatik zum Zeitpunkt nach der Intervention bei Personen mit PTBS ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen von EFT im Vergleich zu einer Expositionsbehandlung. Zum Zeitpunkt nach 12 Monaten Follow-Up ergibt sich kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen höheren oder geringeren Nutzen von EFT im Vergleich zu einer Expositionsbehandlung bei Personen mit PTBS.

In der Studie Karatzias 2011 wurde EFT im Vergleich zu einer EMDR bei Personen mit PTBS untersucht. Dabei wurde weder unmittelbar nach Ende der Intervention (4 Sitzungen) noch nach einem Follow-Up von 3 Monaten ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen EFT und EMDR im Hinblick auf die depressive Symptomatik berichtet (HAD-Depression Subskala:

MD bei Interventionsende = -0,40; 95 %-KI: [-4,66; 3,86]; MD nach 3 Monate Follow-Up = -0,60; 95 %-KI: [-5,14; 3,94]). Es ergibt sich daraus für den Endpunkt depressive Symptomatik sowohl zum Zeitpunkt nach Interventionsende als auch nach einem 3-monatigen Follow-Up kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen höheren oder geringeren Nutzen von EFT im Vergleich zur EMDR.

4.5.4 Ergebnisse zu PTBS Symptomatik

Personen mit PTBS

In 3 Studien (Al-Hadethe 2015, Church 2013, Geronilla 2016) wurden Ergebnisse zur PTBS Symptomatik für den Vergleich EFT versus keine Behandlung bei Personen mit PTBS berichtet. In Al Hadethe 2015 waren traumatisierte männliche Jugendliche aus dem Irak eingeschlossen, zur Erhebung der PTBS-Symptomatik kam die SPTSS zur Anwendung. Church 2013 und Geronilla 2016 wiederum setzten die PCL-M bei US-amerikanischen Armee-Veteranen ein. Die Metaanalyse mit den Ergebnissen aus Church 2013 und Geronilla 2016 zeigt einen statistisch signifikanten Effekt zu Gunsten von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung bei der PTBS Symptomatik (MD = -26,72; 95 %-KI: [-31,09; -22,36]; siehe Abbildung 8), bei keiner bedeutsamen statistischen Heterogenität (I^2 = 25 %). Das95 %-KI der SMD (Hedges' g) liegt vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert (Hedges' g: -2,21; 95 %-KI: [-2,72; -1,71]). In der Studie Al-Hadethe 2015 wird unmittelbar nach Interventionsende (4 Behandlungssitzungen in 2 Wochen) ebenfalls eine Verbesserung mit EFT im Vergleich zu keiner Behandlung berichtet (SPTSS: MD = -11,40; 95 %-KI: [-16,73; -6,07]. Das 95 %-KI der SMD (Hedges' g) liegt auch hier vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert (Hedges' g: -1,30; 95 %-KI: [-1,99; -0,61]). Die Ergebnisse beruhen jedoch ausschließlich auf Studien mit hohem Verzerrungspotenzial. Daher ergibt sich für den Endpunkt PTBS Symptomatik zum Zeitpunkt nach der Intervention bei Personen mit PTBS ein Hinweis für einen Nutzen von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung.

In der Studie Al-Hadethe 2015 wurden auch Ergebnisse der SPTSS nach einem Follow-Up von 12 Monaten berichtet. Auch zu diesem Zeitpunkt wurde ein statistisch signifikanter Vorteil von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung im Hinblick auf die PTBS Symptomatik berichtet (MD = -11,40; 95 %-KI: [-17,10; -5,70]). Das 95 %-KI der entsprechenden SMD (Hedges' g) liegt vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert (Hedges' g nach 12 Monaten Follow-Up: -1,25; 95 %-KI: [-1,94; -0,55]). Das Ergebnis beruht jedoch auf einer einzelnen Studie mit hohem Verzerrungspotenzial. Zum Zeitpunkt nach Ende eines 12-monatigem Follow-Up ergibt sich daher für den Endpunkt PTBS Symptomatik bei Personen mit PTBS ein Anhaltspunkt für einen Nutzen von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung.

In der Studie Al-Hadethe 2015 wurde EFT zusätzlich mit einer Expositionsbehandlung verglichen. Dabei wurde sowohl unmittelbar nach Ende der Intervention (4 Sitzungen in 2 Wochen) (SPTSS: MD = -4,61; 95 %-KI: [-8,39; -0,83]) als auch nach einem Follow-Up von 12 Monaten (SPTSS: MD = -0,17; 95 %-KI: [-1,91; 1,57]) ein statistisch signifikanter Vorteil bei der Verbesserung der PTBS-Symptomatik für EFT im Vergleich zur Expositionsbehandlung berichtet. Die 95 %-KIs der entsprechenden SMD (Hedges' g) zum beiden Zeitpunkt liegen jedoch zum Teil innerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Daher lässt sich daraus kein relevanter Effekt ableiten (Hedges' g zu Interventionsende: -0,75; 95 %-KI: [-1,41; -0,10]; Hedges' g bei 12 Monate Follow-Up: -0,64; 95 %-KI: [-1,28; 0,01]). Es ergibt sich für den Endpunkt PTBS Symptomatik bei Personen mit PTBS kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen höheren oder geringeren Nutzen von EFT im Vergleich zu einer Expositions-behandlung zum Zeitpunkt bei Interventionsende sowie nach 12 Monaten Follow-Up.

In der Studie Karatzias 2011 wurde EFT im Vergleich zu einer EMDR bei Personen mit PTBS untersucht. Dabei wurde weder unmittelbar nach Ende der Intervention (4 Sitzungen), noch nach einem Follow-Up von 3 Monaten ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen EFT und EMDR im Hinblick auf die PTBS Symptomatik berichtet (PCL-C: MD zu Interventionsende = 0,40; 95 %-KI: [-10,87; 11,67]; MD nach 3 Monate Follow-Up = -2,10; 95 %-KI: [-13,62; 9,42]). Es ergibt sich daraus für den Endpunkt PTBS Symptomatik sowohl zum Zeitpunkt nach Interventionsende als auch nach einem 3-monatigem Follow-Up kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen höheren oder geringeren Nutzen von EFT im Vergleich zur EMDR.

In der Studie Nemiro 2015 wurde EFT im Vergleich zu einer KVT bei Personen mit PTBS untersucht. Die PTBS Symptomatik wurde mittels HTQ erhoben. Dabei wurde sowohl unmittelbar nach Ende der Intervention (8 Sitzungen in 4 Wochen) als auch nach 6 Monaten Follow-Up kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen EFT und KVT im Hinblick auf die PTBS Symptomatik berichtet (MD bei Interventionsende = -0,24; 95 %-KI: [-0,52; 0,04]; MD nach 6 Monaten Follow-Up = 0,09; 95 %-KI: [-0,13; 0,31]).

Auch ergibt sich für den Endpunkt PTBS Symptomatik zum Zeitpunkt sowohl nach Interventionsende als auch nach einem 6-monatigem Follow-Up kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen höheren oder geringeren Nutzen von EFT im Vergleich zur KVT.

4.5.5 Ergebnisse zu allgemeinem und sozialem Funktionsniveau

Personen mit diversen Angststörungen

In der Studie Irgens 2012 wurden bei Personen mit einer oder mehreren Angststörungen die Beeinträchtigungen in den Bereichen Arbeit, soziales Leben und Familie mittels Sheehan Disability Scale erhoben. Dabei wurden unmittelbar nach Ende der Interventionsphase von 2,5 Monaten keine statistisch signifikanten Vor- oder Nachteile von TFT im Vergleich zu keiner Behandlung in den Bereichen Soziales (MD = -1,21; 95 %-KI: [-3,00; 0,58]), Familie (MD = -0,31;

95 %-KI: [-2,08; 1,46]) und Arbeit (MD = -0,81; 95 %-KI: [-3,15; 1,53]) berichtet. Es ergibt sich daraus insgesamt für den Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau zum Zeitpunkt nach Interventionsende kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen Nutzen oder Schaden von TFT im Vergleich zu keiner Behandlung.

4.5.6 Ergebnisse zu unerwünschten Ereignissen

Personen mit Phobien

In der Studie Salas 2011 wurde berichtet, dass in den Studiengruppen (EFT beziehungsweise Entspannungstechnik) während der Studie (1 Behandlungssitzung) keine UEs auftraten. Es ist jedoch unklar, ob die Erhebung systematisch erfolgte. In der Studie Irgens 2017 wurden Angaben zu UEs für die Studiengruppen TFT und KVT gemacht. Dabei kam es im 9 bis 12-monatigen Follow-Up bei 1 Person in der EFT-Gruppe zu einem UE (traumatische Erinnerungen) sowie bei 6 Personen in der KVT-Gruppe (unangenehme / ermüdende Behandlung beziehungsweise Anstieg der Symptomatik). Der Gruppenunterschied ist statistisch nicht signifikant (RR = 0,17; 95 %-KI: [0,02; 1,32]). Für die Studiengruppe mit keiner Behandlung fanden sich keine Angaben zu unerwünschten Ereignissen.

Insgesamt ergibt sich daraus bei Personen mit Phobien für den Zeitraum der Intervention kein Anhaltpunkt, Hinweis oder Beleg für einen höheren oder geringeren Schaden durch EFT im Vergleich zu einer Entspannungstechnik. Im Vergleich zur KVT ergibt sich kein Anhaltpunkt, Hinweis oder Beleg für einen höheren oder geringeren Schaden durch EFT im Zeitraum von 12 Monaten.

Personen mit PTBS

Es wurde berichtet, dass in den Studien Church 2013 und Geronilla 2016 in den Studiengruppen (EFT versus keine Behandlung) während der Interventionsphase (1 Monat) sowie in Nemiro 2015 in den Studiengruppen (EFT versus KVT) während der Interventionsphase (4 Wochen) beziehungsweise im Zeitraum von 6 Monaten Follow-Up keine UEs auftraten. Es ist jedoch unklar, ob die Erhebungen systematisch erfolgten.

Insgesamt ergibt sich daraus bei Personen mit PTBS kein Anhaltpunkt, Hinweis oder Beleg für einen Schaden durch EFT im Vergleich zu keiner Behandlung beziehungsweise kein Anhaltpunkt, Hinweis oder Beleg für einen höheren oder geringeren Schaden durch EFT im Vergleich einer KVT.

4.6 Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse

Landkarte der Beleglage

Die folgende Tabelle 3 zeigt die Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte.

Tabelle 3: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte

Vergleich	Zeitpunkt	Morbidität					Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Allgemeines und soziales Funktionsniveau	Nebenwirkungen	
		Angstsymptomatik	Psychosomatische Beschwerden	Depressive Symptomatik	PTBS Symptomatik	Wiederauftreten der angstspezifischen Symptomatik			Alle UE	SUE
Diverse Angststörungen										
TFT vs. keine Behandlung	nach Intervention	⇔ (1 RCT)	–	⇔ (1 RCT)	n. a.	–	–	⇔ (1 RCT)	–	–
Phobien										
EFT / TFT vs. keine Behandlung	nach Intervention	⇑ (3 RCTs)	⇗ (1 RCT)	⇔ (1 RCT)	n. a.	–	–	–	–	–
EFT vs. Placebobehandlung	nach Intervention	⇗ (1 RCT)	–	–	n. a.	–	–	–	–	–
EFT vs. Entspannungstechnik	nach Intervention	⇑ (2 RCTs)	–	–	n. a.	–	–	–	⇔ (1 RCT)	⇔ (1 RCT)
TFT vs. KVT	nach Intervention	⇔ (1 RCT)	⇔ (1 RCT)	⇔ (1 RCT)	n. a.	–	–	–	–	–
	9 bis 12 Mo FU	⇔ (1 RCT)	⇔ (1 RCT)	⇔ (1 RCT)	n. a.	–	–	–	⇔ (1 RCT)	–
Posttraumatische Belastungsstörung										
EFT vs. keine Behandlung	nach Intervention	⇑ (3 RCTs)	⇑ (2 RCTs)	⇑ (3 RCTs)	⇑ (3 RCTs)	–	–	–	⇔ (2 RCTs)	⇔ (2 RCTs)
	12 Mo FU	⇗ (1 RCT)	–	⇗ (1 RCT)	⇗ (1 RCT)	–	–	–	–	–
EFT vs. KVT	nach Intervention	–	–	–	⇔ (1 RCT)	–	–	–	⇔ (1 RCT)	⇔ (1 RCT)
	6 Mo FU	–	–	–	⇔ (1 RCT)	–	–	–	⇔ (1 RCT)	⇔ (1 RCT)

Tabelle 3: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte

Vergleich	Zeitpunkt	Morbidität					Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Allgemeines und soziales Funktionsniveau	Nebenwirkungen	
		Angstsymptomatik	Psychosomatische Beschwerden	Depressive Symptomatik	PTBS Symptomatik	Wiederauftreten der angstspezifischen Symptomatik			Alle UE	SUE
EFT vs. Expositionstherapie	nach Intervention	⇗ (1 RCT)	–	⇗ (1 RCT)	⇔ (1 RCT)	–	–	–	–	–
	12 Mo FU	⇔ (1 RCT)	–	⇔ (1 RCT)	⇔ (1 RCT)	–	–	–	–	–
EFT vs. EMDR	nach Intervention	⇔ (1 RCT)	–	⇔ (1 RCT)	⇔ (1 RCT)	–	–	–	–	–
	3 Mo FU	⇔ (1 RCT)	–	⇔ (1 RCT)	⇔ (1 RCT)	–	–	–	–	–

⇑: Hinweis auf einen (höheren) Nutzen
⇗: Anhaltspunkt für einen (höheren) Nutzen
⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis
–: keine Daten berichtet bzw. Daten nicht für die Nutzenbewertung verwertbar

EFT: Emotional Freedom Technique; EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing; FU: Follow-Up; Mo: KVT: kognitive Verhaltenstherapie; Monate; n. a.: nicht anwendbar; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SUE: schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis; TFT: Thought field therapy; UE: unerwünschtes Ereignis; vs: versus.

Bewertung des Umfangs unpublizierter Daten

Zu EFT konnten 3 RCTs mit nicht publizierten Daten identifiziert werden. Dies sind einerseits 1 abgeschlossene RCT beziehungsweise 1 RCT mit unklarem Status ohne Publikationen sowie andererseits 1 aktuell laufende Studie. Zur abgeschlossenen RCT sowie zur RCT mit unklarem Status wurden Autorenanfragen durchgeführt, auf die jedoch keine Rückmeldung erfolgte. Auf die Autorenanfrage zur laufenden Studie gab es hingegen eine Rückmeldung (siehe Tabelle 8). Die abgeschlossene RCT aus den USA untersuchte EFT im Vergleich zu einer Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung) bei Personen mit PTBS. Aufgrund der sehr geringen Teilnehmerzahlen (12 Personen) ist von keinem Einfluss der fehlenden Daten auf die Aussagesicherheit zu EFT bei Personen mit PTBS auszugehen. Die RCT mit unklarem Status aus dem Iran untersuchte EFT im Vergleich zu keiner Behandlung bei älteren Personen (Alter ≥ 60 Jahre) mit Angst- und Schlafstörungen. Bei dieser RCT ist eine geplante Studiengröße von 80 Personen angegeben. Da die Art der Angststörung aus den Angaben im Studienregister nicht hervorgeht, ist unklar, ob die Ergebnisse einen Einfluss auf die Aussagen des Berichts hätten (siehe Tabelle 10). Die laufende RCT aus Süd-Korea untersucht EFT im Vergleich zu keiner Behandlung beziehungsweise einer Expositionstherapie bei 120 Personen mit PTBS. Da aktuell in die Nutzenbewertung von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung bzw. im Vergleich zu einer Expositionstherapie nur Studien mit einer Teilnehmerzahl von insgesamt rund 150 bzw. 40 Personen eingeschlossen sind, könnten die Ergebnisse der laufenden RCT einen Einfluss auf die aktuelle Aussagesicherheit haben. Daher wurde eine Autorenanfrage gestellt. Die Autorinnen- und Autoren der laufenden Studie antworteten, dass eine Publikation der Studie voraussichtlich Anfang 2028 erfolgen wird. Darüber hinaus ist anzumerken, dass 7 der 11 inkludierten RCTs (64 %) keinen Eintrag in einem Studienregister aufweisen. Es besteht daher die Möglichkeit, dass auch weitere nicht registrierte Studien zu EFT bei Angststörungen durchgeführt wurden, deren Ergebnisse jedoch nicht publiziert wurden.

In der in die Nutzenbewertung inkludierten RCT Irgens 2012 zum Vergleich TFT versus keine Behandlung bei Personen mit unterschiedlichen Angststörungen wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer anhand von 11 Fragen erhoben. Die Ergebnisse wurden jedoch nicht berichtet, da nach Angaben der Studienautorinnen und -autoren die verwendeten Fragen zuvor nicht validiert wurden.

Nutzen-Schaden-Abwägung

Im Vergleich zu keiner Behandlung ergibt sich sowohl bei Personen mit Phobien als auch bei Personen mit PTBS ein Hinweis für einen Nutzen hinsichtlich der Angstsymptomatik durch EFT bzw. TFT unmittelbar nach Ende der Behandlungsphase. Bei Personen mit PTBS ergibt sich zudem ein Anhaltspunkt für einen über 12 Monate anhaltenden Nutzen von EFT im Vergleich zu keiner Behandlung. Bei Personen mit Phobien ergibt sich für TFT im Vergleich zu keiner Behandlung auch ein Anhaltspunkt für ein Nutzen im Hinblick auf eine Verbesserung der psychosomatischen Beschwerden unmittelbar nach Ende der Behandlungsphase. Bei

Personen mit PTBS ergibt sich unmittelbar nach Ende der Behandlungsphase für EFT im Vergleich zu keiner Behandlung ein Hinweis für einen Nutzen hinsichtlich der Verbesserung einer depressiven Symptomatik, der psychosomatischen Beschwerden und der PTBS Symptomatik, sowie ein Anhaltspunkt für einen Nutzen hinsichtlich der depressiven Symptomatik und der PTBS Symptomatik auch nach 12 Monaten. Demgegenüber gibt es bei Personen mit PTBS keinen Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen Schaden durch EFT im Vergleich zu keiner Behandlung. Bei Personen mit Phobien ist ein möglicher Schaden von EFT / TFT im Vergleich zu keiner Behandlung nicht beurteilbar, da in den Studien UEs nicht erhoben wurden. Es ist insgesamt auch anzumerken, dass in 6 der 7 inkludierten Studien ein Wartelistendesign in der Kontrollgruppe zur Anwendung kam, welches zu einer Überschätzung der Effekte führen kann [50,51]. Zudem wurde in den RCTs mit Personen mit Phobien mehrheitlich nur eine einzelne Behandlungssitzung durchgeführt und die Symptome unmittelbar nach dieser Behandlung erhoben. Es bleibt daher unklar, ob der abgeleitete Nutzen auch über den Zeitraum unmittelbar nach der Behandlung hinaus anhält.

Im Vergleich zu einer Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung) ergibt sich bei Personen mit Phobien ein Hinweis für einen Zusatznutzen hinsichtlich der Angstsymptomatik durch EFT unmittelbar nach einer Behandlungssitzung. Demgegenüber gibt es keinen Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen Schaden durch EFT im Vergleich zu der Entspannungstechnik. Da auch hier nur eine einzelne EFT-Sitzung durchgeführt und die Angstsymptome unmittelbar danach erhoben wurden, bleibt unklar ob der postulierte Nutzen auch über den Zeitraum unmittelbar nach der Behandlung hinaus anhält.

Im Vergleich zu einer Expositionstherapie ergibt sich bei Personen mit PTBS ein Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen von EFT hinsichtlich der Angstsymptomatik und der depressiven Symptomatik unmittelbar nach Behandlungsende. Nach 12 Monaten Follow-Up liegt hingegen kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen Zusatznutzen mehr vor. Hinsichtlich der PTBS Symptomatik insgesamt ergibt sich zu keinem Zeitpunkt ein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen höheren oder geringeren Nutzen einer EFT im Vergleich zu einer Expositions-therapie. Ein möglicher höherer oder geringerer Schaden von EFT im Vergleich zu einer Expositionstherapie ist nicht beurteilbar, da in der Studie UEs nicht erhoben wurden.

Für Personen mit ein oder mehreren unterschiedlichen Angststörungen konnte für TFT im Vergleich zu keiner Behandlung kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen Nutzen oder Schaden im Hinblick auf die Endpunkte Angstsymptomatik, depressive Symptomatik sowie allgemeines und soziales Funktionsniveau abgeleitet werden, da die Ergebnisse der Studie nicht statistisch signifikant waren. Ebenfalls keine Anhaltspunkte, Hinweise oder Belege für einen Nutzen oder Schaden aufgrund statistisch nicht signifikanter Unterschiede ergeben sich bei Personen mit Phobien für den Vergleich TFT versus KVT für die Endpunkte Angstsymptomatik, depressive Symptomatik, allgemeines und soziales Funktionsniveau und

unerwünschte Ereignisse sowie bei Personen mit PTBS für die Vergleiche EFT versus EMDR hinsichtlich der Endpunkte Angstsymptomatik und depressive Symptomatik sowie versus KVT hinsichtlich des Endpunkts unerwünschte Ereignisse. Hinsichtlich der PTBS Symptomatik insgesamt ergibt sich zu keinem Zeitpunkt ein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen höheren oder geringeren Nutzen einer EFT im Vergleich zu einer EMDR oder zu einer KVT.

Ergebnisse zu unerwünschten Ereignissen werden nur vereinzelt in den Studien berichtet, wobei diese vermutlich nur in einer Studie systematisch erhoben wurden. Dabei kam es in 4 Studien zu keinen unerwünschten Ergebnissen in den Studiengruppen in der Interventionsphase beziehungsweise in 1 Studie im 6-monatigen Follow-Up. In 1 Studie wurde kein Unterschied in der Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen zwischen TFT und KVT im 9 bis 12-monatigen Follow-Up berichtet.

Zusammenfassend zeigen sich für EFT oder die verwandte Methode TFT im Vergleich zu keiner Behandlung, einer Entspannungstechnik oder einer Expositionstherapie bei einzelnen Endpunkten Hinweise oder Anhaltspunkte auf einen Nutzen bei gleichzeitig keinem Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen Schaden. Im Vergleich zu anderen psychotherapeutischen Verfahren wie KVT oder EMDR konnten keine Anhaltspunkte, Hinweise oder Belege eines höheren oder geringeren Nutzens oder Schadens abgeleitet werden. Insgesamt ist darauf hinzuweisen, dass alle eingeschlossenen Studien aufgrund der fehlenden Verblindung der Studienteilnehmenden bei gleichzeitig ausschließlich subjektiven Endpunkterhebung ein hohes Verzerrungspotenzial aufweisen. Ergebnisse zu unerwünschten Ereignissen wurden nur vereinzelt in den Studien berichtet, wobei diese nur in einer Studie systematisch erhoben wurden. Darüber hinaus erfolgt die vergleichende Endpunkterhebung in den Studien zumeist kurzfristig direkt nach dem Ende der Behandlung. Erhebungen nach einem längeren Follow-Up von 3 bis 17 Monaten erfolgten in etwa der Hälfte der inkludierten Studien, jedoch waren diese Daten aus unterschiedlichen Gründen nur aus 4 RCTs mit einer Follow-Up Dauer von maximal 12 Monaten verwertbar. Valide Aussagen zu langfristigen Effekten einer EFT oder TFT sind daher nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich.

5 Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung

5.1 Interventionskosten

In Deutschland ist die EFT keine anerkannte psychotherapeutische Behandlung nach Psychotherapierichtlinie [52], sondern gilt als ergänzende (komplementäre) Methode. Entsprechend kann die EFT von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von zugelassenen Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern innerhalb der Ausübung ihrer Heilkunde bei Personen mit Angst- oder Panikstörungen nicht als über die GKV abrechenbare Behandlung eingesetzt werden. Ein Einsatz der EFT als komplementäre Maßnahme ist im Rahmen der therapeutischen Methodenfreiheit grundsätzlich möglich, beispielsweise als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) beziehungsweise Selbstzahler-Leistung. Unklar ist, ob die EFT auch als Teil beispielsweise einer Gesprächs- oder Verhaltenstherapie zum Einsatz kommen und über diese abgerechnet werden kann/könnte (vgl. Abschnitt 6.5). In beiden Fällen würden innerhalb der GKV jedoch für die EFT keine inkrementellen Kosten anfallen, sondern es könnten auch im zweiten Fall allein die für die Gesprächs- oder Verhaltenstherapie abrechenbaren Gebühren nach dem EBM-Katalog (EBM, Einheitlicher Bewertungsmaßstab) abgerechnet werden (siehe Kapitel 35 des EBM-Katalogs zur Psychotherapie, [53]). Als Größenordnung für die hierfür anfallenden Kosten kann das folgende Beispiel dienen: eine Kurzzeit-Verhaltenstherapie beinhaltet insgesamt bis zu 12 Sitzungen von jeweils 50 Minuten, die jeweils über die Gebührenordnungsposition (GOP) 35421 abrechenbar sind (beziehungsweise in der Langzeittherapie über die GOP 35422). Bei 899 Punkten für eine Sitzung nach EBM-Katalog und einem Punktwert von 12,7404 Cent in 2026 (d. h. 0,127404 €) ergibt sich ein abrechenbarer Betrag für eine Sitzung von 114,54 € [53] (es wurden keine Zuschläge gemäß GOP 35591 berücksichtigt).

Auf die Darstellung der Kosten anderer Vergleichstherapien der EFT als der Verhaltenstherapie (beispielsweise für medikamentöse Behandlungen) wurde verzichtet, da diese in den identifizierten Studien zur Nutzenbewertung ebenfalls keine Rolle spielten.

Wird die EFT der Allgemeinheit durch Coaches oder andere Therapeutinnen und Therapeuten frei im Markt angeboten beziehungsweise als IGeL, so ist sie eine Selbstzahler-Leistung. Basierend auf einer orientierenden Recherche auf den Webseiten von EFT-Anbieterinnen und -Anbietern liegen die Kosten für die Inanspruchnahme einer EFT-Sitzung mit einer Dauer von 60 Minuten derzeit zwischen 80 und 150 €. Dieser Betrag ist mit den Kosten einer KVT, die über die GKV abrechenbar ist, näherungsweise vergleichbar.

5.2 Systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Evaluationen

Im Rahmen der Informationsbeschaffung konnten keine relevanten gesundheits-ökonomischen Evaluationen identifiziert und für die Bewertung eingeschlossen werden.

6 Ergebnisse: Ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte

6.1 Ergebnisse der Betroffenenbefragung

Es fanden 2 Gespräche mit Betroffenen statt (1 Frau und 1 Mann). Die auf dem Gesprächsleitfaden basierende und nach den entsprechenden Themen aufbereitete Zusammenfassung der Gespräche einschließlich umfänglicher Zitate der Betroffenen finden sich in Kapitel A10, Zentrale Ergebnisse aus den Betroffeneninterviews. Die von den Betroffenen berichteten Erfahrungen, Einschätzungen und Präferenzen wurden insbesondere für die im Folgenden dargestellten ethischen, sozialen, rechtlichen und organisatorischen Aspekte des Themas herangezogen.

6.2 Ergebnisse zu ethischen Aspekten

Für die Auswertung der ethischen Aspekte wurden insgesamt 16 Publikationen eingeschlossen (Abschnitt A8.2.1).

EFT ist in unterschiedlichen Kontexten einsetzbar: im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung genauso wie zum Einsatz bei Beratung oder Coaching (Abschnitt 1.2) oder in der Selbstanwendung Betroffener. Im Folgenden geht es in erster Linie um die Anwendung von EFT als Behandlung. Als solche wird sie den sogenannten alternativen Methoden zugeordnet (Kapitel 1). Daneben geht es um EFT als mögliche Selbstanwender-Methode.

EFT gilt als Methode mit umstrittener Theorie, weil ein wesentlicher Bestandteil dieser Methode, das Klopfen auf spezielle Akupressurpunkte zum Lösen von Blockaden im körpereigenen Energiesystem, auf der Lehre der sogenannten Meridiane beruht, die ihrerseits wissenschaftlich nicht belegt ist [54,55]. Hinzu kommt eine begrenzte Evidenz (Kapitel 4) bei gleichzeitiger realer, wenn auch im Ausmaß unklarer Anwendung im Versorgungskontext (Abschnitt 6.5). Entscheidend für die ethische Bewertung ist, dass – auch – die Methoden der Komplementär- und Alternativmedizin, sofern sie als Behandlungsmethoden eingesetzt werden, im Wesentlichen an dem Maßstab zu messen sind, an denen die Methoden der konventionellen Medizin gemessen werden [55]. Das liegt zum einen daran, dass für komplementär- und alternativmedizinische Methoden dieselben ethischen und ethik-bezogenen Werte relevant sind wie für die konventionelle Medizin, darunter insbesondere Autonomie, Gesundheit und Wohlbefinden auf individueller und sozialer Ebene. Zum anderen liegt es daran, dass die Ziele sowohl der Komplementär- und Alternativmedizin als auch der konventionellen Medizin die Förderung der Gesundheit, die Linderung von Leiden und die Vermeidung von Schaden sind [56]. Folglich gelten auch für die als Behandlungsmethode eingesetzte EFT als oberste Grundsätze das Wohltuns- und das Nichtschadensgebot. Sofern sich komplementär- und Alternativmedizin auf ihre holistische Wirkung berufen, ist das Argument zu berücksichtigen, dass therapeutische Effekte auf Ebenen auftreten können, die sich quantitativen Messverfahren entziehen. Als Beispiele werden emotionale Gesundheit,

Coping, psychologisches Wachstum, Transformation und Selbstverwirklichung oder auch Versöhnung mit dem Göttlichen oder andere Formulierungen von „Einheit" und Ganzheitlichkeit, oder ein erneuertes oder erweitertes Selbstbewusstsein genannt [57]. Dadurch entsteht ein Paradigmenkonflikt: nicht messbare Wirkannahmen werden in der konventionellen Medizin tendenziell nicht anerkannt [55,58].

EFT allerdings behauptet einen messbaren Nutzen, wie die vorhandene Forschung zeigt. Dieser ist mithin mit den Methoden der evidenzbasierten Medizin überprüfbar, wie vorliegend in der Nutzenbewertung geschehen (Kapitel 4).

Mit der Literaturrecherche wurden nur wenige spezifische Quellen zu EFT identifiziert. Daher wurde ergänzend auf Literatur zu ethischen Fragestellungen in der Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) zurückgegriffen, die der EFT zuzuordnen ist.

Erwarteter Nutzen

Die Nutzenbewertung zeigt einzelne Hinweise und Anhaltspunkte für positive Effekte von EFT beziehungsweise TFT, insbesondere im Vergleich zu keiner Behandlung. Diese betreffen vor allem die Reduktion von Angstsymptomatik bei Phobien, teilweise auch Verbesserungen der depressiven Symptomatik. Ferner gibt es Hinweise auf Vorteile von EFT gegenüber Zwerchfellatmung bei Zoophobie in Bezug auf Angst sowie gegenüber keiner Behandlung bei PTBS in Bezug auf Angst, psychosomatische Beschwerden, Depression und der PTBS Symptomatik insgesamt. Auch im Vergleich zur Expositionstherapie bei PTBS werden einzelne positive Effekte beschrieben. Insgesamt bleibt die Evidenz aber begrenzt, weil sich diese Ergebnisse nahezu ausschließlich auf den Zeitpunkt unmittelbar nach der Intervention beziehen (Kapitel 4). Damit bleibt unklar, ob die beobachteten Effekte langfristig anhalten oder ob es sich (nur) um kurzfristige Effekte handelt. Der Nutzen von EFT über den Zeitpunkt unmittelbar nach der Behandlung hinaus ist somit nicht ausreichend belegt. Ein Nutzen, der mögliche Schäden überwiegt, gilt aber als grundlegende Voraussetzung für die Einführung medizinischer Maßnahmen. Vor diesem Hintergrund basiert die weitere Darstellung auf der Annahme, dass ein langfristiger Nutzen unklar ist. Die in der Literatur sowie in der Betroffenenbefragung identifizierten Argumente werden daher als „mögliche positive" und „mögliche negative Effekte" von EFT diskutiert.

Mögliche positive Effekte

Mögliche positive Effekte von EFT werden in der Literatur zunächst auf normativer Ebene diskutiert. Das Prinzip der Wohltätigkeit wird als potenzielle Rechtfertigung für komplementär- und alternativmedizinische Verfahren (CAM) angeführt: Wenn es ethisch geboten ist, alles zur Verbesserung der Gesundheit eines Patienten zu tun und CAM hierfür einen geeigneten oder sogar besseren Weg darstellen, kann das als Legitimation dienen [56]. Daneben wird betont, dass viele Patientinnen und Patienten sich Behandlungsformen

wünschten, die stärker mit ihren eigenen Werten, Überzeugungen und philosophischen Orientierungen übereinstimmen. Daraus ergebe sich ein Bedarf an Interaktionsformen und Versorgungsangeboten, die in der konventionellen Medizin nicht immer erfüllt würden [57].

Demgegenüber wird evidenzbasierte Medizin als ethische Verpflichtung hervorgehoben. Eine Rechtfertigung über das Wohltätigkeitsprinzip sei nur möglich, wenn tatsächlich ein Nutzen für die Gesundheitsversorgung nachweisbar ist. Darüber hinaus müsse sich jede CAM-bezogene Therapie am Ethos der Wissenschaft messen lassen, insbesondere wenn sie wissenschaftliche Geltung beansprucht. Weder eine starke Bindung an ein alternatives Glaubenssystem noch anekdotische Evidenz reichten aus, um ethische Anforderungen zu erfüllen. Es bestünde zudem die Möglichkeit, dass Patientinnen und Patienten nicht den versprochenen Nutzen erfahren; problematisch seien insofern übertriebene Wirksamkeitsbehauptungen, unrealistische Versprechen oder gar Täuschung und Betrug [55,56].

Hinsichtlich der Wirkmechanismen wird das „Tapping“ beziehungsweise die Akupressur als aktive Intervention kritisch diskutiert. Wegen der spekulativen theoretischen Grundlagen sei schwer erklärbar, warum EFT zu beobachteten Verbesserungen führt. Entsprechend bestehe Forschungsbedarf, etwa in Form von Dismantling-Studien [38,41,44]. Deren Ziel es ist, diejenigen Komponenten einer Behandlung zu identifizieren, die für den Therapieerfolg wichtig sind, und von denjenigen zu trennen, die überflüssig sind. Als mögliche Erklärungen für die Wirkung von EFT werden unter anderem Ablenkungseffekte, verbesserte Anpassungsfähigkeit an Stress sowie Expositionsmechanismen genannt [37,46]. Auch unspezifische therapeutische Faktoren wie Hoffnung, Erwartung und therapeutische Allianz könnten eine Rolle spielen, wobei es als unwahrscheinlich beschrieben wird, dass sämtliche Effekte ausschließlich darauf zurückzuführen sind [43,46]. Weitere Ansätze verweisen auf physiologische Veränderungen, etwa bei Herzfrequenzvariabilität, Blutdruck oder Cortisolspiegel, die zur Stress- und Angstreduktion beitragen könnten. Zudem werden Parallelen zu Achtsamkeitsansätzen gesehen, insbesondere in der Fokussierung auf den gegenwärtigen Moment sowie im Beobachten und Akzeptieren von Erfahrungen [59]. Gleichzeitig wird betont, dass EFT in der Praxis nicht nur aus dem „Klopfen“ bestehe, sondern komplexe kognitive, emotionale und somatische Prozesse einbeziehe, die durch gezielte sprachliche Interventionen adressiert würden [40]. Kritische Stimmen vergleichen EFT jedoch mit der sogenannten „Purple Hat Therapy“, bei der wirksame therapeutische Elemente vorhanden sind, deren Wirkung aber fälschlich einem irrelevanten Bestandteil zugeschrieben wird [54].

In der Betroffenenbefragung wird EFT als sinnvolle Ergänzung zur Gesprächstherapie beschrieben, die helfen könne, tiefe Konflikte und starke Emotionen hervorzubringen und zu bearbeiten. Zudem wird berichtet, dass die Methode ein differenzierteres Wahrnehmen von Emotionen ermögliche, beim Lösen emotionaler Blockaden unterstütze und beruhigend auf

Gefühle wirke. Nach den Sitzungen würden Entspannung und ein angenehmes Körpergefühl wahrgenommen. Darüber hinaus wird EFT auch als mögliche Alternative zur medikamentösen Behandlung genannt.

Mögliche negative Effekte von EFT

In der Nutzenbewertung finden sich keine Anhaltspunkte, Hinweise oder Belege für Schäden durch EFT oder TFT. Dieses Ergebnis bezieht sich jedoch – entsprechend zur Bewertung eines möglichen Nutzens – ausschließlich auf den Zeitpunkt unmittelbar nach der Intervention (Kapitel 4). Außerdem erfolgte in den eingeschlossenen Studien keine systematische Erhebung von Schadens-Endpunkten. Die Sicherheit von EFT über den Zeitpunkt unmittelbar nach der Behandlung hinaus ist somit nicht ausreichend belegt. Damit bleibt offen, ob mögliche unerwünschte Effekte verzögert auftreten.

Entsprechend wird in der Literatur als zentrales Problem diskutiert, dass Patientinnen und Patienten möglicherweise keine wirksame Behandlung erhalten, wenn sie sich für eine CAM-Methode entscheiden, deren Nutzen begrenzt oder unzureichend belegt ist. Daraus könne sich ein gesundheitlicher Nachteil ergeben, der nicht durch die Methode selbst, sondern durch das Ausbleiben effektiver Therapie entsteht [56,60].

Als direktes Risiko von EFT wird das möglicherweise begrenzte medizinische Wissen von CAM-Anbietern diskutiert, insbesondere wenn sie nicht umfassend medizinisch ausgebildet sind und teilweise Konzepte vertreten, die im Widerspruch zur wissenschaftlich fundierten konventionellen Medizin stehen [55].

Neben diesen direkten und indirekten möglichen Schäden werden strukturelle Risiken beschrieben. Ein kritischer Punkt ist die fehlende oder unzureichende Regulation. Berufliche Selbstregulierung zielt auf hohe, einheitliche Standards, auf die Identifizierung kompetenter Berufsausübung sowie die Rechenschaftspflicht und ist eng mit dem ethischen Prinzip der Nichtschädigung verbunden [55]. Fehlt eine solche Regulierung, trügen Patientinnen und Patienten die potenziellen Risiken, die mit der Anwendung von CAM ohne angemessene Aufsicht einhergehen [58]. Im Fall von EFT ist explizit darauf hinzuweisen, dass die Methode in Deutschland nicht reguliert ist, während gleichzeitig zahlreiche Verbände und Einzelpersonen Schulungen und Zertifizierungen anbieten (Abschnitte 1.2 und 6.5).

Die Betroffenenbefragung lässt keine Rückschlüsse auf psychische oder physische Nachteile der EFT zu. Dennoch könne die Anwendung als anstrengend und belastend erlebt werden, insbesondere wenn tiefgehende Konflikte oder starke Emotionen aktiviert werden. Bei intensiveren Themen wird daher eine persönliche therapeutische Begleitung für nötig gehalten; reine Videosprechstunden zum Beispiel werden als unzureichend angesehen. Darüber hinaus werden mögliche Verstärkungen körperlicher Symptome oder Nachwirkungen beschrieben (Abschnitt 6.1).

Auswirkungen auf die Autonomie

Grundlegend für die Patientenautonomie ist die informierte Einwilligung. Patientinnen und Patienten benötigen alle relevanten Informationen, um nicht nur rechtlich wirksam, sondern tatsächlich autonom in Behandlungsvorschläge einwilligen zu können. Dies gilt in besonderem Maße für CAM, für die nur begrenzte Evidenz vorliegt und die in der Regel nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen oder von Leitlinien empfohlen werden. Genau darüber sind Patientinnen und Patienten zu informieren, wenn ihnen EFT als Behandlungsmethode vorgeschlagen wird (Abschnitt 6.4). Sofern das sichergestellt ist, kann die Bereitstellung von CAM-Angeboten als (weitere) Behandlungsmethode die Autonomie von Patientinnen und Patienten stärken, die solche Methoden wünschen [60]. Dies entspricht dem allgemeinen ethischen Prinzip, dass persönliche Überzeugungen und Entscheidungen respektiert werden sollten, solange sie keine Gefahr für andere darstellen [57]. Insbesondere aufgrund seiner Möglichkeit zur Selbstanwendung kann EFT als Autonomie-förderlich betrachtet werden. Anstatt zum Beispiel eine soziale Phobie vollständig zu heilen, wären Patientinnen und Patienten in der Lage, in Situationen mit unerwarteten Angstauslösern eigenständig zu reagieren und entsprechende Strategien anzuwenden [47]. Zusammenfassend wäre EFT somit insbesondere mit der Möglichkeit der Selbstanwendung geeignet, Selbstbestimmung (Wahl der Methode), Eigenverantwortung (Anwendung der Methode) und Selbstwirksamkeit (eigene Kontrolle über den Umgang mit emotionalem Stress, unabhängig von therapeutischer Versorgung) als zentrale Elemente der Patientenautonomie zu fördern.

Gerechtigkeitsethische Auswirkungen

Aus gerechtigkeitsethischer Perspektive zeigen sich in der Literatur mehrere Spannungsfelder im Zusammenhang mit EFT. Im Hinblick auf die Zugangsgerechtigkeit wird betont, dass CAM Angebote häufig nicht Teil staatlich finanzierter Gesundheitsleistungen sind [61]. Daraus ergibt sich die Frage, inwiefern ein gerechter Zugang zu solchen Behandlungen gewährleistet werden kann. Einerseits könnte es als unfair gelten, CAM nicht anzubieten, wenn sie eine sinnvolle Alternative zur konventionellen Versorgung darstellen. Diese Argumentation setzt jedoch voraus, dass es sich tatsächlich um eine relevante und wirksame Behandlungsoption handelt [56]. Solange Wirksamkeit und Sicherheit unklar seien, könne das Prinzip der Gerechtigkeit andererseits in Konflikt mit den Prinzipien der Wohltätigkeit und Nichtschädigung geraten [55]. Zugleich weist die Literatur darauf hin, dass CAM-Angebote meist privat finanziert werden müssen und deshalb überwiegend von gut gebildeten, einkommensstärkeren Bevölkerungsgruppen genutzt werden. Dies verstärkt bestehende soziale Ungleichheiten im Gesundheitssystem, da weniger privilegierte Gruppen einen geringeren Zugang haben [55,58].

Auch Fragen der fairen Allokation von Ressourcen spielen eine zentrale Rolle. Es wird diskutiert, ob es gerechtfertigt ist, begrenzte Mittel des öffentlichen Gesundheitssystems für Verfahren mit unklarer Evidenz einzusetzen, wenn dadurch evidenzbasierte und wirksame

Behandlungen verdrängt werden könnten [60]. Entsprechend könnte man argumentieren, dass im Rahmen der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung vorrangig solche Interventionen gefördert werden sollten, deren Nutzen wissenschaftlich belegt ist. Verfahren mit unklarem Nutzen haben daher eine geringere Priorität (Abschnitt 6.4). Gleichzeitig wird kritisch angemerkt, dass es als unfair wahrgenommen werden könnte, wenn die Allgemeinheit für Leistungen aufkommt, die nur von einem Teil der Bevölkerung gewünscht oder genutzt werden [56].

Demgegenüber könnte EFT als niedrigschwellige und relativ leicht erlernbare Selbsthilfemethode dazu beitragen, Versorgungslücken zu schließen und insbesondere benachteiligten Gruppen einen Zugang zu Unterstützung zu ermöglichen (Abschnitt 6.3). Allerdings besteht hier zugleich das Risiko, dass vulnerable Personen durch überzogene Heilversprechen ausgenutzt werden, insbesondere wenn Informationsdefizite vorliegen [60].

Ein weiterer zentraler Punkt betrifft Qualitätsstandards. In Deutschland gibt es keine standardisierten Qualifikationsanforderungen an die Leistungserbringer von EFT. Um eine gerechte Versorgung sicherzustellen, sind verbindliche Mindeststandards notwendig, damit alle Patientinnen und Patienten eine vergleichbare Behandlungsqualität erhalten (Abschnitt 6.5). Solche Standards könnten zudem dazu beitragen, den Zugang zu unzureichend qualifizierten Anbietern zu begrenzen [57]. Gerade im psychotherapeutischen Kontext wird die Sicherstellung professioneller Verantwortung als wesentlich angesehen [54].

Erwartete Effizienz

Bezogen auf die Effizienz wird diskutiert, dass EFT potenziell ein kostengünstiges und wenig invasives Verfahren sein könnte, das dazu beiträgt, Versorgungslücken zu schließen. Gerade als niedrigschwellige Intervention könnte es mit geringem Ressourceneinsatz angewendet werden [60].

Allerdings konnte mangels Evidenz keine Aussage hinsichtlich gesundheitsökonomischer Aspekte getroffen werden. Somit bleibt unklar, ob EFT tatsächlich effizient im Sinne eines günstigen Verhältnisses von Kosten und Nutzen ist.

Das Ergebnis der ethischen Bewertung fällt vor diesem Hintergrund ambivalent aus. Zwar bestehen Hinweise auf kurzfristige positive Effekte von EFT, insbesondere bei Angst- und Depressionssymptomatik, sowie potenzielle Vorteile im Sinne von Autonomie und Befriedigung individueller Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten. Auch die Möglichkeit der Selbstanwendung und ein potenziell niedriger Ressourceneinsatz können positiv gewertet werden. Dem stehen jedoch wesentliche Unsicherheiten gegenüber. Der langfristige Nutzen ist nicht belegt, die Wirkmechanismen sind unklar und evidenzbasierte Anforderungen werden nur eingeschränkt erfüllt. Daraus ergeben sich ethische Bedenken insbesondere im Hinblick auf das Prinzip der Wohltätigkeit und der Nichtschädigung, insbesondere, wenn

unrealistische Heilungs-Erwartungen geweckt werden oder wirksame Behandlungen unterbleiben. Zusätzlich bestehen Risiken für Patientinnen und Patienten wegen fehlender Regulierung, möglicher Überforderung von Patientinnen und Patienten nicht therapeutisch begleiteter Durchführung von EFT durch Patientinnen und Patienten selbst sowie sozialer Ungleichheiten im Zugang.

6.3 Ergebnisse zu sozialen Aspekten

Für die Auswertung der sozialen Aspekte wurden insgesamt 8 Studien eingeschlossen (vgl. A8.2.2). Die Informationsaufbereitung orientiert sich an dem von Mozygemba (2016) [34] vorgeschlagenen konzeptionellen Rahmen (vgl. Abschnitt A5.2.2, Tabelle 40). Es wurden vorliegend nur die sozialen Aspekte aufbereitet, die für das Thema relevant/einschlägig erschienen.

Soziales Konstrukt / Soziales Image, Verständnis der EFT durch Betroffene

Es wurden innerhalb der orientierenden Recherchen keine qualitativen Studien identifiziert, die Einstellungen oder Präferenzen von Personen mit diagnostizierten Angst- oder Panikstörungen erheben, die eine EFT wahrgenommen haben, oder die über durch Patientinnen und Patienten wahrgenommene Vor- oder Nachteile der EFT berichten. Die Betroffenenbefragungen im Rahmen der vorliegenden Berichtserstellung (Tabelle 40, sowie Kapitel A10) zeigen, dass die 2 befragten Personen, die beide die EFT über mehrere Jahre hinweg wahrgenommen haben, diese als sehr positiv erlebt haben. Die Personen betonten, dass man die EFT selbst erlebt haben müsse, um zu wissen, wie besonders diese Behandlungsform wirke. Mit der EFT sei es möglich, tiefer liegende Gefühle, Gedanken und Ängste wahrzunehmen beziehungsweise zu erkennen und zu lernen, hiermit besser umzugehen. Insbesondere die Kombination der verbalen Konzentration auf ein Problem (emotionaler oder körperlicher Natur) und die gleichzeitige manuelle Stimulation von Akupunkturpunkten (über das Abklopfen verschiedener Punkte/Meridiane) als Besonderheit der EFT gehe über eine reine Gesprächstherapie hinaus. Die Betroffenen betonen, dass man über sich selbst und die eigenen Gefühle bei der EFT mehr lerne und mehr an sich arbeite als durch eine Gesprächstherapie alleine, die beide Personen auch schon erlebt haben (siehe Zitate in Kapitel A11, Zentrale Ergebnisse aus den Betroffeneninterviews). Ein Vorteil der EFT sei außerdem, dass man diese nach einiger Zeit zumindest in reduzierter Form auch selbständig zu Hause anwenden könne.

Obwohl die Behandlung als sehr hilfreich wahrgenommen wurde, wurde sie von den Betroffenen auch als anstrengend – körperlich und emotional – wahrgenommen. Darüberhinausgehende Schadenaspekte wurden aber nicht genannt (siehe Zitate in Kapitel A11, Zentrale Ergebnisse aus den Betroffeneninterviews). Als besonders wichtig wurde von den Betroffenen das Erlernen und die Durchführung der EFT gemeinsam mit einer Therapeutin oder einem Therapeuten wahrgenommen. Die Unterstützung der EFT durch eine Therapeutin

oder einen Therapeuten sei essenziell, die Durchführung der EFT alleine zu Hause sei zwar ergänzend sinnvoll und möglich, jedoch nicht mit einer EFT-Sitzung zusammen mit einer Therapeutin oder einem Therapeuten vergleichbar. Während eine Person berichtet, dass sie die EFT-Übungen in ihre regelmäßige Yoga-Praxis integrieren konnte, betonte die andere befragte Person, dass sie die EFT-Übungen ohne Unterstützung der Therapeutin oder des Therapeuten nur schwer umsetzen könne.

Soziokulturelle Aspekte der Implementierung der Technologie / Nutzung / Soziale Ungleichheit

Wie in Tabelle 40 dargestellt, ist die Prävalenz einer Angstsymptomatik beziehungsweise von diagnostizierten Angst- und Panikstörungen bei Frauen, jüngeren Menschen und bei Vorliegen eines geringeren sozioökomischen Status (SES) höher als bei Männern, älteren Menschen und Menschen mit höherem SES [12,62]. Da die EFT für Menschen mit diagnostizierten Angst- und Panikstörungen nicht durch die GKV abrechenbar ist, kann sie innerhalb des GKV-Systems für diese Zielgruppe nur dann zum Einsatz kommen, wenn ein Therapeut bzw. eine Therapeutin sich für den Einsatz der EFT als komplementäre Behandlungsmethode entscheidet. Alternativ kann die EFT in Deutschland durch die Allgemeinheit wahrgenommen werden, da sie beispielsweise durch Coaches oder Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker vielfältig angeboten wird. Im freien Markt kann jede Person die EFT als Selbstzahlerin oder Selbstzahler in Anspruch nehmen. Es zeigt sich in verschiedenen Studien, dass Frauen, jüngere Menschen und Menschen mit höherem SES, höherem Einkommen, besserer Bildung oder mit mehr Einschränkungen der selbstberichteten Lebensqualität komplementärmedizinische Behandlungen häufiger in Anspruch nehmen als Männer, ältere Menschen, Menschen mit geringerem SES oder einer besseren Lebensqualität [63-66]. Sofern es sich um Selbstzahler-Leistungen handelt, scheinen besonders Frauen, ältere und besser gestellte Personen mit höherem SES diese in Anspruch zu nehmen, wie eine aktuelle Auswertung verschiedener IGeL in Deutschland zeigt [67].

Es ist möglich, dass soziale Ungleichheit bei der Inanspruchnahme einer EFT dadurch entsteht, dass Menschen, die an einer Angst- oder Panikstörung leiden und die von einer EFT vielleicht profitieren könnten, wie jüngere Menschen oder Menschen mit niedrigem SES, sich die Behandlung als Selbstzahler eher nicht leisten können.

6.4 Ergebnisse zu rechtlichen Aspekten

Für die Auswertung der rechtlichen Aspekte wurden insgesamt 24 Publikationen eingeschlossen (vgl. Abschnitt A8.2.3).

Die rechtlich wesentlichen Aspekte der Frage: „Angst- und Panikstörung – Profitieren Betroffene von der ‚Emotional Freedom Technique'?" wurden der „1. Patientenautonomie I: informierte Einwilligung", „2. Patientenautonomie II: Einwilligungsunfähigkeit",

„3. Autonomie III: Datenschutz“, „7. Intellektuelles Eigentum“ und den „9. Speziellen medizinischen Bereichen“ zugeordnet. In „9. Spezielle medizinische Bereiche“ geht es insbesondere um die Einordnung von EFT als Heilkunde, den damit verbundenen Erlaubniszwang, die Frage des „allgemein anerkannten Standards“ und die Methodenfreiheit. Diese Punkte werden im Folgenden näher beleuchtet, wobei in der Darstellung dem inhaltlichen Zusammenhang und nicht der Nummerierung nach Brönneke et al. 2016 gefolgt wird. Die Punkte „6. Klinische Studien“ und „8. Kostenerstattung im öffentlichen Gesundheitssystem“ sind für die Fragestellung relevant, werden aber nur angerissen. Die Punkte „4. Marktzugang I: Medizinprodukte“ und „5. Marktzugang II: Arzneimittel“ sind vorliegend nicht relevant. Die tabellarische Zusammenfassung der rechtlichen Aspekte findet sich in Abschnitt A5.2.2, Tabelle 41.

EFT als „Heilkunde“

Aus rechtlicher Sicht handelt es sich bei der Methode EFT bei Angst- und Panikstörung um „Heilkunde“. Es gilt ein einheitlicher Heilkundebegriff, der nach § 1 Abs. 2 Heilpraktikergesetz (HeilPrG) [68] „jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen“ umfasst. Für die Anwendung von EFT gelten damit grundsätzlich die Regelungen, wie sie für alle medizinischen Behandlungen einschlägig sind. In der folgenden Darstellung liegt der Fokus auf den Besonderheiten, die sich aus der Einordnung von EFT als CAM sowie wegen der unterschiedlichen Ziel- (Erwachsene, Minderjährige) und Anwendergruppen ergeben (Ärztinnen und Ärzte, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Psychotherapeutinnen und -therapeuten).

Erlaubniszwang

Wer EFT zur Behandlung von Angst- und Panikstörungen einsetzt, übt Heilkunde aus und braucht dafür eine Approbation oder Heilpraktikererlaubnis (sogenannter Erlaubniszwang) [BVerfG, 10.05.1988 - 1 BvR 482/84, 1 BvR 1166/85]. Als „ärztliche Heilkunde“ unterliegt die Ausübung der Heilkunde der Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte. Anders als für Ärztinnen und Ärzte gibt es für Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker keine Ausbildungs- oder Prüfungsbestimmungen. Gleichwohl gelten Regeln, „darunter und zuvörderst die Verpflichtung, die Patientin oder den Patienten an eine Ärztin oder einen Arzt zu überweisen, wenn der Zustand des Patienten die Ausbildung, Fähigkeiten und Kompetenzen des Anbieters übersteigt“ [69]. Dieselbe Verpflichtung gilt für approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die eine sektorale Heilkundeerlaubnis für die Ausübung von Psychotherapie erhalten und damit auch EFT anwenden dürfen. Die Verpflichtung zur dem Patientenwohl geschuldeten Beendigung der Behandlung ergibt sich für sie aus § 5 Abs. 3 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) [70].

Alle drei Anwendergruppen dürfen EFT bei Angst- und Panikstörungen anwenden, denn die Methodenfreiheit ist im Rahmen der Berufsausübungsfreiheit in Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz (GG) [71] abgesichert. Für den Heilpraktikerberuf folgt die Freiheit der Wahl der Methode ferner aus dem Verständnis des Heilkundebegriffs, für die psychotherapeutische Methodenfreiheit aus den Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern der Länder. Für die grundrechtlich abgesicherte Berufsfreiheit für Ärzte gilt einschränkend, dass EFT, weil sie nicht im Sinne des § 630 a Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) [72] als „allgemein anerkannter fachlicher Standard“ anerkannt ist (Abschnitt 1.2), ausdrücklich als abweichende Behandlungsmethode vereinbart werden muss. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass es bei zahlreichen Anbietern für EFT-Schulungen und -Zertifizierungen keine konsentierte Definition oder Anwendungs-Protokolle für EFT bei Angst- und Panikstörungen gibt (Abschnitte 1.2 und 6.5).

Informierte Einwilligung

Daraus folgt für eine rechtswirksame Einwilligung in die Behandlung – das umfasst ärztliche, psychotherapeutische und Heilpraktiker-Behandlung –, dass bei der üblichen Aufklärung über „sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände“ (§ 630e Abs. 1 S. 1 BGB) und außerdem nach § 630 e Abs. 1 S. 2 BGB auf Alternativen zur EFT hinzuweisen ist (vgl. [73,74]). Weil in Leitlinien zur Behandlung von Angststörungen in erster Linie Psychotherapie sowie medikamentöse Therapien empfohlen werden und nach der Psychotherapie-Richtlinie des GBA als anerkannte Therapieformen psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltens-therapie und systemische Therapie gelten [1], muss die Aufklärung neben dem Hinweis auf diese Behandlungsalternativen auch den Hinweis darauf beinhalten, dass EFT keine anerkannte Standardtherapie ist, womit sie nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung fällt; außerdem ist auf den Stand der Evidenz zu EFT hinzuweisen.

Die Verletzung von Aufklärungspflichten kann ebenso wie das Unterlassen der notwendigen Standardbehandlung oder das Überschreiten der medizinischen Vertretbarkeit insbesondere bei Gefährdung von Patientinnen und Patienten zur Haftung führen; Rechtsgrundlage ist in der Regel der Behandlungsvertrag (§§ 630a, 280 Abs. 1 BGB).

Einwilligungsunfähigkeit

Minderjährige gelten in der Regel bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres als einwilligungsunfähig, so dass die Veranlassung einer ärztlichen Behandlung der Gesundheitsfürsorge als Teil der Personensorge den Eltern obliegt; entsprechend sind sie aufzuklären und haben sie die Einwilligung zu erteilen, 630d Abs. 1 BGB, §§ 1626, 1629, 1631 BGB. Sofern Minderjährige nach ihrer geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite der Behandlung ermessen können, sind sie selbst einwilligungsfähig und entsprechend aufzuklären (vgl. [75]).

Datenschutz

In Hinblick auf den Datenschutz gilt für alle Berufsgruppen neben den Schutzvorschriften für die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten nach Art. 9 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) [76] die gesetzliche Schweigepflicht gemäß § 203 Abs. 1 Ziff. 1 Strafgesetzbuch (StGB) [77].

Intellektuelles Eigentum

Es existiert keine zentrale Organisation, die EFT definiert und dessen geistiges Eigentum kontrolliert (Abschnitte 1.2 und 6.5). Das Europäische Markenamt (European Union Intellectual Property Office, EUIPO) hat im Jahr 2020 frühere Eintragungen zu der Wortmarke „EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUES EFT“ für nichtig erklärt, weil die Begriffe „EFT“ und „Emotional Freedom Techniques“ beschreibenden Charakters seien, die sich auf eine einfache Aussage über die Art und den Gegenstand beschränken und somit nicht dem Markenrecht unterstellt werden könnten [78].

6.5 Ergebnisse zu organisatorischen Aspekten

Für die Auswertung der organisatorischen Aspekte wurden keine Studien in bibliografischen Datenbanken identifiziert (vgl. Abschnitt A8.2.4). Es wurden Richtlinien sowie Webseiten verschiedener deutscher Institutionen oder EFT-Organisationen gesichtet. Insgesamt wurden 6 Publikationen eingeschlossen. Die Informationsaufbereitung erfolgte entlang des von Perleth (2014) [36] vorgeschlagenen Rasters zur Einschätzung der organisatorischen Folgen von Behandlungsmethoden (vgl. Tabelle 42). Es wurden vorliegend nur die organisatorischen Aspekte aufbereitet, die für das Thema relevant / einschlägig erschienen.

Voraussetzungen der Leistungserbringung, Ort der medizinischen Versorgung

Zwar darf die EFT im Rahmen der Methodenfreiheit grundsätzlich als komplementäre Maßnahme durch Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise Therapeutinnen und Therapeutinnen mit einer Heilerlaubnis bei Patientinnen und Patienten mit Angst- und Panikstörungen eingesetzt werden (vgl. Abschnitt 6.4, Ergebnisse zu rechtlichen Aspekten). Sie ist jedoch keine durch den Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannte und über die GKV abrechenbare Leistung [52]. Für die Anerkennung der EFT als neues Psychotherapieverfahren oder -methode wäre gemäß Psychotherapie-Richtlinie zunächst der Nachweis des indikationsbezogenen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit erforderlich [52]. Aus diesem Grund ist der Einsatz der EFT in Deutschland bei Personen mit einer diagnostizierten Angst- oder Panikstörungen nicht die Regel. Wird die EFT der Allgemeinheit im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe beispielsweise im Rahmen eines Coachings angeboten, kann sie grundsätzlich durch jede Person, die sich in dieser Technik hat ausbilden lassen, ausgeübt und als Selbstzahler-Leistung abgerechnet werden (vgl. Tabelle 42).

Unklar ist, ob oder in welchem Ausmaß die EFT als eine Methode aus der energetischen Psychologie, die verschiedene Elemente der KVT, der Expositionsbehandlung und der Akupressur beinhaltet, in Deutschland bei diagnostizierten Patientinnen und Patienten als komplementäre Behandlungsmethode („Außenseitermethode“) zum Einsatz kommt, und ob sie beispielsweise auch innerhalb einer Gesprächs- oder Verhaltenstherapie eingesetzt wird. Hierzu konnten keine aussagekräftigen Informationen identifiziert werden. Die kassenärztliche Bundesvereinigung spezifiziert in Ergänzung zu den Ausführungen der Psychotherapie-Richtlinie auf ihrer Webseite wie folgt: „Für die Anwendung von psychotherapeutischen Techniken gilt der Methoden- beziehungsweise Verfahrensbezug. Lässt sich eine konkrete, gegebenenfalls auch neu entwickelte Technik aus fachlicher Sicht zweifelsfrei einem Psychotherapieverfahren oder einer Psychotherapiemethode zuordnen (nach Psychotherapie-Richtlinie zugelassen) und dient diese Technik der Umsetzung der in diesen Verfahren angestrebten Ziele, kann diese im Rahmen eines übergeordneten beziehungsweise umfassenden verfahrensbezogenen Therapiekonzeptes im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie zur Anwendung kommen“ [53].

Qualifikationsanforderungen an Leistungserbringer

Es gibt in Deutschland keine standardisierten Qualifikationsanforderungen an die Leistungserbringer der EFT (vgl. Tabelle 42). Es gibt auch keinen offiziellen deutschen Berufsverband für die EFT. Jedoch bemühen sich verschiedene Organisationen oder Netzwerke auf nationaler und internationaler Ebene um eine Vereinheitlichung beziehungsweise Standardisierung der EFT-Behandlung und der EFT-Ausbildung. Hierzu gehört beispielsweise die EFT International (EFTi) [79], eine gemeinnützige Organisation, die sich der Anwendung und der Standardisierung der EFT und der EFT-Ausbildung widmet, oder das Trainer:innen-Netzwerk Klopfakupressur [80], welches sich in Deutschland für die Vereinheitlichung und Qualitätssicherung von Klopfakupressur-Ausbildungen einsetzt. Die EFTi benennt auf ihrer Webseite als Ziel „die höchsten Standards für Bildung, Ausbildung, berufliche Entwicklung und Förderung der fachkundigen, kreativen und ethischen Anwendung der EFT“ (d. h. der klassischen EFT Klopfakupressur nach Gary Craig) zu fördern und einzuhalten [79]. Und auch das Trainer:innen-Netzwerk Klopfakupressur fühlt sich der EFT-Klopfakupressur nach dem Vorbild von Gary Craig, dem Entwickler der EFT, verpflichtet [80].

Insgesamt gibt es in Deutschland ein sehr heterogenes Feld an Anbieterinnen und Anbietern der EFT-Klopfakupressur, die die EFT der Allgemeinheit anbieten, und es scheint ein ebenso weites Feld an Einrichtungen oder Einzelpersonen zu geben, die EFT-Schulungen und Zertifizierungen anbieten.

7 Domänenübergreifende Zusammenführung der Ergebnisse

Abbildung 1 fasst die Ergebnisse des vorliegenden ThemenCheck-Berichts als logisches Modell in Anlehnung an INTEGRATE-HTA [81] zusammen.

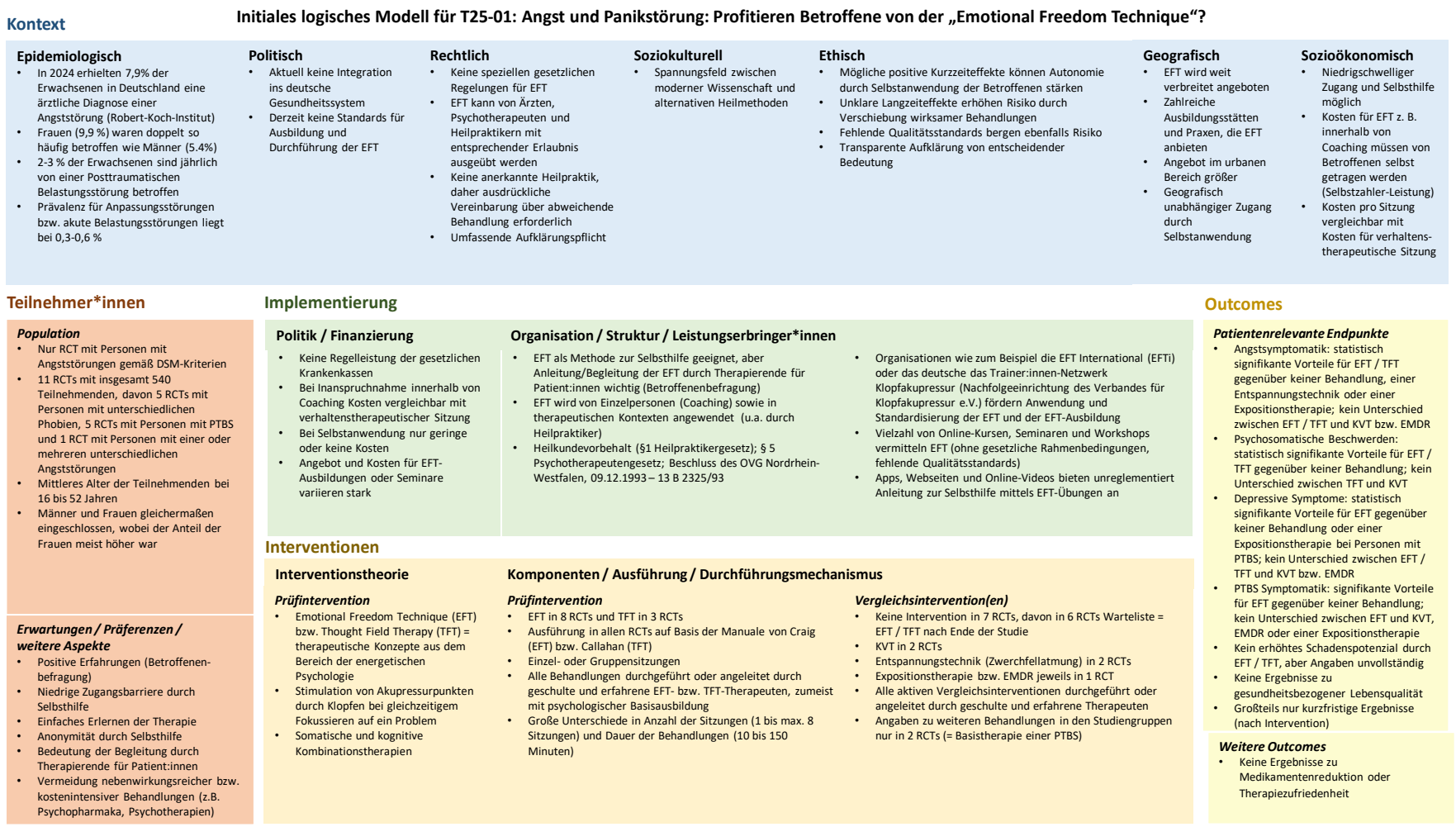


Abbildung 1: Logisches Modell in Anlehnung an INTEGRATE-HTA: Zusammenfassung und Gegenüberstellung der wesentlichen Ergebnisse aus den unterschiedlichen Domänen

8 Diskussion

8.1 ThemenCheck-Bericht im Vergleich zu anderen Publikationen

In einer 2025 publizierten systematischen Übersicht untersuchten Choi et al. [82] den Effekt von EFT bei Angststörungen. Die Qualitätsbewertung der Übersichtsarbeit mit AMSTAR-2 ergab eine geringe Qualität, vor allem da die Literatursuche nicht umfassend erfolgte. Auf Basis von 7 RCTs kommt die Autorengruppe zur Schlussfolgerung, dass EFT eine vielversprechende und sichere komplementärmedizinische Intervention zur Reduktion einer Angstsymptomatik sein kann. Allerdings weisen sie auch auf methodische Einschränkungen und eine hohe inhaltliche Heterogenität zwischen den eingeschlossenen RCTs hin. Keine der 7 eingeschlossenen RCTs findet sich dabei unter den für den vorliegenden Bericht relevanten Studien. Die Übersichtsarbeit von Choi et al. weist dabei zahlreiche Unterschiede zum vorliegenden Bericht auf. So wurden bei Choi et al. zum einem alle RCTs mit Personen mit Angstsymptomatik (auch ohne DSM- oder ICD-Diagnose) unabhängig einer zugrundeliegenden psychischen oder physischen Erkrankung eingeschlossen. Zum anderen wurden Studien an Personen mit PTBS nicht berücksichtigt. Die 7 in Choi 2025 eingeschlossenen RCTs untersuchten alle Personen mit erhöhter Angstsymptomatik, jedoch ohne Diagnose einer Angststörung. Diese finden sich im vorliegenden Bericht fast alle unter den im Volltext ausgeschlossenen Studien. Die untersuchte Intervention bei Choi 2025 war ausschließlich eine EFT durchgeführt gemäß der 2. Auflage des EFT-Manuals, keine Einschränkungen gibt es hingegen bei der Vergleichsintervention. Anders als im vorliegenden Bericht wurden keine mit EFT vergleichbaren Interventionen wie TFT berücksichtigt.

Eine zweite aktuelle systematische Übersichtsarbeit (Chen 2025 [83]) untersuchte den Effekt von EFT auf Symptome, die im Zusammenhang mit PTBS stehen. Die Qualitätsbewertung der Übersichtsarbeit mit AMSTAR-2 ergab ebenfalls eine geringe Qualität. In diesem Review wurden Ergebnisse aus RCTs und Beobachtungsstudien metaanalytisch zusammengefasst ohne die unterschiedliche Studienqualität zu berücksichtigen. Zudem fanden sich keine Angaben zum Umgang mit Heterogenität. Das Review schloss 7 RCTs und 6 Beobachtungsstudien ein, wobei 5 der 7 RCTs auch im vorliegenden Bericht inkludiert sind. Die beiden zusätzlichen RCTs wurden im Bericht nicht berücksichtigt, da sie Personen mit erhöhtem Risiko für eine PTBS – ohne PTBS-Diagnose – untersuchten beziehungsweise keine Ergebnisse für den Vergleich EFT versus Kontrolle berichtet wurden. Aus den Ergebnissen der inkludierten Studien schlussfolgern die Autorinnen und Autoren von Chen 2025, dass EFT eine effektive Behandlung von PTBS inklusive der Begleitsymptome wie Angstsymptomatik oder Depression darstellt.

Neben den 11 eingeschlossenen RCTs wurde EFT in einigen weiteren RCTs untersucht, die Personen mit einer erhöhten Angstsymptomatik, jedoch ohne explizite Diagnose einer Angststörung einschlossen [59,84-89]. Dies waren unter anderem Personen mit

Prüfungsangst, Frauen mit Angst vor der Entbindung oder vor gynäkologischen Eingriffen sowie Erwachsene beziehungsweise Kinder mit genereller Angstsymptomatik. Dabei zeigten die Ergebnisse der Studien, ähnlich wie die inkludierten RCTs mit Personen mit diagnostizierten Angststörungen, relevante Verringerungen der Angstsymptomatik durch EFT im Vergleich zu keiner Behandlung sowie im Vergleich zu Atemübungen. Kein Unterschied wurde wiederum im Vergleich zu einer KVT berichtet. Soweit erhoben und berichtet, kam es in diesen Studien zu keinen unerwünschten Ereignissen in den Studiengruppen. Jedoch ist auch hier zu beachten, dass alle Studien ein hohes Verzerrungspotenzial aufgrund fehlender Verblindung bei subjektiver Endpunkterhebung aufweisen, die Studien mit maximal 120 Teilnehmenden eher klein sind und nur kurzfristige Effekte unmittelbar nach Ende der Intervention erfasst wurden.

8.2 ThemenCheck-Bericht im Vergleich zu Leitlinien

In den aktuellen deutschsprachigen Leitlinien zu Angststörungen [1] beziehungsweise PTBS [7] werden psychotherapeutische Verfahren wie eine KVT alleine oder in Kombination mit medikamentösen Therapien als primäre Behandlungen empfohlen. Entspannungstechniken können unterstützend eingesetzt werden (siehe auch Abschnitt 1.2). Kombinierte kognitive und somatische Therapien, zu welchen laut NICE PTBS-Leitlinie 2018 [90] auch EFT und TFT zählen, finden keine Erwähnung. Auch in der aktuellen US-amerikanischen PTBS-Leitlinie 2025 der APA [91] wird EFT nicht erwähnt. In der NICE PTBS-Leitlinie 2018 findet sich ebenfalls keine direkte Empfehlung zu EFT, jedoch wird aufgrund „*vielversprechender Ergebnisse in dem der Leitlinie zugrundeliegenden Evidenzreview*“ [90] eine Forschungsempfehlung zur klinischen Wirksamkeit und zur Kosteneffektivität von EFT abgegeben. Insofern ergeben sich daraus keine Widersprüche zu den Ergebnissen des vorliegenden Berichts.

8.3 Kritische Reflexion des Vorgehens

Für den vorliegenden Bericht erfolgte eine Einschränkung der Population auf Personen mit diagnostizierten Angststörungen inkl. PTBS gemäß den ICD-10 oder DSM-Kriterien. Im Zuge der Studienselektion zeigte sich, dass zahlreiche Studien validierte Fragebögen zur Erhebung der Erkrankung verwendeten und das Überschreiten von Cut-Off Werten als Einschlusskriterium wählten. Einige dieser Instrumente bildeten laut Angaben der jeweiligen Studienautoren und -autorinnen dabei explizit die DSM-Diagnosekriterien ab. Diese Studien wurden daher in den Bericht eingeschlossen. Andere Studien, die alleine das Vorliegen eines bestimmten Schweregrades einer Angstsymptomatik für den Studieneinschluss der Teilnehmenden ohne Bezug zu einer ICD-10- oder DSM-Diagnose einer Angststörung vorgaben, wurden im Bericht nicht berücksichtigt.

Für den Bericht erfolgte keine Einschränkung hinsichtlich der Population auf bestimmte Formen einer Angststörung. Dennoch haben die eingeschlossenen RCTs überwiegend Personen mit Phobien oder PTBS untersucht. Lediglich 1 RCT schloss Personen mit

unterschiedlichen Angststörungen ein, wobei auch hier der Anteil von Personen mit einer anderen Angststörung bei nur 21 % lag. Studien, die EFT ausschließlich bei Personen mit z. B. einer generalisierten Angststörung untersuchten, konnten nicht gefunden werden. Daher bleibt unklar, ob der in dem Bericht beschriebene Nutzen einer EFT beziehungsweise TFT auch bei Personen mit anderen Angststörungen abseits von Phobien oder PTBS besteht. Ebenso erfolgte für den Bericht keine Einschränkung hinsichtlich des Alters der Population. In 10 der 11 Studien waren jedoch ausschließlich erwachsene Personen inkludiert, während 1 RCT Jugendliche mit PTBS im Alter von 16 bis 19 Jahren untersuchte. Studien zum Nutzen oder Schaden einer EFT oder verwandten Technik bei Kindern mit Angststörungen konnten nicht identifiziert werden. Daher bleibt unklar, ob der in dem Bericht beschriebene Nutzen einer EFT beziehungsweise TFT auch bei Kindern mit Angststörungen besteht.

In den Bericht wurden als Intervention neben einer EFT auch verwandte Techniken eingeschlossen. Letztlich wurde in 8 der 11 inkludierten RCTs eine EFT untersucht, während in 3 Studien die TFT als aktive Intervention zum Einsatz kam. Gemäß NICE PTBS-Leitlinie 2018 [90] stellen EFT und TFT zwei Formen einer kombinierten somatischen und kognitiven Therapie dar, wobei der TFT ein etwas komplexeres Behandlungskonzept zugrunde liegt (siehe Abschnitt 1.2). In ihren Grundzügen sind beide Therapien jedoch vergleichbar, weshalb eine gemeinsame Auswertung der Ergebnisse möglich ist. Daher wurden im Bericht für Personen mit Phobien Metaanalysen durchgeführt, die sowohl Studien mit EFT als auch solche mit TFT inkludieren.

Im Bericht wurden hinsichtlich der Intervention nur Studien berücksichtigt, die eine EFT oder eine verwandte Technik untersuchten, die entweder von ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt wurde oder in der die Betroffenen von ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten für eine Selbstanwendung der EFT geschult wurden. Dabei erfolgte in allen inkludierten Studien die Durchführung der EFT beziehungsweise der TFT gemäß den Manualen von Craig [18] beziehungsweise Callahan [16]. EFT oder verwandte Techniken, die ohne therapeutische Hilfe alleine durch Selbststudium – z. B. mittels online Kursen oder Videos – von den Betroffenen erlernt und angewandt werden, wurden im Bericht nicht berücksichtigt. Daher beziehen sich alle in diesem Bericht getroffenen Aussagen zum Nutzen ausschließlich auf durch Therapeutinnen und Therapeuten angeleitete Formen der EFT oder einer verwandten Technik.

8.4 Intervention und Vergleichsintervention

Die Durchführung der Interventionen in den Studien erfolgten alle gemäß der Manuale von Craig [18] für EFT beziehungsweise Callahan [16] für TFT. Jedoch gab es eine ausgeprägte Heterogenität zwischen den Studien hinsichtlich der Dauer und Anzahl der Therapiesitzungen. So wurde in 4 RCTs der unmittelbare Effekt einer einzelnen Sitzung untersucht. Die Dauer der Behandlung variierte dabei von 10 bis 45 Minuten. Andere Studien wiederum untersuchten

mehrwöchige Behandlungsphasen mit bis zu 8 regelmäßigen Therapiesitzungen. Auch hier variierte die Dauer der einzelnen Sitzungen von 50 bis 150 Minuten. Aufgrund der insgesamt wenigen Studien und der im Detail zu unterschiedlichen Behandlungsdauern, war es jedoch nicht möglich sinnvolle Subgruppenanalysen durchzuführen. Es ist daher nicht möglich die Aussagen zum Nutzen auf eine bestimmte Behandlungsdauer umzulegen. Allerdings wurde in 4 der 5 RCTs mit Personen mit Phobien jeweils nur eine einzelne Behandlungssitzung durchgeführt und die Symptome unmittelbar nach dieser Behandlung erhoben. Es bleibt daher unklar, ob der abgeleitete Nutzen auch über den Zeitraum unmittelbar nach der Behandlung hinaus anhält.

5 der 7 Studien, die EFT beziehungsweise TFT mit einer Kontrollgruppe ohne Behandlung untersuchten, folgten dem in der psychologischen Forschung häufig eingesetztem Wartelisten-Design. Dabei erhalten jene Personen, die der Kontrollgruppe ohne Behandlung zugeteilt werden, nach Ende der Studie ebenfalls die in der Studie untersuchte Intervention. Es bestehen jedoch erhebliche Bedenken hinsichtlich der Validität von Wartelistenkontrollen. So können Wartelisten als Kontrollgruppe zu einer Überschätzung des tatsächlichen Effekts der Intervention führen [51]. Einige Studien deuten darauf hin, dass der Wartelistenstatus sich negativ auf die psychische Verfassung von Patienten auswirken und wie ein "Nocebo" wirken kann [50]. Daher kann der in diesen 5 eingeschlossenen RCTs zum Vergleich EFT / TFT versus keine Behandlung [39,40,45-47] berichtete klinisch relevante Effekt hinsichtlich einer Reduktion der Angstsymptomatik möglichweise überschätzt sein. Hier wären Studien mit einem Vergleich von EFT / TFT versus Placebo beziehungsweise Scheininterventionen wichtig, um das tatsächliche Ausmaß des Effekts zu untersuchen.

Eine RCT war bei Studienbeginn als 3-armige Studie konzipiert (TFT, KVT und keine Behandlung). Jene Personen die zuerst in die Gruppe mit keiner Behandlung randomisiert wurden, wurden nach einer 3-monatigen Wartezeit und nach der ersten Erhebung der Endpunkte nachträglich 1 : 1 den beiden anderen Gruppen zugeteilt und erhielten somit zeitverzögert die jeweilige Intervention. Die Auswertung nach 12 Monaten Follow-Up erfolgte somit nur für den Vergleich TFT versus KVT, wobei sich die Gruppen aus jenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer zusammensetzten die zu Studienbeginn in die beiden Gruppen randomisiert wurden und jenen die nach der Wartezeit in die Gruppen randomisiert wurden. Daraus ergeben sich Unterschiede in der Beobachtungsdauer innerhalb der Gruppen, was vor allem bei der Beurteilung des Ergebnisses zum Anteil von Personen ohne Agoraphobie bzw. Axis-II Diagnose berücksichtigt werden muss, welches nur nach dem Follow-Up erhoben wurde. Zudem ergeben sich aus den unterschiedlichen Randomisierungszeitpunkten auch Veränderungen in der Baseline-Daten der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer. Hier könnte sich z. B. während der Wartezeit der Schweregrad der Phobie verändert haben. Wie oben beschrieben könnte sich der Wartelistenstatus auch negativ auf die psychische Verfassung der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer auswirken. Auch könnten sie bei der

anschließenden Therapie durch die Wartezeit weniger motiviert sein, was sich gerade bei psychotherapeutischen Verfahren ungünstig auf den Therapieerfolg auswirken kann. Dies gilt im vorliegenden Fall jedoch für beide aktiven Vergleichsgruppen.

9 Schlussfolgerung

Insgesamt bleiben die nachfolgenden Aussagen zum Nutzen und Schaden von Emotional Freedom Technique beziehungsweise der mit dieser Technik verwandten Thought Field Therapy vorwiegend auf Kurzzeiteffekte unmittelbar nach Ende der Behandlung beschränkt, da verwertbare Daten aus längerfristigen Nachbeobachtungszeiträumen nur zu wenigen Vergleichen aus einzelnen Studien vorliegen. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz ist darüber hinaus insgesamt gering. Dies liegt daran, dass für die unterschiedlichen Indikationen (Phobien bzw. PTBS) und Vergleiche jeweils nur wenige Studien mit geringen Teilnehmerzahlen eingeschlossen werden konnten. Zudem ist das Verzerrungspotenzial aufgrund einer fehlenden Verblindung der Teilnehmenden bei gleichzeitig subjektiver Endpunkterhebung in allen eingeschlossenen Studien hoch. Die vorliegenden Ergebnisse können jedoch eine Basis für weitere Forschung darstellen.

Bei Personen mit diagnostizierten Phobien ergibt sich aus der aktuellen Studienlage ein Hinweis auf einen Nutzen einer durch geschulte Therapeutinnen oder Therapeuten angeleiteten Emotional Freedom Technique beziehungsweise der mit dieser Technik verwandten Thought Field Therapy im Vergleich zu keiner Behandlung oder einer Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung) in Bezug auf die Angstsymptomatik unmittelbar nach dem Abschluss der Behandlungsphase. Im Vergleich zu keiner Behandlung ergibt sich für die Emotional Freedom Technique zusätzlich ein Anhaltspunkt in Bezug auf die depressive Symptomatik nach der Behandlungsphase.

Bei Personen mit diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörungen ergeben sich Hinweise auf einen Nutzen einer durch geschulte Therapeutinnen oder Therapeuten angeleiteten Emotional Freedom Technique im Vergleich zu keiner Behandlung in Bezug auf die Angstsymptomatik, die psychosomatischen Beschwerden, die depressive Symptomatik sowie die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung insgesamt unmittelbar nach dem Abschluss der Behandlungsphase. Im Vergleich zu einer Expositionstherapie ergeben sich für die Emotional Freedom Technique Anhaltspunkte auf einen höheren Nutzen in Bezug auf die Angstsymptomatik und die depressive Symptomatik nach der Behandlungsphase.

Keine Belege, Hinweise oder Anhaltspunkte auf einen Zusatznutzen ergeben sich für eine durch geschulte Therapeutinnen oder Therapeuten angeleitete Emotional Freedom Technique beziehungsweise verwandte Technik im Vergleich zu einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Personen mit diagnostizierten Phobien oder posttraumatischen Belastungsstörungen beziehungsweise einer Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapie bei Personen mit diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörungen. Auch zu einem erhöhten Schadenpotenzial einer Emotional Freedom Technique beziehungsweise verwandten Technik liegt für die Interventionsphase kein Beleg, Hinweis oder Anhaltspunkt

vor, da, soweit angegeben, mehrheitlich keine unerwünschten Ereignisse in den Studien auftraten. Es ist dabei jedoch darauf hinzuweisen, dass in 7 der 11 inkludierten RCTs unerwünschte Ereignisse nicht erhoben wurden.

Die Emotional Freedom Technique ist in Deutschland keine anerkannte und über die GKV abrechenbare Leistung zur psychotherapeutischen Behandlung von Personen mit einer diagnostizierten Angst- oder Panikstörung. Ob bzw. in welchem Umfang sie in einer über die GKV abrechenbaren Gesprächs- oder Verhaltenstherapie im Rahmen der ärztlichen Methodenfreiheit tatsächlich zur Anwendung kommt, ist unklar. Die Kosten pro Sitzung liegen bei einer als Selbstzahler-Leistung angebotenen Emotional Freedom Technique derzeit mit etwa 120 Euro etwa auf dem Niveau einer über die GKV abrechenbaren verhaltenstherapeutischen Sitzung. Derzeit wird die Emotional Freedom Technique in Deutschland von sehr unterschiedlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern als Selbstzahler-Leistung angeboten. Aufgrund der Vielfalt von Anbietern und mangels einheitlicher Qualifikations- und Behandlungsstandards erscheinen Zweifel an einer konsistenten Emotional Freedom Technique-Behandlungsqualität gerechtfertigt. Die Befragung von Betroffenen deutet zumindest darauf hin, dass die Begleitung durch einen Therapeuten bzw. eine Therapeutin nicht nur zum Erlernen, sondern auch bei der Durchführung der Emotional Freedom Technique wesentlich sei. Die ethische Bewertung der Emotional Freedom Technique ist uneinheitlich. Die vorliegende Studienlage legt nahe, dass kurzfristige Vorteile für die Stärkung von Autonomie durch Selbstanwendung sprechen, während die langfristige Wirksamkeit und die zugrundliegenden Mechanismen unzureichend belegt sind. Daraus ergeben sich ethische Bedenken, insbesondere wegen Risiken wie der Verschiebung wirksamer Behandlungen, potenzieller Irreführung bezüglich zu erwartender Behandlungserfolge und Schäden wegen fehlender Qualitäts- und Regulierungsstandards. Aus diesem Grund sind eine transparente Aufklärung und Mindeststandards in der Durchführung von entscheidender Bedeutung.

Aus rechtlicher Sicht fällt die Emotional Freedom Technique unter den Begriff der Heilkunde, was bedeutet, dass sie von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern mit entsprechender Erlaubnis im Rahmen der Methodenfreiheit angewendet werden darf. Allerdings ist die Emotional Freedom Technique kein allgemein anerkannter Standard und muss als abweichende Behandlung ausdrücklich vereinbart werden. Es besteht eine umfassende Aufklärungspflicht über Alternativen und die Evidenzlage, da ansonsten Haftungsrisiken entstehen können.

ThemenCheck-Details

A1 Projektverlauf

A1.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts

Aus den im Vorschlagszeitraum von August 2023 bis Juli 2024 beim ThemenCheck Medizin eingereichten Themenvorschlägen wurde vom IQWiG unter Beteiligung eines mit Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürgern besetzten Auswahlbeirats das Thema Angst und Panikstörung: Profitieren Betroffene von der "Emotional Freedom Technique"? für die Erstellung eines ThemenCheck-Berichts mit der Projektnummer T25-01 ausgewählt.

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

Das IQWiG beauftragt externe Sachverständige mit der Erstellung eines ThemenCheck-Berichts zur Fragestellung.

Am 24.11.2025 wurden im Rahmen der Projektbearbeitung Betroffene konsultiert.

Die externen Sachverständigen erstellten zunächst ein ThemenCheck-Berichtsprotokoll, das in der Version 1.0 vom 04.11.2025 am 04.11.2025 auf der Website des IQWiG veröffentlicht wurde.

Auf Basis des Berichtsprotokolls wurde der vorliegende vorläufige ThemenCheck-Bericht durch externe Sachverständige unter Anwendung der Methodik des IQWiG erstellt. Vor der Veröffentlichung wurde ein Review des vorläufigen Berichts durch eine nicht projektbeteiligte Person durchgeführt. Der vorläufige ThemenCheck-Bericht wird zur Anhörung gestellt.

Im Anschluss an diese Anhörung erstellen die externen Sachverständigen den ThemenCheck-Bericht. Dieser wird vom IQWiG durch einen Herausgeberkommentar ergänzt.

Der abschließende ThemenCheck-Bericht mit dem Herausgeberkommentar sowie eine allgemein verständliche Version (ThemenCheck kompakt: Das Wichtigste verständlich erklärt) werden an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übermittelt und 2 Wochen später auf der Website des IQWiG veröffentlicht. An gleicher Stelle wird auch die Dokumentation der Anhörung zum vorläufigen ThemenCheck-Bericht veröffentlicht.

Dieser ThemenCheck-Bericht wurde unter der Registrierungsnummer 32018014841 in der International HTA Database registriert.

A1.2 Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf

Vorläufiger ThemenCheck-Bericht im Vergleich zum ThemenCheck-Berichtsprotokoll

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

- inhaltliche Änderung 1 – Einschlusskriterien Nutzenbewertung Population (siehe Abschnitt 3.1): Zusätzlich zu dem im Berichtsprotokoll definierten Einschlusskriterium für die Population von Personen jeglichen Alters und Geschlechts, die an Angst- und Panikstörungen nach DSM oder ICD leiden, wurden auch Studien berücksichtigt, in denen der Einschluss der Studienteilnehmenden über einen validierten Fragebogen erfolgte, der ausdrücklich die DSM-IV Kriterien abbildet.

A2 Details der Methoden – Methodik gemäß ThemenCheck-Berichtsprotokoll

Die folgenden Abschnitte geben den Wortlaut der Berichtsmethodik aus dem ThemenCheck-Berichtsprotokoll wieder. Über diese Methodik hinausgehende Spezifizierungen oder Änderungen der Methoden im Projektverlauf werden im Abschnitt A1.2 erläutert. Im folgenden Text wird an den entsprechenden Stellen auf diesen Abschnitt verwiesen.

A2.1 Nutzenbewertung

A2.1.1 Kriterien für den Einschluss von Studien

A2.1.1.1 Population

In den ThemenCheck-Bericht werden Studien mit Personen jeglichen Alters und Geschlechts aufgenommen, die an Angst- und Panikstörungen nach DSM oder ICD (z. B. Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobien und generalisierte Angststörung) leiden.

Nicht berücksichtigt werden Personen mit Substanz- beziehungsweise medikamenteninduzierten Angststörungen sowie Angstzuständen aufgrund einer anderen Erkrankung.

A2.1.1.2 Prüf- und Vergleichsintervention

Die zu prüfende Intervention stellt die Behandlung mit der „Emotional Freedom Technique (EFT)“ dar. Dies inkludiert die klassische EFT sowie abgewandelte oder verwandte Techniken wie z. B. die Meridian-Energie-Technik (MET) oder die Thought Field Therapy (TFT). Wesentlicher Bestandteil der Therapie ist dabei das Klopfen („Tapping“) auf definierte Akupressurpunkte.

Berücksichtigt werden dabei sowohl von ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten (z. B. Heilpraktikerinnen / Heilpraktiker, Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten) eingesetzte als auch nach entsprechender Schulung von den Betroffenen selbst angewandte Formen der EFT.

Nicht berücksichtigt wird die „Optimal EFT“, bei der keine körperliche Stimulation durch Klopfen erfolgt, sondern eine Aktivierung von körpereigenen Kräften durch eine innere, geistige Öffnung geschehen soll.

Das Ziel der Behandlung ist die Linderung von Angst und Panikstörungen. Studien zu EFT mit anderen therapeutischen Zielen, z. B. Schmerzreduktion etc., werden nicht berücksichtigt.

Berücksichtigt werden Studien mit EFT als alleinige Intervention oder ergänzend zu einer anderen Behandlung der Angst und Panikstörung. Sollte es sich bei einer untersuchten Intervention um eine Kombinationsbehandlung aus EFT und einer weiteren Behandlung der

Angst und Panikstörung handeln (z. B. EFT + KVT, EFT + pharmakologische Therapie), so muss diese zusätzliche Maßnahme auch Teil der Vergleichsbehandlung sein.

Als Vergleichsinterventionen gelten keine entsprechende Behandlung beziehungsweise „Watchful Waiting“ sowie eine Scheinbehandlung.

Darüber hinaus werden auch aktive Vergleichsinterventionen, wie andere anerkannte und nachweislich wirksame nicht-medikamentöse Verfahren zur Behandlung der Angst- und Panikstörung (z. B. psychotherapeutische Verfahren wie KVT oder Expositionsbehandlung) und / oder pharmakologische Behandlung der Angst und Panikstörung (z. B. Antidepressiva, Benzodiazepine) berücksichtigt. Grundlage für die Bewertung von Arzneimitteln ist i. d. R. die in Deutschland bestehende Zulassung. Es wird daher geprüft, ob die Anwendung der in den Studien eingesetzten Prüf- und Vergleichsinterventionen im Rahmen des für Deutschland gültigen Zulassungsstatus erfolgt.

A2.1.1.3 Patientenrelevante Endpunkte

Für die Untersuchung werden folgende patientenrelevante Endpunkte betrachtet:

- Morbidität, wie
  - Angstsymptomatik
  - begleitende psychosomatische Beschwerden
  - depressive Symptomatik beziehungsweise Depressionen
  - Wiederauftreten der angstspezifischen Symptomatik
- gesundheitsbezogene Lebensqualität
- allgemeines und soziales Funktionsniveau
- unerwünschte Ereignisse

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

Ergänzend werden Medikamentenreduktion, die Zufriedenheit der Betroffenen mit der Behandlung oder die berufliche und soziale Teilhabe betrachtet. Die Zufriedenheit wird nur herangezogen, sofern hierbei gesundheitsbezogene Aspekte abgebildet werden. Eine Nutzenaussage kann sich allein auf Basis dieser Endpunkte jedoch nicht ergeben.

A2.1.1.4 Studientypen

Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) sind, sofern sie methodisch adäquat und der jeweiligen Fragestellung angemessen durchgeführt wurden, mit der geringsten Ergebnisunsicherheit behaftet. Sie liefern daher die zuverlässigsten Ergebnisse für die Bewertung des Nutzens einer medizinischen Intervention.

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

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

A2.1.1.5 Studiendauer

Hinsichtlich der Studiendauer besteht keine Einschränkung.

A2.1.1.6 Publikationssprache

Die Publikation muss in deutscher oder englischer Sprache verfügbar sein.

A2.1.1.7 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Studieneinschluss

In der folgenden Tabelle 4 sind die Kriterien aufgelistet, die Studien erfüllen müssen, um in die Nutzenbewertung eingeschlossen zu werden.

Tabelle 4: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die Nutzenbewertung

Einschlusskriterien	
EN1	Personen jeden Alters mit Angst- oder Panikstörungen (siehe auch Abschnitt A2.1.1.1)
EN2	Prüfintervention: Behandlung mit Emotional Freedom Technique (EFT) (siehe auch Abschnitt A2.1.1.2)
EN3	Vergleichsintervention: keine Behandlung, Scheinbehandlung, medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Behandlung von Angst- und Panikstörungen (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	Publikationssprache: Deutsch oder Englisch
EN7	Vollpublikation verfügbar[a]

a. Als Vollpublikation gilt in diesem Zusammenhang auch ein Studienbericht gemäß ICH E3 [92], oder ein Bericht über die Studie, der den Kriterien des CONSORT [93] 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; EN: Einschlusskriterien Nutzenbewertung; ICH: International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use; RCT: randomisierte kontrollierte Studie

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 Personen diese Kriterien erfüllt sind. Liegen für solche Studien Subgruppenanalysen für Personen vor, die die Einschlusskriterien erfüllen, wird auf diese Analysen zurückgegriffen. Studien, bei denen die Einschlusskriterien EN1, EN2 und EN3 bei weniger als 80 % erfüllt sind, werden nur dann eingeschlossen, wenn Subgruppenanalysen für Personen vorliegen, die die Einschlusskriterien erfüllen.

A2.1.2 Informationsbeschaffung

A2.1.2.1 Fokussierte Informationsbeschaffung von systematischen Übersichten

Parallel zur Erstellung des ThemenCheck-Berichtsprotokolls erfolgte eine Recherche nach systematischen Übersichten in MEDLINE (umfasst auch die Cochrane Database of Systematic Reviews), der International Health Technology Assessment (HTA) Database sowie auf den Websites des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) und der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Die Suche fand am 10.09.2025 statt. Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken finden sich in Kapitel A9. Die Selektion erfolgte durch 1 Person und wurde anschließend von einer 2. Person überprüft. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen beiden aufgelöst.

Es wird geprüft, ob mindestens eine hochwertige und aktuelle systematische Übersicht infrage kommt, deren Informationsbeschaffung als Grundlage verwendet werden kann (im Folgenden: Basis-SÜ). Dafür erfolgt eine Bewertung der Qualität der Informationsbeschaffung dieser systematischen Übersicht(en) mit den entsprechenden Items aus A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews 2 (AMSTAR 2) [94]. Kann mindestens eine diesbezüglich hochwertige und aktuelle Basis-SÜ identifiziert werden, werden die zugrunde liegenden Studien beziehungsweise Dokumente von 1 Person auf ihre Relevanz für die vorliegende Bewertung geprüft und das Ergebnis von einer 2. Person überprüft. Bewertungen der eingeschlossenen Studien oder die Datenextraktion werden nicht übernommen.

Die finale Entscheidung, ob und wenn ja welche systematische(n) Übersicht(en) als Basis-SÜ herangezogen werden, erfolgt nach Fertigstellung des ThemenCheck-Berichtsprotokolls anhand der darin festgelegten Kriterien entsprechend Tabelle 4. In jedem Fall werden die Referenzlisten der identifizierten systematischen Übersichten hinsichtlich relevanter Primärstudien gesichtet (siehe Abschnitt A2.1.2.2).

A2.1.2.2 Umfassende Informationsbeschaffung von Studien

Für die umfassende Informationsbeschaffung wird eine systematische Recherche nach relevanten Studien beziehungsweise Dokumenten durchgeführt.

Für den Fall, dass mindestens eine systematische Übersicht als Basis-SÜ für die Informationsbeschaffung verwendet werden kann (siehe Abschnitt A2.1.2.1), wird diese für die Informationsbeschaffung von Studien für den von der Übersicht abgedeckten Zeitraum herangezogen. Dieser Teil der Informationsbeschaffung wird ergänzt um eine systematische Recherche nach relevanten Studien beziehungsweise Dokumenten für den nicht von der Übersicht abgedeckten Zeitraum.

Für den Fall, dass keine Basis-SÜ identifiziert werden kann, findet eine systematische Recherche für den gesamten relevanten Zeitraum statt.

Folgende primäre und weitere Informationsquellen sowie Suchtechniken werden dabei berücksichtigt:

A2.1.2.3 Primäre Informationsquellen

- Bibliografische Datenbanken
  - MEDLINE
  - Embase
  - Cochrane Central Register of Controlled Trials
  - EFT Research Database
  - Lens.org
- Studienregister
  - U.S. National Institutes of Health. ClinicalTrials.gov
  - World Health Organization. International Clinical Trials Registry Platform Search Portal

Aufgrund der separaten Suchen in ClinicalTrials.gov und im EU Clinical Trials Registry, werden aus dem Suchergebnis des International Clinical Trials Registry Platform Search Portal Einträge dieser beiden Register entfernt.

Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

- Anwendung weiterer Suchtechniken:
  - Sichten von Referenzlisten identifizierter systematischer Übersichten

- Anhörung zum vorläufigen ThemenCheck-Bericht
- Autorinnen- und Autorenanfragen

A2.1.2.4 Anwendung von Limitierungen auf Datenbankebene

Fokussierte Informationsbeschaffung von systematischen Übersichten

Die Suchen wurden auf kein Publikationsdatum eingeschränkt. Die MEDLINE Suchstrategie enthält Limitierungen auf deutsch- und englischsprachige Publikationen sowie auf Humanstudien.

Umfassende Informationsbeschaffung von Studien

Es ist keine zeitliche Einschränkung vorgesehen. Sollte die Informationsbeschaffung auf Grundlage einer Basis-SÜ erfolgen, wird eine entsprechende zeitliche Einschränkung in Betracht gezogen (siehe Abschnitt A2.1.2.2).

Mit den Suchstrategien werden folgende Publikationstypen ausgeschlossen: Kommentare (MEDLINE) und Editorials (MEDLINE, Embase), da diese i. d. R. keine Studien enthalten [95] sowie Conference Abstract und Conference Review (Embase). Außerdem enthalten die Suchstrategien Limitierungen auf deutsch- und englischsprachige Publikationen sowie auf Humanstudien (MEDLINE, Embase). In der Embase Suche werden MEDLINE Datensätze und in der Suche im Cochrane Central Register of Controlled Trials Suche Einträge aus Studienregistern ausgeschlossen.

A2.1.2.5 Selektion relevanter Studien aus der umfassenden Informationsbeschaffung

Selektion relevanter Studien beziehungsweise Dokumente aus den Ergebnissen der bibliografischen Datenbanken

Duplikate werden mit Hilfe des Literaturverwaltungsprogrammes EndNote entfernt. Die in bibliografischen Datenbanken identifizierten Treffer werden in einem 1. Schritt anhand ihres Titels und, sofern vorhanden, Abstracts in Bezug auf ihre potenzielle Relevanz bezüglich der Einschlusskriterien (siehe Tabelle 4) bewertet. Als potenziell relevant erachtete Dokumente werden in einem 2. Schritt anhand ihres Volltextes auf Relevanz geprüft. Beide Schritte erfolgen durch 2 Personen unabhängig voneinander. Diskrepanzen werden durch Diskussion zwischen den beiden aufgelöst.

Selektion relevanter Studien beziehungsweise Dokumente aus weiteren Informationsquellen

Die Rechercheergebnisse aus den folgenden Informationsquellen werden von 2 Personen unabhängig voneinander in Bezug auf ihre Relevanz bewertet:

- Studienregister

Die Rechercheergebnisse aus den darüber hinaus berücksichtigten Informationsquellen werden von 1 Person auf Studien gesichtet. Die identifizierten Studien werden dann auf ihre Relevanz geprüft. Der gesamte Prozess wird anschließend von einer 2. Person überprüft. Diskrepanzen werden durch Diskussion zwischen den beiden aufgelöst.

A2.1.3 Informationsbewertung und -synthese

A2.1.3.1 Darstellung der Einzelstudien

Alle für die Bewertung notwendigen Informationen werden aus den Unterlagen zu den eingeschlossenen Studien in standardisierte Tabellen extrahiert. Die Ergebnisse zu den in den Studien berichteten patientenrelevanten Endpunkten werden im Bericht beschrieben.

Je Endpunkt wird vorzugsweise der späteste Messzeitpunkt dargestellt.

Die relevanten Ergebnisse werden endpunktspezifisch pro Studie auf ihr jeweiliges Verzerrungspotenzial überprüft. Anschließend werden die Informationen zusammengeführt und analysiert. Wenn möglich werden über die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Einzelstudien hinaus die in den Abschnitten A2.1.3.3 bis A2.1.3.5 beschriebenen Verfahren eingesetzt. Für Ergebnisse, die nicht in Metaanalysen einfließen, werden nur dann eigene Berechnungen durchgeführt, wenn dies zur Einschätzung der statistischen Signifikanz notwendig ist.

Ergebnisse fließen in der Regel nicht in die Nutzenbewertung ein, wenn diese auf weniger als 70 % der in die Auswertung einzuschließenden Personen basieren, das heißt, wenn der Anteil der Personen, die nicht in der Auswertung berücksichtigt werden, größer als 30 % ist.

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

A2.1.3.2 Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

Das Verzerrungspotenzial der Ergebnisse wird endpunktspezifisch für jede in die Nutzenbewertung eingeschlossene Studie bewertet. Dazu werden insbesondere folgende endpunktübergreifende (A) und endpunktspezifische (B) Kriterien systematisch extrahiert und bewertet:

A: Kriterien für die endpunktübergreifende Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

- Erzeugung der Randomisierungssequenz
- Verdeckung der Gruppenzuteilung
- Verblindung der Patientin oder des Patienten sowie der behandelnden Person

- ergebnisunabhängige Berichterstattung

B: Kriterien für die endpunktspezifische Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

- Verblindung der Endpunkterheber
- Umsetzung des Intention-to-treat (ITT)-Prinzips
- ergebnisunabhängige Berichterstattung

Für die Ergebnisse randomisierter Studien wird das Verzerrungspotenzial zusammenfassend als niedrig oder hoch eingestuft. Wird bereits hinsichtlich der unter (A) aufgeführten Kriterien ein endpunktübergreifend hohes Verzerrungspotenzial festgestellt, gilt dieses damit für alle Ergebnisse aller Endpunkte als hoch, unabhängig von der Bewertung endpunktspezifischer Aspekte. Andernfalls finden anschließend die unter (B) genannten Kriterien pro Endpunkt Berücksichtigung.

Im Falle subjektiv erhobener Endpunkte ergibt sich aus einer fehlenden Patientenverblindung bereits ein endpunktspezifisch hohes Verzerrungspotenzial.

A2.1.3.3 Metaanalysen

Die geschätzten Effekte und Konfidenzintervalle aus den Studien werden mittels Forest Plots dargestellt. Die Heterogenität zwischen den Studien wird mithilfe des statistischen Tests auf Vorliegen von Heterogenität [96] untersucht. Es wird außerdem untersucht, welche Faktoren eine vorhandene Heterogenität möglicherweise verursachen. Dazu zählen methodische Faktoren (siehe Abschnitt A2.1.3.4) und klinische Faktoren, sogenannte Effektmodifikatoren (siehe Abschnitt A2.1.3.5). Falls vorhandene Heterogenität durch solche Faktoren zumindest zum Teil erklärt werden kann, so wird der Studienpool nach diesen Faktoren aufgespaltet und die weiteren Berechnungen erfolgen in den getrennten Studienpools. Bei statistisch nachgewiesener (unerklärter) Heterogenität ist eine gemeinsame Effektschätzung nicht sinnvoll und es erfolgt eine qualitative Zusammenfassung der Studienergebnisse.

In Abhängigkeit von der Anzahl der Studien wird zur Durchführung von Metaanalysen folgendes Standardvorgehen gewählt sofern keine klaren Gründe dagegensprechen:

- 2 Studien: Anwendung des Modells mit festem Effekt, und zwar mithilfe der inversen Varianzmethode bei stetigen Daten beziehungsweise der Mantel-Haenszel-Methode bei binären Daten [97].
- 3 bis 4 Studien: Anwendung des Modells mit zufälligen Effekten, und zwar – für die Effektmaße SMD, Odds Ratio, relatives Risiko und Hazard Ratio – mithilfe einer bayesschen Metaanalyse mit nicht informativen A-Priori-Verteilungen für den Behandlungseffekt und informativen A-Priori-Verteilungen für den Heterogenitäts-

parameter τ gemäß Lilienthal et al. [98]. Zudem erfolgt ein Abgleich mit einer qualitativen Zusammenfassung der Studienergebnisse. Für sonstige Effektmaße ist projektspezifisch zu entscheiden, ob die Methode nach Knapp-Hartung, eine qualitative Zusammenfassung der Studienergebnisse oder ein anderes Verfahren anzuwenden ist.

- 5 Studien und mehr: Anwendung des Modells mit zufälligen Effekten, und zwar mithilfe der Knapp-Hartung-Methode. Zunächst werden gepoolte Effekte nach der Methode von Knapp-Hartung – mit und ohne Ad-hoc-Varianzkorrektur – sowie der Paule-Mandel-Methode zur Schätzung des Heterogenitätsparameters τ [99] und gepoolte Effekte nach der Methode von DerSimonian-Laird berechnet. Es wird geprüft, ob das Konfidenzintervall nach Knapp-Hartung (ohne Ad-hoc-Varianzkorrektur) schmaler ist als das nach DerSimonian-Laird. In diesem Fall wird die Effektschätzung nach Knapp-Hartung mit Ad-hoc-Varianzkorrektur, ansonsten ohne Ad-hoc-Varianzkorrektur weiterverwendet. Im Anschluss wird geprüft, ob diese Effektschätzung informativ ist. Als informativ wird die Schätzung dann bezeichnet, falls das Konfidenzintervall (des gemeinsamen Effekts) in der Vereinigung der Konfidenzintervalle der Einzelstudien enthalten ist. In diesem Fall wird diese Effektschätzung (nach Knapp-Hartung) zur finalen Bewertung herangezogen. Ansonsten wird eine gemeinsame Effektschätzung als nicht sinnvoll erachtet und es erfolgt eine qualitative Zusammenfassung der Studienergebnisse.

Bei 4 oder mehr Studien wird hierzu das Prädiktionsintervall im Forest Plot mit dargestellt.

A2.1.3.4 Sensitivitätsanalysen

Bestehen Zweifel an der Robustheit von Ergebnissen wegen methodischer Faktoren, die bspw. durch die Wahl bestimmter Cut-off-Werte, Ersetzungsstrategien für fehlende Werte, Erhebungszeitpunkte oder Effektmaße begründet sein können, ist geplant, den Einfluss solcher Faktoren in Sensitivitätsanalysen zu untersuchen. Das Ergebnis solcher Sensitivitätsanalysen kann die Sicherheit der aus den beobachteten Effekten abgeleiteten Aussagen beeinflussen. Ein als nicht robust eingestufter Effekt kann z. B. dazu führen, dass nur ein Hinweis auf anstelle eines Belegs für einen (höheren) Nutzen attestiert wird (zur Ableitung von Aussagen zur Beleglage siehe Abschnitt A2.1.3.6).

A2.1.3.5 Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren

Die Ergebnisse werden hinsichtlich potenzieller Effektmodifikatoren, das heißt klinischer Faktoren, die die Effekte beeinflussen, untersucht. Ziel ist es, 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 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 10 Personen umfasst und bei binären Daten mindestens 10 Ereignisse in einer der Subgruppen aufgetreten sind. Es ist vorgesehen, folgende Faktoren bezüglich einer möglichen Effektmodifikation in die Analysen einzubeziehen:

- Geschlecht,
- Alter,
- sozialer Status,
- Art der Angststörung,
- Anzahl der EFT-Sitzungen,
- Dauer der Intervention.

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

Bei Identifizierung möglicher Effektmodifikatoren erfolgt ggf. eine Präzisierung der aus den beobachteten Effekten abgeleiteten Aussagen. Bspw. kann der Beleg eines (höheren) Nutzens auf eine spezielle Subgruppe von Personen eingeschränkt werden (zur Ableitung von Aussagen zur Beleglage siehe Abschnitt A2.1.3.6).

A2.1.3.6 Aussagen zur Beleglage

Für jeden Endpunkt wird eine Aussage zur Beleglage des (höheren) Nutzens und (höheren) Schadens getroffen. Dabei sind 4 Abstufungen der Aussagesicherheit möglich: 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 regelhaft abzuleitende Aussagesicherheit ist von den in Tabelle 5 dargestellten Kriterien abhängig. Die qualitative Ergebnissicherheit ist abhängig vom Design der Studie. 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.

Tabelle 5: Regelhaft abgeleitete Aussagesicherheiten für verschiedene Evidenzsituationen beim Vorliegen von Studien derselben qualitativen Ergebnissicherheit

		Anzahl Studien				
		1 (mit statistisch signifikantem Effekt)	≥ 2			
			gemeinsame Effektschätzung sinnvoll	gemeinsame Effektschätzung nicht sinnvoll		
			Metaanalyse statistisch signifikant	konkludente Effekte[a]		
				deutlich	mäßig	nein
Qualitative Ergebnis-sicherheit	hoch	Hinweis	Beleg	Beleg	Hinweis	–
	mäßig	Anhaltspunkt	Hinweis	Hinweis	Anhaltspunkt	–
	gering	–	Anhaltspunkt	Anhaltspunkt	–	–

a. Unter konkludenten Effekten wird eine Datensituation verstanden, in der es möglich ist, einen Effekt im Sinne der Fragestellung abzuleiten, obwohl eine gemeinsame Effektschätzung nicht sinnvoll möglich ist (siehe Abschnitt 3.1.4 der Allgemeinen Methoden 7.0 [27].

Abschließend erfolgt eine endpunktübergreifende Bewertung des Nutzens. In diese übergreifende Bewertung wird auch die Datenvollständigkeit und die sich daraus möglicherweise ergebende Verzerrung aufgrund von Publication Bias oder Outcome Reporting Bias einbezogen.

A2.2 Gesundheitsökonomische 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 zusätzlich mit der Anwendung einhergehenden Leistungen berücksichtigt. Sofern die Prüf- oder Vergleichsintervention aus mehreren Leistungen besteht, werden alle Komponenten dargestellt. Für die anfallenden Leistungen werden soweit möglich die jeweils relevanten regulierten oder verhandelten Preise, z. B. aus der Datenbank der Informationsstelle für Arzneispezialitäten (IFA), dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), dem Diagnosis-Related-Groups (DRG)-Katalog oder ähnlich geeignete Aufstellungen aus der Rentenversicherung oder des Statistischen Bundesamts angesetzt. Sofern notwendig, werden alternative Vorgehensweisen zur Bestimmung der Interventionskosten transparent dargestellt. Falls eine Therapie länger als ein Jahr dauert, werden die durchschnittlich pro Patientin beziehungsweise Patient und Jahr anfallenden Kosten angegeben. Erstattungsfähige und nicht erstattungsfähige Leistungen sowie Zuzahlungen werden getrennt ausgewiesen.

A2.2.2 Systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Evaluationen

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 mit einer Aussage zur Kosteneffektivität einbezogen [100], das heißt Kosten-Effektivitäts- / Wirksamkeits-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen oder Kosten-Nutzen-Analysen (im engeren Sinne). Werden diese Studientypen im Rahmen der Recherche nicht identifiziert, erfolgt der Einschluss vergleichender gesundheitsökonomischer Studien mit einer Aussage zu den Kosten der Prüfintervention und Vergleichsintervention, das heißt Kosten-Kosten-Analysen.

A2.2.2.1.2 Publikationssprache

Die Publikation muss in deutscher oder englischer Sprache verfügbar sein.

A2.2.2.1.3 Gesundheitssystem beziehungsweise geografischer Bezug

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

A2.2.2.1.4 Tabellarische Darstellung der Kriterien

In der folgenden Tabelle 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 6: 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	Publikationssprache: Deutsch oder Englisch
EÖ3	Vollpublikation verfügbar
EÖ: Einschlusskriterien ökonomische Bewertung	

A2.2.2.2 Fokussierte Informationsbeschaffung

Für die Bewertung gesundheitsökonomischer Aspekte wird eine systematische Recherche in Form einer fokussierten Informationsbeschaffung durchgeführt. Folgende primäre und weitere Informationsquellen sowie Suchtechniken werden dabei berücksichtigt:

Primäre Informationsquellen

- bibliografische Datenbanken

- MEDLINE
- Embase
- HTA Database

Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

- Anwendung weiterer Suchtechniken
  - Sichten von Referenzlisten identifizierter systematischer Übersichten
- Anhörung zum vorläufigen ThemenCheck-Bericht
- Autorinnen- und Autorenanfragen (optional)

A2.2.2.2.1 Selektion relevanter Publikationen

Die durch die Suche identifizierten Zitate werden durch 1 Person anhand der Einschlusskriterien (siehe Tabelle 6) selektiert. Das Ergebnis wird durch eine 2. 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 Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS 2022-Statement) [101].

Bewertung der Übertragbarkeit

Die Bewertung der Übertragbarkeit der Ergebnisse orientiert sich an den Kriterien des European network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) HTA adaptation toolkit [29].

A2.2.2.4 Informationsanalyse und -synthese

Es werden gesundheitsökonomische Studien betrachtet, die Aussagen zur Kosteneffektivität der Technologie gegenüber der Vergleichsintervention machen. Ergänzend können auch vergleichende gesundheitsökonomische Studien mit Aussagen ausschließlich zu den Kosten der Prüfintervention und Vergleichsintervention betrachtet werden.

Die Ergebnisse zu der in den Studien berichteten Kosteneffektivität beziehungsweise der in den Studien berichteten Kosten und die Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren werden im ThemenCheck-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 bspw. auch in Gesetzen und Verordnungen oder auf den Websites von Interessengruppen. Sie sind unabhängig vom Publikationstyp, -status und Studientyp.

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

A2.3.2 Informationsbeschaffung

Orientierende Recherche

Für die Informationsbeschaffung erfolgt in einem ersten Schritt eine Orientierung zu möglichen ethisch relevanten Argumenten und Aspekten durch eine Ausarbeitung des Hofmannschen Fragenkatalogs [31]. Anschließend wird eine orientierende Recherche in folgenden Informationsquellen durchgeführt:

- Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien
- interessenabhängige Informationsquellen, zum Beispiel Websites von Interessenvertreterinnen und -vertretern
- ETHMED (ETHik in der MEDizin / Literaturdatenbank der Universität Göttingen)
- MEDLINE
- LIVIVO (System der ZB Med Köln)
- BELIT (Literaturdatenbank, die vom Deutschen Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE, Bonn) entwickelt worden ist)

Informationen aus allen Informationsquellen der orientierenden Recherchen werden von 1 Person auf Aussagen zu ethischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Technologie gesichtet. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Weitere Informationsquellen

Die folgenden Dokumente werden auf mögliche ethische Argumente geprüft:

- in die Nutzenbewertung eingeschlossene Studien

- in die gesundheitsökonomische Bewertung eingeschlossene Studien
- das Protokoll zur Dokumentation der Diskussion mit den befragten Betroffenen

Die Prüfung der Dokumente auf Aussagen zu ethischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Technologie erfolgt durch 1 Person. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Sollten sich in den vorgenannten Informationsquellen nur unzureichende Informationen finden, können ergänzend auch weitere Stakeholder befragt werden.

Zusätzlich können „reflective thoughts“, also das reflektierte und auf das Wissen der Berichtsautorinnen und -autoren bezogene Nachdenken über mögliche ethische Argumente und Aspekte, als Informationsquelle genutzt werden [33].

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 [31] und orientiert sich darüber hinaus an einem um spezifische Aspekte von "Emotional Freedom Technique" bei Angst und Panikstörung erweiterten Rahmengerüst für die ethische Bewertung von Public-Health-Maßnahmen von Marckmann [32]. 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 ThemenCheck-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

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

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

A2.4.2 Informationsbeschaffung

Orientierende Recherche

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

Die orientierenden Recherchen werden in folgenden Informationsquellen durchgeführt:

- Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien (zum Beispiel Beck-Online oder juris).
- interessenabhängige Informationsquellen, z. B. Websites von Interessenvertretungen
- MEDLINE
- LIVIVO (System der ZB Med Köln)
- Google Scholar
- nationale und regionale Register

Informationen aus allen Informationsquellen der orientierenden Recherchen werden von 1 Person auf Aussagen zu sozialen, rechtlichen und / oder organisatorischen Argumenten der zu untersuchenden Technologie gesichtet. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Weitere Informationsquellen

Die folgenden Dokumente werden auf mögliche soziale, rechtliche und / oder organisatorische Argumente geprüft:

- in die Nutzenbewertung eingeschlossene Studien
- in die gesundheitsökonomische Bewertung eingeschlossene Studien
- das Protokoll zur Dokumentation der Diskussion mit den befragten Betroffenen

Die Prüfung der Dokumente auf Aussagen zu sozialen, rechtlichen und / oder organisatorischen Argumenten der zu untersuchenden Technologie erfolgt durch 1 Person. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Sollten sich in den vorgenannten Informationsquellen nur unzureichende Informationen finden, können ergänzend auch weitere Stakeholder befragt werden.

Zusätzlich können „reflective thoughts“, also das reflektierte und auf das Wissen der Berichtsautorinnen und -autoren bezogene Nachdenken über mögliche soziale, rechtliche oder organisatorische Argumente, als Informationsquelle genutzt werden [33].

A2.4.3 Informationsaufbereitung

Datenextraktion

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

Soziale Aspekte

Soziale und soziokulturelle Aspekte im ThemenCheck-Bericht greifen die wechselseitigen Interaktionen zwischen Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethode und sozialer Umwelt (z. B. 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 [34] vorgeschlagenem umfassenden konzeptionellen Rahmen.

Rechtliche Aspekte

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

Die Informationsaufbereitung zu rechtlichen Aspekten orientiert sich an dem von Brönneke 2016 [35] 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 [36] vorgeschlagenen Raster zur Einschätzung der organisatorischen Folgen von Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethoden.

A2.5 Domänenübergreifende Zusammenführung

Die relevanten Argumentationsstränge und Ergebnisse aller Domänen (Nutzenbewertung, Gesundheitsökonomie, Ethik, Soziales, Recht und Organisation) werden abschließend qualitativ zusammengeführt. Dieser Schritt wird durch eine Diskussionsrunde mit allen

Berichterstellerinnen und -erstellern, die sich für die Domänen verantwortlich zeichnen, unterstützt.

Für die Zusammenführung der Ergebnisse der Domänen des ThemenCheck-Berichts wird ein logisches Modell in Anlehnung an INTEGRATE-HTA erstellt [81].

A3 Details der Ergebnisse: Nutzenbewertung

A3.1 Informationsbeschaffung

A3.1.1 Fokussierte Informationsbeschaffung nach systematischen Übersichten

Die Suche fand am 08.09.2025 statt. Von den 8 identifizierten systematischen Übersichten zum Thema (siehe Abschnitt A8.1.1) wurde keine als Basis-SÜ herangezogen.

A3.1.2 Umfassende Informationsbeschaffung

A3.1.2.1 Primäre Informationsquellen

A3.1.2.1.1 Bibliografische Datenbanken

Abbildung 2 zeigt das Ergebnis der systematischen Literaturrecherche in den bibliografischen Datenbanken und der Studienselektion gemäß den Kriterien zum Studieneinschluss. Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken finden sich in Abschnitt A9.1.1. Die letzte Suche fand am 30.10.2025 statt.

Die Referenzen der als Volltexte geprüften, aber ausgeschlossenen Treffer finden sich mit Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes in Abschnitt A8.1.2.

Unter den ausgeschlossenen Dokumenten wurden 1 Publikation identifiziert, die 1 Studie ohne bisher berichtete Ergebnisse beschreiben (siehe Abschnitt A3.1.4).

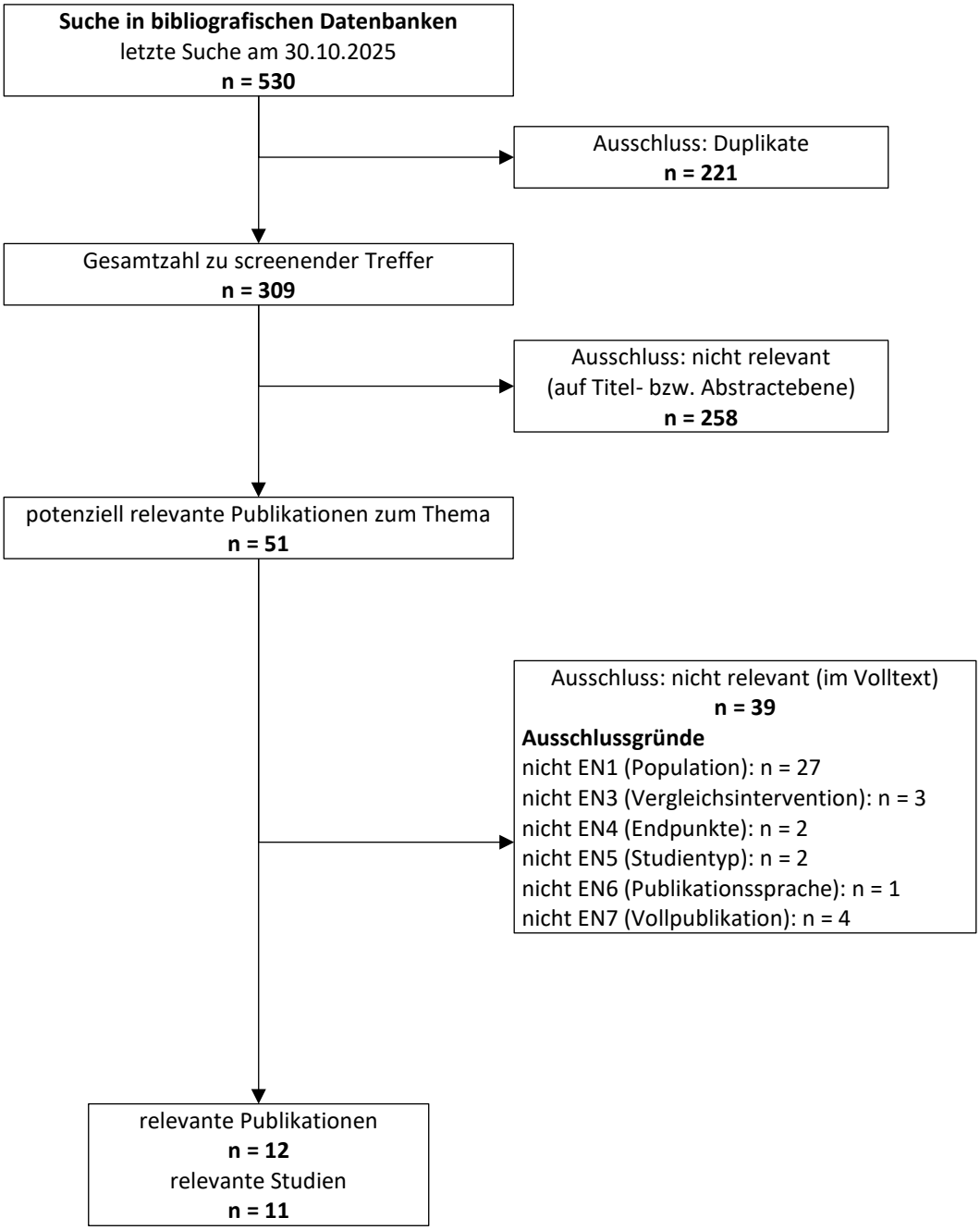


Abbildung 2: Ergebnis der umfassenden Informationsbeschaffung aus den bibliografischen Datenbanken und der Studienselektion – Nutzenbewertung

A3.1.2.1.2 Studienregister

Durch die Suche in Studienregistern wurden folgende relevante Studien beziehungsweise Dokumente identifiziert (Tabelle 7):

Tabelle 7: In Studienregistern identifizierte relevante Studien beziehungsweise Dokumente

Studie	Studienregister ID	Studienregister	Ergebnisbericht in Studienregister vorhanden
Church 2013[a]	NCT00743041	ClinicalTrials.gov	nein[b]
Geronilla 2016[a]	NCT01117545	ClinicalTrials.gov	nein[b]
Irgens 2012[a]	NCT00202709	ClinicalTrials.gov	nein[b]
Irgens 2017[a]	NCT00932919	ClinicalTrials.gov	nein[b]
a. Publikation zur Studie in der bibliographischen Recherche bereits identifiziert b. Ergebnisbericht als Publikation vorhanden			

In den Studienregistern wurden darüber hinaus 1 abgeschlossene Studie, 1 laufende Studie und 1 Studie mit unklarem Status, jeweils ohne berichtete Ergebnisse identifiziert (siehe Abschnitt A3.1.4).

Die Suchstrategien für die Suche in Studienregistern finden sich in Abschnitt A9.1.2. Die letzte Suche in Studienregistern fand am 18.11.2025 statt.

A3.1.2.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

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

A3.1.2.2.1 Anwendung weiterer Suchtechniken

Im Rahmen der fokussierten Informationsbeschaffung wurden 8 systematische Übersichten zum Thema identifiziert – die entsprechenden Referenzen finden sich in Abschnitt A8.1.1. Die Referenzlisten dieser systematischen Übersichten wurden gesichtet.

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

A3.1.2.2.2 Autorinnen- und Autorenanfragen

Für die vorliegende Bewertung wurden Autorinnen- und Autorenanfragen zu 1 abgeschlossenen Studie und 1 Studie mit unklarem Status jeweils ohne berichtete Ergebnisse sowie zu 1 laufenden Studie versendet (Tabelle 8). Zu den ersten beiden Anfragen sind keine Antworten eingegangen. Die Autorinnen- und Autoren der laufenden Studie antworteten, dass Daten zur Studie aktuell nicht verfügbar seien. Eine Publikation sei in Vorbereitung. Die Veröffentlichung werde voraussichtlich Anfang 2028 erfolgen.

Tabelle 8: Übersicht zu Autorinnen- und Autorenanfragen

Studie	Inhalt der Anfrage	Antwort eingegangen ja / nein	Inhalt der Antwort
NCT00514956	▪ Details zu Studiendesign / Methode ▪ Patientencharakteristika ▪ Ergebnisse	nein	-
IRCT20180923041101N3	▪ Details zu Studiendesign / Methode ▪ Patientencharakteristika ▪ Ergebnisse	nein	-
KCT0007360	▪ Details zu Studiendesign / Methode ▪ Patientencharakteristika ▪ Ergebnisse	ja	Daten zur Studie derzeit nicht verfügbar. Publikation in Vorbereitung. Geplante Veröffentlichung Anfang 2028

A3.1.3 Resultierender Studienpool

Durch die verschiedenen Rechercheschritte konnten insgesamt 11 relevante Studien identifiziert werden (siehe auch Tabelle 9).

Tabelle 9: Resultierender Studienpool der Nutzenbewertung

Studie	Verfügbare Dokumente			
	Vollpublikation (in Fachzeit-schriften)	Registereintrag / Ergebnisbericht aus Studienregistern	Studienbericht aus Herstellerunterlagen (nicht öffentlich zugänglich)	Sonstige Dokumente
Al-Hadethe 2015	ja [37]	nein	nein	nein
Baker 2010	ja [38]	nein	nein	nein
Church 2013	ja [39]	ja [102] / nein	nein	nein
Geronilla 2016	ja [40]	ja [103] / nein	nein	nein
Irgens 2012	ja [45]	ja [104] / nein	nein	nein
Irgens 2017	ja [46]	ja [105] / nein	nein	nein
Karatzias 2011	ja [41]	nein	nein	nein
Nemiro 2015	ja [42]	nein	nein	nein
Salas 2011	ja [43]	nein	nein	nein
Schoninger 2010	ja [47]	nein	nein	ja [106]
Wells 2003	ja [44]	nein	nein	nein

A3.1.4 Studien ohne berichtete Ergebnisse

In Tabelle 10 sind alle durch die Informationsbeschaffung identifizierten Studien ohne bisher berichtete Ergebnisse dargestellt. Für alle 3 Studien wurden Autorinnen- und Autorenanfragen gestellt.

Tabelle 10: In der Informationsbeschaffung identifizierte Studien ohne berichtete Ergebnisse

Studie	**Dokumentart, ggf. Studienregister ID, Zitat**	**Studientyp**	**Geplante Fallzahl**	**Status (ggf. geplantes Studienende)**
Effect of Emotional Freedom Technique and Diaphragmatic Breathing on Post Traumatic Stress Disorder	Studienregistereintrag, NCT00514956 [107]	RCT	12	abgeschlossen
The Effect of Emotional Freedom Technique (EFT) on Sleep Quality and Anxiety of Elderly	Studienregistereintrag, IRCT20180923041101N3 [108]	RCT	80	unklar
Emotional Freedom Techniques vs Written Exposure Therapy vs Waiting List for Posttraumatic Stress Disorder	Studienregistereintrag, KCT0007360 [109] Publikation, Choi 2023 [110][a]	RCT	120	Laufend (31.12.2025)
a. Studienprotokoll RCT: randomisierte kontrollierte Studie				

A3.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

A3.2.1 Studiendesign und Studienpopulationen

Tabelle 11: Charakterisierung der eingeschlossenen Studien

Studie	Studien-design	Patientenzahl N	Intervention	Vergleich	Ort und Zeitraum der Durchführung	Studiendauer	Relevante Endpunkte[a]
Diverse Angststörungen bei Erwachsenen							
Irgens 2012	RCT, parallel Design	48 Personen	TFT	Keine Behandlung (Warteliste)	Arendal, Norwegen; Mai 2002 - Juni 2003	12 Monate	*Angstsymptomatik:* ▪ Symptom Checklist 90-Revised ▪ Hospital Anxiety and Depression Scale *Depressivität:* ▪ Hospital Anxiety and Depression Scale *Funktionsniveau:* ▪ Sheehan Disability Scale *Lebensqualität*
Phobien							
Baker 2010	RCT, parallel Design	31 Personen	EFT	Placebo (Supportive Interview) Keine Behandlung	USA; k. A.	1,38 Jahre	*Angstsymptomatik:* ▪ Fear Questionnaire (FQ) ▪ Subjective units of disturbance scale (SUDS) ▪ Behavioral Approach Test (BAT) *Psychosomatische Beschwerden:* ▪ Autonomic Response Questionnaire
Irgens 2017	RCT, parallel Design	72 Personen	TFT	KVT Keine Behandlung (Warteliste)	Norwegen; Januar 2007 - Dezember 2008	12 Monate	*Angstsymptomatik:* ▪ Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS) ▪ Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ)

Tabelle 11: Charakterisierung der eingeschlossenen Studien

Studie	Studien-design	Patientenzahl N	Intervention	Vergleich	Ort und Zeitraum der Durchführung	Studiendauer	Relevante Endpunkte[a]
							▪ Beck Anxiety Inventory (BAI) ▪ Mobility Inventory (MI) *Psychosomatische Beschwerden:* ▪ Body Sensations Questionnaire (BSQ) *Depressivität:* ▪ Beck Depression Inventory (BDI)
Schoninger 2010	RCT, parallel Design	48 Personen	TFT	Keine Behandlung (Warteliste)	Colorado Springs, USA; k. A.	4 Wochen	*Angstsymptomatik:* ▪ Speaker Anxiety Scale (SA Scale) ▪ State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ▪ Subjective units of disturbance scale (SUDS)
Salas 2011	RCT, crossover Design	22 Personen	EFT	Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung)	USA; k. A.	1 Tag	*Angstsymptomatik:* ▪ Behavioral approach test (BAT) ▪ Subjective units of disturbance scale (SUDS) ▪ Beck Anxiety Inventory (BAI)
Wells 2003	RCT, parallel Design	46 Personen	EFT	Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung)	USA; k. A.	8 Monate	*Angstsymptomatik:* ▪ Behavioral Approach Task (BAT) ▪ Fear Questionnaire (FQ) ▪ Subjective units of disturbance scale (SUDS) *Zufriedenheit:* ▪ Confidence rating
Posttraumatische Belastungsstörung							
Al-Hadethe 2015	RCT, parallel Design	60 Personen	EFT	Expositionstherapie	Baghdad, Irak; November 2012 -	12 Monate	*PTBS Symptomatik:* ▪ Scale of Posttraumatic Stress

Tabelle 11: Charakterisierung der eingeschlossenen Studien

Studie	Studien-design	Patientenzahl N	Intervention	Vergleich	Ort und Zeitraum der Durchführung	Studiendauer	Relevante Endpunkte[a]
				Keine Behandlung	Januar 2013		Symptoms (SPTSS) *Angstsymptomatik:* ▪ Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) *Depressivität:* ▪ Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)
Church 2013	RCT, parallel Design	59 Personen	EFT	Keine Behandlung (Warteliste)	USA; Dezember 2008 – Mai 2010	3 Monate	*PTBS Symptomatik:* ▪ PTSD-Checklist-Military *Angstsymptomatik:* ▪ Symptom Assessment-45 *Depressivität:* ▪ Symptom Assessment-45 *Psychosomatische Beschwerden:* ▪ Symptom Assessment-45
Geronilla 2016	RCT, parallel Design	58 Personen	EFT	Keine Behandlung (Warteliste)	USA, Mai 2010 – Dezember 2017	30 Tage	*PTBS Symptomatik:* ▪ PTSD-Checklist-Military *Angstsymptomatik:* ▪ Symptom Assessment-45 *Depressivität:* ▪ Symptom Assessment-45 *Psychosomatische Beschwerden:* ▪ Symptom Assessment-45
Karatzias 2011	RCT, parallel Design	46 Personen	EFT	Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)	Schottland, k. A.	3 Monate	*PTBS Symptomatik:* ▪ PTSD-Checklist Clinician ▪ Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) *Angstsymptomatik:*

Tabelle 11: Charakterisierung der eingeschlossenen Studien

Studie	Studien-design	Patientenzahl N	Intervention	Vergleich	Ort und Zeitraum der Durchführung	Studiendauer	Relevante Endpunkte[a]
							▪ Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) *Depressivität:* ▪ Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) *Zufriedenheit:* ▪ Satisfaction with Life Scale
Nemiro 2015	RCT, parallel Design	50 Personen	EFT	KVT	Demokratische Republik Kongo, k. A.	6 Monate	*PTBS Symptomatik:* ▪ Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) *Angstsymptomatik:* ▪ Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) *Depressivität:* ▪ Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25)

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.

EFT: Emotional Freedom Technique; k. A.: keine Angaben; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; N: Anzahl randomisierter beziehungsweise eingeschlossener Patientinnen und Patienten; PTBS: posttraumatische Belastungsstörung (PTSD: posttraumatic Stress Disorder); RCT: randomisierte kontrollierte Studie; TFT: Thought Field Therapy.

Tabelle 12: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien

Studie	Intervention	Vergleich	Begleittherapie
Diverse Angststörungen			
Irgens 2012	**Tought Field Therapie (TFT):** 2 TFT-Einzelbehandlungen gemäß TFT-Leitlinie nach Callahan; Dauer: Sitzung 1 bis zu 50 Minuten, Sitzung 2 bis zu 25 Minuten; durchgeführt von erfahrenem TFT-Therapeuten, überwacht von Erstautor. Zusätzliche Sitzungen wurden vom Erstautor angeboten, falls notwendig.	**Keine Behandlung - Warteliste** (TFT nach 2,5 Monaten)	k. A.
Phobien			
Schoninger 2010	**Tought Field Therapie (TFT):** 1 Einzelsitzung zu maximal 60 Minuten, durchgeführt von einem Therapeuten nach dem Standartprotokoll nach Callahan; Therapeuten: Psychotherapeutische Lizenz in Colorado und geschult und erfahren in TFT (Master in Sozialarbeit oder Sozialberatung oder Doktor der Psychologie). TFT-Protokoll: ▪ Aufrufen einer schlimmen Erinnerung und SUD-Bewertung ▪ „psychological reversal“: Atemmuster, Annahme einer bestimmten Position ▪ Patient klopft 7- oder 8-mal mit 3 Fingern auf best. Punkte an Kopf und Oberkörper ▪ Patient klopft wiederholt auf „gamut Punkt“ (Stelle am Handrücken zwischen Ringfinger und kleinem Finger) und folgt dabei mit den Augen der Hand des Therapeuten ▪ Klopfreihenfolge wird erneut wiederholt ▪ erneute Angabe des SUD-Scores mit Gedanken an Erinnerung ▪ Wiederholung des Prozederes bis SUD-Score = 0 oder die Zeit abgelaufen ist Bei SUD-Score = 0: Klopfen auf „gamut Punkt“ und mit	**Keine Behandlung - Warteliste** (EFT nach 4 Wochen)	k. A.

Tabelle 12: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien

Studie	Intervention	Vergleich	Begleittherapie
	den Augen langsam vom Boden zur Decke schauen Aufforderung, sich eine erfolgreiche Ansprache vor Publikum vorzustellen und auf „gamut Punkt“ klopfen und/oder während dem Klopfen ans Fehler machen in einer öffentlichen Rede denken. In manchen Fällen Aufforderung an Patienten, eine bestimmte Affirmation laut zu sagen.		
Baker 2010	**Emotional Freedom Technique (EFT):** 1 Einzelsitzung zu 45 Minuten; EFT nach Protokoll von Craig; EFT-Therapeut zeigt EFT-Abklopfen der Meridianpunkte vor und Patient macht dies nach. Patient klopft auf Meridian Punkte (wird vorgezeigt) während er auf Angst fokussiert (Reminder-Phrase wird wiederholt). Durchführung: ▪ Festlegen der Set-up-Phrase durch Behandelnde („Even though I have this fear of rats, I deeply and completely accept myself“), Patient wiederholt die Phrase 3-mal, währenddessen 2 Punkte links und rechts an oberer Brust reiben, jeweils mit einer Hand (Zeige- und Mittelfinger) ▪ 5-7-Mal auf 5 Meridianpunkte im Gesicht und Oberkörper klopfen ▪ auf 4 Punkte bei Fingerspitzen klopfen und dann auf einen 5. Punkt auf der Handseite. Dabei an jeweils die Reminder-Phrase wiederholen ▪ sehr schnell 3-5-mal auf eine Handrückseite klopfen und währenddessen einfache Aufgaben durchführen, wie z. B. Augen öffnen und schließen, nach oben und unten schauen, Augen im und gegen den Uhrzeigersinn drehen, summen ▪ Wiederholung der Klopfsequenzen. ▪ Wiederholung der Set-up Phase	**Kontrollgruppe 1 – Placebo:** Supportive Interview; 1 Einzelsitzung zu 45 Minuten unter Verwendung von Empathie, aktivem Zuhören und Mitgefühl ohne Einsatz einer Klopftechnik. Patient soll sich gehört fühlen. Manche Patienten haben alles gesagt, bevor die 45 Minuten vorbei waren. Falls das der Fall war, wurde die restliche Zeit über angenehme Dinge gesprochen, z. B. über vergangene Urlaube. **Kontrollgruppe 2 – Keine Behandlung:** Lesen Magazin (hat nichts mit Angst zu tun) oder lernten zwischen Pre- und Posttest.	k. A.

Tabelle 12: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien

Studie	Intervention	Vergleich	Begleittherapie
	Wenn der SUD-Score in den ersten 3 Runden reduziert wurde, wurde nachfolgend ein kürzeres Protokoll verwendet (nur mehr Schritt 1, 2, teilweise 3). Wenn nicht, wurden spezielle Interventionen durchgeführt (z. B. während Schritt 2 in sehr lauter, dramatischer Stimme sprechen). Fokus der Behandlung auf das Tier, vor dem der Patient Angst hat, bis SUD-Score ≤ 2. Danach Fokus auf verschiedene Teilaspekte bis zum Ende der Sitzung. Keine Anweisung EFT auch zu Hause durchzuführen.		
Irgens 2017	**Tought Field Therapie (TFT):** Fünf 50-55-minütige Einzelbehandlungen gemäß einem TFT-Manual spezifisch für Agoraphobie (basierend auf der TFT-Leitlinie nach Callahan und Trubo); Durchführung durch erfahrenen TFT-Experten ohne andere Gesundheitsausbildung oder therapeutische Ausbildung (keine Erfahrung mit KVT). Zertifiziert in Norwegen auf Algorithmus-Level und TFT-Diagnostik-Level. Durchführung: ▪ Anamnese und Überblick über Situation des Patienten ▪ Benennen des zu eliminierenden Symptoms ▪ SUD-Assessment ▪ auf Aspekte des Symptoms fokussieren und währenddessen in bestimmter Abfolge auf Akupressur-Punkte klopfen. ▪ verschiedene Algorithmen für komplexere Probleme	**Kontrollgruppe 1 –KVT:** 12 50-55-minütige KVT-Sitzungen nach Manual von Clark und Salkovskis; Durchführung durch 2 erfahrene Psychiater mit Training und Zertifikat für KVT (im Jahr vor der Studie von Therapeuten und Wissenschaftlern mit PhD in KVT für Agoraphobie und sozialer Phobie trainiert). Durchführung: ▪ Einführung und Aufbau eines KVT-Modells. ▪ Hypothese: Falschinterpretation körperlicher Anzeichen von Angst. ▪ Kreierung von Experimenten, um die Bedeutung der körperlichen Symptome des Patienten zu testen (Hyperventilationsexperimente, schnelle Pulssteigerungen). Experimente für zwischen den Sitzungen geplant und manchmal Begleitung des Patienten in Lebenssituationen. Ziel: Ermutigung, alternative Glaubenssätze stärken, alte Verhaltensmuster loslassen. **Kontrollgruppe 2 - Keine Behandlung - Warteliste** (nach 3 Monaten randomisiert zu TFT oder KVT zugeteilt und entsprechen behandelt).	k. A.

Tabelle 12: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien

Studie	Intervention	Vergleich	Begleittherapie
Salas 2011	**Emotional Freedom Technique (EFT)**: 1 Sitzung alleine oder zu zweit; Durchführung durch Erstautor (Master Abschluss in beratender Psychologie; geschult in EFT und Atemübung) unter Supervision eines lizensierten Psychologen. 5 EFT-Zyklen gemäß Manual von Craig zu je 2 Minuten pro Sitzung (insgesamt 10 Minuten). Fokus der Patienten während der EFT-Behandlung auf die spezifische eigene Angst. Zusätzlich wurde die Behandlung in unmittelbarer Nähe zu gefürchtetem Objekt durchgeführt. Nach jeder Runde Angabe des SUD-Scores. Durchführung: ▪ an gefürchtete Situation denken und selbstakzeptiertes Statement denken. ▪ mit Fingerspitzen des Zeige- und Mittelfingers währenddessen auf Punkte klopfen (8 der 12 Meridian-Punkte werden genutzt). ▪ Set-up-Punkt an Handseite, Affirmation 3-mal wiederholen. ▪ „Reminder-Phrase“, an konkrete Angst denken, 7-mal auf die 7 verbleibenden Punkte klopfen.	**Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung)**: 1 Sitzung alleine oder zu zweit; Durchführung durch Erstautor (Master Abschluss in beratender Psychologie; geschult in EFT und Atemübung) unter Supervision eines lizensierten Psychologen. 5 Behandlungen zu je 2 Minuten pro Sitzung (insgesamt 10 Minuten). Fokus der Patienten während der Zwerchfellatmung auf die spezifische eigene Angst. Zusätzlich wurde die Behandlung in unmittelbarer Nähe zu gefürchtetem Objekt durchgeführt. Nach jeder Runde Angabe des SUD-Scores. Durchführung: Ein Zyklus besteht aus 3 tiefen Atemzügen; bis 4 zählen beim Einatmen, 2 Sekunden halten, 4 Sekunden ausatmen.	k. A.
Wells 2003	**Emotional Freedom Technique (EFT):** 1 Einzelsitzung zu maximal 30 Minuten; EFT nach Protokoll von Craig; durchgeführt von 2 Psychologen (jeder behandelt ca. die Hälfte der Teilnehmenden). Messung des SUD-Scores erfolgte vor dem Raum, indem sich gefürchtetes Tier befand. Wenn möglich wurde die Tür geöffnet. Tier befand sich in transparentem Behälter am Tisch. Wiederholung des SUD-Scores. Sich soweit annähern an Tier wie möglich. Danach beginnt Behandlung. Durchführung:	**Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung)**: 1 Einzelsitzung zu maximal 30 Minuten; Zwerchfellatmung nach standardisiertem Protokoll; durchgeführt von 2 Psychologen (jeder behandelt ca. die Hälfte der Teilnehmenden). Messung des SUD-Scores erfolgte vor dem Raum, indem sich gefürchtetes Tier befand. Wenn möglich wurde die Tür geöffnet. Tier befand sich in transparentem Behälter am Tisch. Wiederholung des SUD-Scores. Sich soweit annähern an Tier wie möglich. Danach beginnt Behandlung.	k. A.

Tabelle 12: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien

Studie	Intervention	Vergleich	Begleittherapie
	▪ Patient klopft selbst auf Punkte und fokussiert auf die Angst, indem er eine standardisierte „Reminder-Phrase“ wiederholt („this fear of spiders“). ▪ Eine Runde EFT besteht aus 5-7 Klopfsequenzen an jedem der Meridianpunkte. Vor jeder Klopf-Sequenz wird ein Reflex-Punkt im oberen Brustbereich gerieben und gleichzeitig ein selbstakzeptierendes Statement gesagt. Die volle EFT-Version (alle 12 Meridianpunkte) wurde die ersten 3 Runden durchgeführt, bei den übrigen Runden der Sitzung erfolgte eine Kurzversion (nur die ersten 7 Meridianpunkte). Idealerweise wurde die Behandlung fortgesetzt, bis alle Teilaspekte der Angst adressiert wurden und der SUD-Score jeweils bei 2 oder darunter lag.	Durchführung: Fokus auf Angst, Reminder-Phrase wird bei jedem Atemzug wiederholt (wie bei EFT). ▪ Anleitung wie Zwerchfellatmung funktioniert. Hauptelemente: Tief nach unten ins Zwerchfell atmen (wurde demonstriert), währenddessen zählen (4 einatmen, 2 halten, 4 aus). ▪ Jede Runde besteht aus 10 Atemzügen, wobei jeder komplette Atemzug etwa 10-12 Sekunden dauert. Zwischen den Atemzügen wird Reminder-Phrase wiederholt oder auf ein Bild der Angst fokussiert. ▪ nach jeder Runde SUD-Score. ▪ Verschiedene Aspekte der Angst wurden in den unterschiedlichen Runden behandelt.	
Posttraumatische Belastungsstörung			
Al-Hadethe 2015	**Emotional Freedom Technique (EFT):** 4 Einzelsitzungen zu je 60-90 Minuten über 2 Wochen durchgeführt vom Erstautor (klinischer Psychologe). 3-4 Tage zwischen den Sitzungen. Protokoll gemäß Craig: Klopfen auf Meridian-Punkte während Reden über traumatische Erinnerungen.	**Kontrollgruppe 1 - Expositionstherapie:** 4 Einzelbehandlungen zu je 60-90 Minuten über 2 Wochen durchgeführt vom Erstautor (3-4 Tage zwischen den Sitzungen). Durch das Aufrufen von Erinnerungen an traumatische Ereignisse und detailliert davon und von Konsequenzen zu berichten, sollen Symptome der PTSD reduziert werden. **Kontrollgruppe 2 – keine Behandlung**	k. A.
Church 2013	**Emotional Freedom Technique (EFT):** 6 Einzelsitzungen zu je 60 Minuten über 1 Monat verteilt; Einschulung durch 15 Trainer mit EFT-Zertifikat oder lizensierte Psychologen; Peer-to-Peer Coaching. Durchführung: ▪ Erstellung einer Liste mit traumatischen Kriegs-	**Keine Behandlung - Warteliste** (EFT nach 1 Monat)	Standartbehandlung einer PTBS bei US-Veteranen

Tabelle 12: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien

Studie	Intervention	Vergleich	Begleittherapie
	Erinnerungen vor oder bei erster Sitzung ▪ eine oder mehrere EFT-Sequenzen (Selbstanwendung) während der Sitzung bis SUD-Score für die jeweilige Erinnerung 0 Punkte erreicht oder beinahe erreicht. ▪ Anweisung EFT zu Hause auch zwischen den Sitzungen durchzuführen.		
Geronilla 2016	**Emotional Freedom Technique (EFT):** 6 Einzelsitzungen (Face-to-face, Telefonate oder Videoanrufe) zu je 60 Minuten mit zertifizierten EFT-Therapeuten (6 Life-Coaches, 1 Mental-Health-Berater, 1 Berater, ein Sozialarbeiter, 2 Psychotherapeuten, 2 Psychologie PhD). Durchführung der EFT gemäß Manual nach Craig. Patienten sollen Listen mit emotional traumatischen Events erstellen. Weniger traumatische Erlebnisse werden zuerst adressiert. Führung durch die Stufen der EFT bis die selbst gemeldete Intensität der Emotionen hinsichtlich des Erlebten nachlässt. Anweisung EFT auch zwischen den Sitzungen zu Hause anzuwenden.	**Keine Behandlung - Warteliste** (EFT nach 1 Monat)	Standartbehandlung einer PTBS bei US-Veteranen
Karatzias 2011	**Emotional Freedom Technique (EFT):** Einzelbehandlungen durch 3 erfahrene Psychotherapeuten (geschult in EFT und EMDR), überwacht durch Psychiater. Bis zu 8 Sitzung angeboten (entsprechende NICE 2005 PTBS-Leitlinie), im Mittel erhielten die Teilnehmende 3,8 Behandlungen. Dauer etwa 1 Stunde pro Sitzung. Durchführung: Traumatische Erinnerung wird aufgerufen, dann Klopfen auf Punkte im Gesicht und am Körper. Meridian-Punkte nach Craig; 6–8-mal klopfen pro Punkt; Klopfen wird vom Therapeuten durchgeführt. Protokoll „Minimovie Technique“	**Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR):** Einzelbehandlungen durch 3 erfahrene Psychotherapeuten (geschult in EFT und EMDR), überwacht durch Psychiater. Bis zu 8 Sitzung angeboten (entsprechende NICE 2005 PTBS-Leitlinie), im Mittel erhielten die Teilnehmende 3,7 Behandlungen. Dauer etwa 1 Stunde pro Sitzung. Durchführung: 8-Phasen-Protokoll: vergangene, aktuelle und zukünftige Faktoren für Stresssituationen werden adressiert. ▪ Phase 1: Ermittlung Krankengeschichte	k. A.

Tabelle 12: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien

Studie	Intervention	Vergleich	Begleittherapie
	▪ Phase 1 und 2: Ermittlung Krankengeschichte und Psychoedukation; danach weitere 6 Phasen nach Craig. ▪ Phase 3: Frage „Wenn das traumatische Geschehnis ein Film wäre, wie lange würde er dauern?“ ▪ Phase 4: Titel für „Film“ mit spezifischer Bedeutung für den Patienten ▪ Phase 5: An den „Film“ denken und SUD-Rating ▪ Phase 6: mehrere EFT-Klopf-Runden bis SUD-Score reduziert ▪ Phase 7: Patient erzählt „Film“, Pause wenn intensive Emotion verspürt wird. Nachfolgend: Szene mit intensiver Emotion einen Namen geben und SUD-Score angeben. Klopf-Runden für jede der „intensiven Szenen“ wiederholen bis SUD-Score reduziert ist. ▪ Phase 8: Film im Kopf abspielen und jegliches Unwohlsein melden. Klopfen wiederholen bis SUD-Score = 0 Punkte.	▪ Phase 2: Vorbereitung inkl. Psychoedukation ▪ Phase 3: Bewertung der Komponenten der traumatischen Erinnerung inkl. Aufrufung einer negativen Assoziation und einer erwünschten positiven Assoziation sowie den aktuellen emotionalen und psychologischen Komponenten der Erinnerung. Erwünschter positive Assoziation wird auf einer Validity of Cognition Scale eingeordnet und Emotion mit SUD Skala bewertet. ▪ Phase 4-6: Bilaterale Stimulation mit einer Standard-Licht-Leiste mit Option zur taktilen und auditiven Stimulierung, während Aufmerksamkeit des Patienten auf Komponenten der Phase 3. ▪ Phase 7: Endphase und ▪ Phase 8: Re- Evaluation.	
Nemiro 2015	**Emotional Freedom Technique (EFT):** 2 Gruppensitzungen zu je 2-2,5 Stunden pro Woche für 4 Wochen. Therapeuten: Lizensierte Mental-Health-Professionals. EFT-Durchführung gemäß dem EFT-Manual von Craig & Fowlie.	**KVT:** 2 Gruppen-Sitzungen zu je 2-2,5 Stunden pro Woche für 4 Wochen. Therapeuten: Lizensierte Mental-Health-Professionals. Durchführung gemäß dem „Group Therapy Manual for Cognitive-Behavioural Treatment for Depression”.	k. A.

EFT: Emotional Freedom Technique; EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; k. A.: keine Angaben; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; PTBS: posttraumatische Belastungsstörung; SUD: Subjective Units of Distress; TFT: Thought Field Therapy

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

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Diverse Angststörungen		
Irgens 2012	▪ Personen mit Angststörung gemäß DSM-IV-Kriterien	▪ bestehende Psychose
Phobien		
Schoninger 2010	▪ Personen mit Redeangst (SUD-Score ≥ 6) ▪ Erfüllung der DSM-IV Kriterien für soziale Angststörung	▪ psychologische oder medizinische Probleme
Baker 2010	▪ Alter ≥ 18 Jahre ▪ Erfüllung der DSM-IV Kriterien für Phobien vor Ratten, Spinnen und / oder Wasserwanzen	▪ SUD-Score < 5 bei Aufenthalt am nahest möglichen Punkt zum gefürchteten Tier
Irgens 2017	▪ Alter ≥ 18 Jahre ▪ Erfüllung der DSM-IV Kriterien für Agoraphobie mit/ohne Panikstörung ▪ hochgradiges Vermeidungsverhalten (MI-AAL Score ≥ 2,5)	▪ moderates bis hohes Suizidrisiko ▪ bestehender Substanzmissbrauch ▪ Vorgeschichte von psychotischen Erkrankungen
Salas 2011	▪ bestehende Phobie (SUD-Score ≥ 8)	▪ Phobien ohne direkte Testungsmöglichkeit (z. B. Flugangst)
Wells 2003	▪ Alter ≥ 18 Jahre ▪ Erfüllung der DSM-IV Kriterien für spezifische Phobien	▪ SUD-Score < 5 bei Aufenthalt am nähest möglichen Punkt zum gefürchteten Tier ▪ aktuelle psychologische oder medizinische Behandlung der Phobie
Posttraumatische Belastungsstörung		
Al-Hadethe 2015	▪ männliche Schüler einer weiterführenden Schule ▪ Alter: 16-19 Jahre ▪ Erfüllung der DSM-IV Kriterien für PTBS, gemessen mit Scale of Posttraumatic Stress Symptoms (SPTSS)	▪ Frauen
Church 2013	▪ US-Veteranen nach Militäreinsatz ▪ Erfüllung der PTBS-Kriterien (Score ≥ 50) bei PTBS Checklist-Military (PCL-M) ▪ in Behandlung bei Veteranenzentren oder anderer lizensierter Gesundheitseinrichtung	▪ Score ≥ 4 bei 2 Fragen des SA-45 zu körperlicher Gewalt
Gernonilla 2016	▪ US-Veteranen nach Militäreinsatz ▪ Alter: 18-90 Jahre ▪ Erfüllung der PTBS-Kriterien (Score ≥ 50) bei PTBS Checklist-Military (PCL-M)	▪ Score ≥ 4 bei 2 Fragen des SA-45 zu körperlicher Gewalt
Karatzias 2011	▪ Personen der Warteliste des NHS-Psychotherapie-Services in Schottland ▪ Alter: 18-65 Jahre ▪ Erfüllung der DSM-IV Kriterien für PTBS ▪ wenn Medikation: stabil seit mind. 6 Wochen	▪ Suizidgedanken oder -absichten ▪ Vorgeschichte von psychotischen Erkrankungen ▪ bestehende schwere Depression ▪ bestehender Substanzmissbrauch ▪ aktuelle psychotherapeutische Behandlung

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

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Nemiro 2015	▪ Klientinnen eines Zentrums für vertriebene Frauen und Überlebende des Kongo-Kriegs ▪ HSCL-25 Score ≥ 1,75 ▪ HTQ-Score ≥ 2,5	▪ k. A.

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage; EFT: Emotional Freedom Technique; HSCL-25: Hopkins Symptom Checklist-25; HTQ: Harvard Trauma Questionnaire; k. A.: keine Angaben; MI-AAL: Mobility Inventory Alone; PCL-M: PTBS Checklist-Military; PTBS: posttraumatische Belastungsstörung; SA-45: Symptom Assessment-45; SPTSS: Scale of Posttraumatic Stress Symptoms; SUD: Subjective Units of Distress.

Tabelle 14: Charakterisierung der Studienpopulationen

Studie **Gruppe**	**N**	**Alter** **[Jahre]** **MW (SD)**	**Geschlecht** **[w / m]** **%**	**Art der Angststörung**	**Studien- / Therapie-abbruch** **n (%)[a]**
Diverse Angststörungen					
Irgens 2012	48			Erwachsene mit einer oder mehreren Angststörungen: Agoraphobie (n = 33) Soziale Phobie (n = 29) PTBS (n = 13) Generalisierte Angststörung (n = 10) im Mittel 2,02 (SD 0,81) Angststörungen beziehungsweise 4,18 (SD 1,72) psychiatrische Diagnosen	
TFT	24	36,6	17 (71 %) / 7 (29 %)		1 (4,2 %)
Keine Behandlung	24	37,4	16 (67 %) / 8 (33 %)		2 (8,4 %)
Phobien					
Schoninger 2010	48	46,9 (Range: 26-63)		Personen mit Logophobie (Angst vor öffentlichen Reden)	
TFT	28		23 (71 %) / 5 (29 %)		4 (14,2 %)
Keine Behandlung	20		15 (75 %) / 5 (25 %)		4 (20 %)
Baker 2010	31	34,9 (Range: 18-68)	29 (94 %) / 2 (6 %)	Personen mit Zoophobien (Ratten, Spinnen, Wasserkäfer)	0 vor posttreatment Assessment 7 (22,6%) vor FU-Assessment
EFT	11	34,1 (16,9)			
Placebo	10	38,1 (13,5)			
Keine Behandlung	10	32,5 (10,4)			
Irgens 2017[c]	72			Personen mit Agoraphobie	0
TFT	24	39,3 (11,9)	18 (75 %) / 6 (25 %)		
KVT	24	33,8 (12,0)	18 (75 %) / 6 (25 %)		

Tabelle 14: Charakterisierung der Studienpopulationen

Studie **Gruppe**	**N**	**Alter** **[Jahre]** **MW (SD)**	**Geschlecht** **[w / m]** **%**	**Art der Angststörung**	**Studien- / Therapie-abbruch** **n (%)[a]**
Keine Behandlung	24	40,9 (12,7)	18 (75 %) / 6 (25 %)		
Salas 2011	22	20,8 (k. A.)	12 (52 %) / 10 (48 %)	Personen mit unterschiedlichen Phobien: Akrophobie (n = 12) Zoophobie (n = 7) Achluophobie (n = 2) Trypanophobie (n = 1)	0
EFT	11				
Entspannungstechnik	11				
Wells 2003	35			Personen mit Zoophobien (Ratten, Spinnen, Mäuse, Kakerlaken)	
EFT	18	40,5 (13,1)	7 (39 %) / 11 (61 %)		0 vor posttreatment Assessment 6 (33,3 %) vor FU-Assessment
Entspannungstechnik	17	36 (11,4)	10 (59 %) / 7 (41 %)		0 vor posttreatment Assessment 8 (47,1 %) vor FU-Assessment
Posttraumatische Belastungsstörung					
Al-Hadethe 2015	60	16-19 (k. A.)	0 / 60 (100%)	Studenten mit posttraumatischer Belastungsstörung	
EFT	20				0
Expositionstherapie	20				1 (5 %)
Keine Behandlung	20				0
Church 2013	59			US-Veteranen mit posttraumatischer Belastungsstörung	
EFT	30	49,4 (16,2)	2 (7 %) / 28 (93 %)		0
Keine Behandlung	29	54,1 (11,1)	4 (13 %) / 25 (87 %)		4 (14 %)
Geronilla 2016	58			US-Veteranen mit posttraumatischer Belastungsstörung	

Tabelle 14: Charakterisierung der Studienpopulationen

Studie **Gruppe**	**N**	**Alter** **[Jahre]** **MW (SD)**	**Geschlecht** **[w / m]** **%**	**Art der Angststörung**	**Studien- / Therapie-abbruch** **n (%)[a]**
EFT	32	50 (15,3)	6 (19 %) / 26 (81 %)		5 (16 %)
Keine Behandlung	26	50 (15,1)	1 (4 %) / 25 (96 %)		4 (15 %)
Karatzias 2011	46			Erwachsene mit posttraumatischer Belastungsstörung	
EFT	23	39,7 (10,9)	14 (61%) / 9 (39%)		9 (39 %)[b]
EMDR	23	41,5 (10,8)	12 (52 %) / 11 (48 %)		10 (43 %)[b]
Nemiro 2015	50		50 (100 %) / 0	Überlebende Frauen aus dem Krieg im Kongo mit posttraumatischer Belastungsstörung	0
EFT	25	31 (7,6)			
KVT	25	30 (7,6)			

a. Angaben beziehen sich auf Personen, die randomisiert wurden, aber nicht in die Analysen eingeschlossen wurden.
b. ITT-LOCF Auswertung aller randomisierten Teilnehmerinnen und Teilnehmer
c. Angaben zu Baseline. Nach 3 Monaten (Interventionsphase) wurden die 24 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppe „keine Behandlung“ 1:1 zu TFT oder KVT randomisiert zugeteilt und erhielten die entsprechende Therapie. Charakteristika dieser Gruppen: TFT (N = 36): Alter: 39,1 Jahre; Geschlecht (w / m): 75 % / 25 %; KVT (N = 36): Alter: 36,9 Jahre; Geschlecht (w / m): 75 % / 25 %

EFT: Emotional Freedom Technique; EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing; FU: Follow-up; k. A.: keine Angaben; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; m: männlich; MW: Mittelwert; N: Anzahl randomisierter (beziehungsweise eingeschlossener) Patientinnen und Patienten; n: Anzahl Patientinnen und Patienten mit Ereignis; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SD: Standardabweichung; TFT: Thought field therapy; w: weiblich; vs.: versus

A3.2.2 Bewertung endpunktübergreifender Kriterien des Verzerrungspotenzials

Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ist in der folgenden Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung: Patientin oder Patient	Verblindung: Behandelnde Personen	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial
Diverse Angststörungen							
Irgens 2012	ja	ja	nein	nein	ja	ja	hoch
Phobien							
Schoninger 2010	unklar	unklar	nein	nein	unklar[a]	ja	hoch
Baker 2010	unklar	ja	nein	nein	unklar[a,b]	ja	hoch
Irgens 2017	ja	ja	nein	nein	ja	ja	hoch
Salas 2011	unklar	unklar	nein	nein	unklar[a]	ja	hoch
Wells 2003	unklar	unklar	nein	nein	unklar[a]	ja	hoch
Posttraumatische Belastungsstörung							
Al-Hadethe 2015	ja	ja	nein	nein	unklar[a,b,c]	ja	hoch
Church 2013	ja	ja	nein	nein	ja	ja	hoch
Geronilla 2016	ja	ja	nein	nein	ja	ja	hoch
Karatzias 2011	ja	ja	nein	nein	unklar[a]	nein[d]	hoch
Nemiro 2015	unklar	unklar	nein	nein	unklar[a]	ja	hoch

a: Studienprotokoll oder Studienregistereintrag nicht verfügbar
b: keine Angaben zur Powerkalkulation
c: Teilnehmerzahl unzureichend
d: 40% Abbrecher während Intervention (in beiden Gruppen)

A3.3 Patientenrelevante Endpunkte

A3.3.1 Angstsymptomatik

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu Angstsymptomatik

Für alle 10 RCTs mit für die Nutzenbewertung verwendbaren Ergebnissen zum Endpunkt Angstsymptomatik lag bereits ein hohes endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial vor. Daher wurde auch das Verzerrungspotenzial für den Endpunkt Angstsymptomatik in allen 10

Studien als hoch eingeschätzt. Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials zum Endpunkt Angstsymptomatik ist nachfolgend in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial: Angstsymptomatik

Studie	Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial	Verblindung Endpunkt-erheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial
Diverse Angststörungen						
Irgens 2012	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Phobien						
Schoninger 2010	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Baker 2010	hoch	nein	ja[a]	ja	ja	hoch
Irgens 2017	hoch	ja[b]	ja	ja	ja	hoch
Salas 2011	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Wells 2003	hoch	nein	ja[a]	ja	ja	hoch
Posttraumatische Belastungsstörung						
Al-Hadethe 2015	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Church 2013	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Geronilla 2016	hoch	nein	nein[c]	ja	ja	hoch
Karatzias 2011	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch

a: gilt nur für Auswertung zum Zeitpunkt nach Intervention
b: Erhebung der Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS) durch einen unabhängigen verblindeten Interviewer
c: 16 % der randomisierten Studienteilnehmenden nicht in Analysen eingeschlossen
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zu Angstsymptomatik

Für die Nutzenbewertung zum Endpunkt Angstsymptomatik lagen Ergebnisse aus 10 RCTs vor. Zur Erfassung des Endpunkts kamen dabei unterschiedliche Erhebungsinstrumente zum Einsatz. Tabelle 17 gibt einen Überblick über die in den einzelnen Studien verwendeten und für die Nutzenbewertung herangezogenen Instrumente. Die Charakteristika der unterschiedlichen Instrumente finden sich in Tabelle 18. Da dieser Endpunkt in den Studien mit unterschiedlichen und zum Teil auch mit mehreren Instrumenten erhoben wurde, wurden für die Nutzenbewertung die Ergebnisse jener (Sub)-Skalen herangezogen, die einerseits die Angstsymptomatik alleine abbildeten und anderseits in mehreren Studien verwendet wurden. Dies waren für Personen mit Phobien bei den RCTs Baker 2010, Salas 2011 und Wells 2003 die

SUDS, bei Irgens 2017 die ADIS Anxiety Subskala und bei Schoninger 2010 die SAS. Bei Personen mit PTBS waren es die HAD Anxiety Subskala bei Al-Hadethe 2015 und Karatzias 2011 sowie die SA-45 Anxiety Subskala bei Church 2013 und Geronilla 2016. Die Ergebnisse der für die Nutzenbewertung verwendeten Instrumente aus den Einzelstudien sind nachfolgende in Tabelle 19 und Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 17: Übersicht über die in den eingeschlossenen Studien verwendeten und für die Nutzenbewertung herangezogenen Instrumente zur Erfassung der Angstsymptomatik

Studie	**Instrumente**				
	Subjective Units of Disturbance Scale (SUDS)	**Speaker Anxiety Scale (SAS)**	**Symptom Assessment-45 (SA-45)**	**Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)**	**Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS)**
Diverse Angststörungen					
Irgens 2012				x	
Phobien					
Schoninger 2010		x			
Baker 2010	x				
Irgens 2017					x
Salas 2011	x				
Wells 2003	x				
Posttraumatische Belastungsstörung					
Al-Hadethe 2015				x	
Church 2013			x		
Geronilla 2016			x		
Karatzias 2011				x	

Tabelle 18: Charakterisierung der Instrumente zur Erfassung der Angstsymptomatik

Instrument	**Bewertung durch**	**Items / Domänen (Subskalen)**	**Validiert**	**Skala**	**Minimum Score / Maximum Score**	**Richtung der Skala**	**Geringster klinisch relevanter Unterschied**	**Quellen**
Subjective Units of Distress Scale (SUDS)	Patientin/Patient	1 / 0	ja	11-Punkte	0 / 100	höhere Werte = mehr subjektive Belastung/Angst	nicht verfügbar	Wolpe 1973 [111]
Speaker Anxiety Scale (SAS)	Patientin/Patient	10 / 9	ja	5-Punkte	10 / 50	höhere Werte = stärkere Sprechangst	nicht verfügbar	Clevenger 1992 [112]
Symptom Assessment-45 (SA-45)	Patientin/Patient	45 / 9	ja	5-Punkte	0 / 180	höhere Werte = mehr Symptome	10-20 % des Ausgangswerts	Maruish 1999 [113]
Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)	Patientin/Patient	14 (7 zu Angst) / 2	ja	4-Punkte	0 / 21 pro Subskala	höhere Werte = mehr Symptome	8 Punkte (häufig 1,5–2 Punkte pro Subskala als klinisch relevant berichtet)	Zigmond 1983 [114]
Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS)	Behandelnde / Interviewer	Nicht festlegt	ja	9-Punkte	0 / 8	höhere Werte = größerer Angst	nicht verfügbar	DiNardo 1994 [115]

Tabelle 19: Ergebnisse zu Angstsymptomatik – Dichotomer Endpunkt

Studie (Vergleich) Endpunkt (Zeitpunkt)	EFT beziehungsweise TFT			Vergleich			Intervention vs. Vergleich		
	N	Patientinnen und Patienten mit Ereignissen		N	Patientinnen und Patienten mit Ereignissen		RR	[95 %-KI]	p-Wert
		n	%		n	%			
Phobien									
Irgens 2017 (TFT vs. KVT)									
Anteil Patienten ohne Agoraphobie-Diagnose (9 bis 12 Mo FU)	36	10	28	36	18	50	0,56	[0,30; 1,03]	0,06
Anteil Patienten mit Axis II-Diagnose (9 bis 12 Mo FU)	9	3	33,3	5	3	60	0,56	[0,17; 1,79]	0,32

CAPS: Clinician-Administered PTBS Scale; EFT: Emotional Freedom Technique; EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing; FU: Follow-up; KI: Konfidenzintervall; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; Mo: Monate; n: Anzahl Patientinnen und Patienten mit Ereignis; N: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten; RR: Risk Ratio; TFT: Thought field therapy.

Tabelle 20: Ergebnisse zu Angstsymptomatik - Stetiger Endpunkt

Studie (Zeitpunkt) Erhebungsinstrument	N[a]	Werte Studienbeginn		Werte Studienende[b]		Intervention vs. Vergleich (Studienende)				
		MW	SD	MW	SD	MD	[95 %-KI]	p-Wert	Hedges´g	[95 %-KI
Diverse Angststörungen										
Irgens 2012										
HAD Anxiety (nach Intervention / 2 Behandlungen in 2,5 Mo)										
TFT	23	13,0	3,63	9,43	5,23	-2,67	[-5,60; 0,26]	0,07	-0,52	[-1,12; 0,07]
keine Behandlung	22	12,4	4,61	12,1	4,79					
Phobien										
Schoninger 2010										

Tabelle 20: Ergebnisse zu Angstsymptomatik - Stetiger Endpunkt

Studie (Zeitpunkt) **Erhebungsinstrument**	**N**[a]	**Werte Studienbeginn**		**Werte Studienende**[b]		**Intervention vs. Vergleich (Studienende)**				
		MW	SD	MW	SD	**MD**	**[95 %-KI]**	**p-Wert**	**Hedges´g**	**[95 %-KI**
SAS gesamt (nach Intervention / 1 Behandlung)										
TFT	24	3,03	0,63	1,96	0,77	-0,85	[-1,26; -0,44}	< 0,0001	-1,20	[-1,89; -0,51]
keine Behandlung	16	2,97	0,67	2,81	0,56					
Irgens 2017										
ADIS Anxiety (nach Intervention / 5 Behandlungen in 3 Mo)										
TFT	24	3,57	1,44	1,95	1,67	0,71	[-0,14; 1,56]	0,10	0,46	[-0,11; 1,04]
KVT	24	2,91	1,16	1,24	1,32					
keine Behandlung	24	3,13	1,02	3,28	1,30	-1,33	[-2,18; -0,48]	0,004	-0,87	[-1,47; -0,28]
ADIS Anxiety (9 bis 12 Mo Follow-Up)[c]										
TFT	36	3,48	1,38	1,93	1,60	0,27	[-0,49; 1,03]	0,48	0,16	[-0,30; 0,63]
KVT	36	3,02	1,23	1,66	1,67					
Baker 2010										
SUDS bei Exposition (nach Intervention / 1 Behandlung)										
EFT	11	6,23	1,74	1,91	1,67	-4,43	[-5,97; -2,89]	< 0,00001	-2,39	[-3,56; -1,21]
Placebo (Supportive Interview)	10	7,01	1,90	6,34	1,90					
keine Behandlung	10	6,11	2,45	5,50	3,11	-3,59	[-5,76; -1,42]	0,001	-1,40	[-2,38; -0,42]
Salas 2011										
SUDS bei Exposition (nach Intervention / 1 Behandlung)										
EFT	11	8,91	0,94[d]	2,87	0,77[d]	-2,85	[-4,98; -0,72]	0,009	-1,08	[-1,98; -0,17]
Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung)	11	9,45	0,82[d]	5,72	0,77[d]					

Tabelle 20: Ergebnisse zu Angstsymptomatik - Stetiger Endpunkt

Studie (Zeitpunkt) Erhebungsinstrument	N[a]	Werte Studienbeginn		Werte Studienende[b]		Intervention vs. Vergleich (Studienende)				
		MW	SD	MW	SD	MD	[95 %-KI]	p-Wert	Hedges´g	[95 %-KI
Wells 2003										
SUDS bei Exposition (nach Intervention / 1 Behandlung)										
EFT	18	6,2	2,1	2,5	2,0					
Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung)	17	6,5	2,1	4,7	2,8	-2,20	[-3,82; -0,58]	0,008	-0,89	[-1,59; -0,19]
Posttraumatische Belastungsstörung										
Al-Hadethe 2015										
HAD – Anxiety (nach Intervention / 4 Behandlungen in 2 Wo)										
EFT	20	9,15	2,71	5,65	1,84					
Expositionsbehandlung	19	9,52	4,12	8,42	3,56	-2,77	[-4,56; -0,98]	0,002	-0,97	[-1,63; -0,30]
keine Behandlung	20	9,10	3,85	7,75	2,73	-2,10	[-3,54; -0,66]	0,004	-0,88	[-1,54; -0,23]
HAD – Anxiety (12 Mo Follow-Up)										
EFT	20	9,15	2,71	6,40	2,16					
Expositionsbehandlung	19	9,52	4,12	6,57	3,25	-0,17	[-1,91; 1,57]	0,85	-0,06	[-0,69; 0,57]
keine Behandlung	20	9,10	3,85	9,10	3,66	-2,70	[-4,56; -0,84]	0,004	-0,88	[-1,53; -0,23]
Church 2013										
SA-45 Anxiety (nach Intervention / 6 Behandlungen in 30 Tage)										
EFT	29	73,92	1,8[d]	59,44	2,4[d]					
keine Behandlung	25	72,78	1,9[d]	69,77	1,3[d]	-10,33	[-15,68; -4,98]	0,0002	-0,97	[-1,54; -0,41]
Geronilla 2016										
SA-45 Anxiety (nach Intervention / 6 Behandlungen 30 Tage)										

Tabelle 20: Ergebnisse zu Angstsymptomatik - Stetiger Endpunkt

Studie (Zeitpunkt) **Erhebungsinstrument**	**N**[a]	**Werte Studienbeginn**		**Werte Studienende**[b]		**Intervention vs. Vergleich (Studienende)**				
		MW	SD	MW	SD	**MD**	**[95 %-KI]**	**p-Wert**	**Hedges´g**	**[95 %-KI**
EFT	27	77	7,7	63	9,5	-11,00	[-15,63; -6,37]	< 0,00001	-1,28	[-1,90; -0,66]
keine Behandlung	22	76	6,0	74	7,0					
Karatzias 2011										
HAD – Anxiety (nach Intervention / 4 Behandlungen)										
EFT	23	14,1	3,7	8,2	5,1	-1,00	[-4,64; 2,64]	0,59	-0,16	[-0,74; 0,42]
EMDR	23	15,6	4,8	9,2	7,3					
HAD – Anxiety (3 Mo Follow-Up)										
EFT	23	14,1	3,7	8,4	5,3	-0,40	[-3,96; 3,16]	0,83	-0,06	[-0,64; 0,51]
EMDR	23	15,6	4,8	8,8	6,9					

a. Anzahl der Patientinnen und 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
c. 24 der 72 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer (12 vs 12) wurden erst nach einer 3-monatigen Warteliste-Periode zu TFT oder KVT randomisiert zugeteilt und erhielten danach die jeweilige Intervention. Für die Personen beträgt die Follow-Up Dauer nur 9 Monate.
d. Standardfehler

ADIS: Anxiety Disorders Interview Schedule; EFT: Emotional Freedom Technique; EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing; FU: Follow-up; HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; MD: Mittelwertdifferenz; Mo: Monate; MW: Mittelwert; N: Zahl der Patientinnen und Patienten in der Auswertung aus ITT-Population; SA-45: Symptom Assessment-45 SAS: Speaker Anxiety Scale; SD: Standardabweichung; SUDS: Subjective Units of Distress Scale; TFT: Thought field therapy; vs: versus; Wo: Wochen.

A3.3.2 Psychosomatische Beschwerden

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu psychosomatischen Beschwerden

Für alle 3 RCTs mit für die Nutzenbewertung verwendbaren Ergebnissen zum Endpunkt psychosomatische Beschwerden lag bereits ein hohes endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial vor. Daher wurde auch das Verzerrungspotenzial für den Endpunkt psychosomatische Beschwerden in allen 3 Studien als hoch eingeschätzt. Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials zum Endpunkt Angstsymptomatik ist nachfolgend in Tabelle 21 dargestellt.

Tabelle 21: Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial: Psychosomatische Beschwerden

Studie	Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial	Verblindung Endpunkt-erheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial
Phobien						
Irgens 2017	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Posttraumatische Belastungsstörung						
Church 2013	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Geronilla 2016	hoch	nein	nein[c]	ja	ja	hoch

a. Auswertung zum Zeitpunkt nach Intervention
b. keine Daten berichtet, nur Angaben zur statistischen Signifikanz
c. 16 % der randomisierten Studienteilnehmenden nicht in Analysen eingeschlossen
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zu psychosomatischen Beschwerden

Für die Nutzenbewertung zum Endpunkt psychosomatische Beschwerden lagen Ergebnisse aus 3 RCTs vor. Zur Erfassung des Endpunkts kamen dabei 2 unterschiedliche Erhebungsinstrumente zum Einsatz. Tabelle 22 gibt einen Überblick über die in den einzelnen Studien verwendeten Instrumente. Die Charakteristika der unterschiedlichen Instrumente finden sich in Tabelle 23. Die Ergebnisse aus den Einzelstudien sind nachfolgende in Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 22: Übersicht über die in den eingeschlossenen Studien verwendeten Instrumente zur Erfassung der psychosomatischen Beschwerden

Studie	**Instrumente**	
	Body Sensations Questionnaire (BSQ)	**Symptom Assessment-45 (SA-45)**
Phobien		
Irgens 2017	x	
Posttraumatische Belastungsstörung		
Church 2013		x
Geronilla 2016		x

Tabelle 23: Charakterisierung der Instrumente zur Erfassung der psychosomatischen Beschwerden

Instrument	**Bewertung durch**	**Items / Domänen (Subskalen)**	**Validiert**	**Skala**	**Minimum Score / Maximum Score**	**Richtung der Skala**	**Geringster klinisch relevanter Unterschied**	**Quellen**
Body Sensations Questionnaire (BSQ)	Patientin/Patient	34 /2	ja	5-Punkte	34 / 170	höhere Werte = größerer/häufigere Beschwerden	Nicht verfügbar	Chambless 1984 [116]
Symptom Assessment-45 (SA-45)	Patientin/Patient	45 / 9	ja	5-Punkte	0 / 180	höhere Werte = mehr Symptome	10-20 % vom Ausgangswert	Maruish 1999 [113]
a. Modifizierte Fassung des Autonomic Perception Questionnaire (APQ); Angaben beziehen sich auf den APQ								

Tabelle 24: Ergebnisse zu psychosomatischen Beschwerden – stetiger Endpunkt

Studie (*Zeitpunkt*) Erhebungsinstrument	N[a]	Werte Studienbeginn		Werte Studienende[b]		Intervention vs. Vergleich				
		MW	SD	MW	SD	MD	[95 %-KI]	p-Wert	Hedges´g	[95 %-KI]
Phobien										
Irgens 2017										
BSQ (nach Intervention / 5 Behandlungen in 3 Mo)										
TFT	24	2,60	0,63	1,98	0,71	-0,11	[-0,51; 0,29]	0,59	-0,15	[-0,72; 0,41]
KVT	24	2,71	0,75	2,09	0,70					
keine Behandlung	24	2,90	0,86	2,72	1,02	-0,74	[-1,24; -0,24]	0,004	-0,83	[-1,42; -0,24]
BSQ (9 bis 12 Mo Follow-Up)[c]										
TFT	36	2,70	0,89	2,20	0,86	0,29	[-0,06; 0,64]	0,10	0,38	[-0,09; 0,84]
KVT	36	2,66	0,73	1,91	0,64					
Posttraumatische Belastungsstörung										
Church 2013										
SA-45 Somatisierung (nach Intervention / 6 Behandlungen in 30 Tage)										
EFT	29	70,61	1,7[d]	57,78	2,1[d]	-9,94	[-15,11; -4,77]	0,0002	-0,99	[-1,56; -0,42]
keine Behandlung	25	71,02	1,8[d]	67,72	1,6[d]					
Geronilla 2016										
SA-45 Somatisierung (nach Intervention / 6 Behandlungen in 30 Tage)										
EFT	27	69	9,0	57	6,8	-11,00	[-16,24; -5,76]	< 0,0001	-1,23	[-1,82; -0,63]
keine Behandlung	22	70	10,7	68	11,2					

Tabelle 24: Ergebnisse zu psychosomatischen Beschwerden – stetiger Endpunkt

Studie (*Zeitpunkt*) **Erhebungsinstrument**	**N**[a]	**Werte Studienbeginn**		**Werte Studienende**[b]		**Intervention vs. Vergleich**				
		MW	**SD**	**MW**	**SD**	**MD**	**[95 %-KI]**	**p-Wert**	**Hedges´g**	**[95 %-KI]**

a. Anzahl der Patientinnen und 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
c. 24 der 72 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer (12 vs 12) wurden erst nach einer 3-monatigen Warteliste-Periode zu TFT oder KVT randomisiert zugeteilt und erhielten danach die jeweilige Intervention. Für die Personen beträgt die Follow-Up Dauer nur 9 Monate.
d. Standardfehler

BSQ: Body Sensations Questionnaire; EFT: Emotional Freedom Technique; FU: Follow-up; ITT: Intention to treat; k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; LOCF: Last Observation carried forward; MD: Mittelwertdifferenz; Mo: Monate; MW: Mittelwert; N: Zahl der Patientinnen und Patienten in der Auswertung aus ITT-Population; SA-45: Symptom Assessment-45; SD: Standardabweichung; TFT: Thought field therapy; vs.: versus.

A3.3.3 Depressive Symptomatik

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu depressiver Symptomatik

Für alle 6 RCTs mit Ergebnissen für die Nutzenbewertung verwendbaren zum Endpunkt depressive Symptomatik lag bereits ein hohes endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial vor. Daher wurde auch das Verzerrungspotenzial für den Endpunkt depressive Symptomatik in allen 6 Studien als hoch eingeschätzt. Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials zum Endpunkt Angstsymptomatik ist nachfolgend in Tabelle 25 dargestellt.

Tabelle 25: Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial: Depressive Symptomatik

Studie	Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial	Verblindung Endpunkt-erheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial
Diverse Angststörungen						
Irgens 2012	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Phobien						
Irgens 2017	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Posttraumatische Belastungsstörung						
Al-Hadethe 2015	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Church 2013	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Geronilla 2016	hoch	nein	nein[a]	ja	ja	hoch
Karatzias 2011	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch

a. 16 % der randomisierten Studienteilnehmenden nicht in Analysen eingeschlossen

ITT: Intention to treat

Ergebnisse zu depressiver Symptomatik

Für die Nutzenbewertung zum Endpunkt psychosomatische Beschwerden lagen Ergebnisse aus 6 RCTs vor. Zur Erfassung des Endpunkts kamen dabei 3 unterschiedliche Erhebungsinstrumente zum Einsatz. Tabelle 26 gibt einen Überblick über die in den einzelnen Studien verwendeten Instrumente. Die Charakteristika der unterschiedlichen Instrumente finden sich in Tabelle 27. Die Ergebnisse aus den Einzelstudien sind nachfolgende in Tabelle 28 dargestellt.

Tabelle 26: Übersicht über die in den eingeschlossenen Studien verwendeten Instrumente zur Erfassung der depressiven Symptomatik

Studie	**Instrumente**		
	Beck Depression Inventory (BDI)	**Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)**	**Symptom Assessment-45 (SA-45)**
Diverse Angststörungen			
Irgens 2012		x	
Phobien			
Irgens 2017	x		
Posttraumatische Belastungsstörung			
Al-Hadethe 2015		x	
Church 2013			x
Geronilla 2016			x
Karatzias 2011		x	

Tabelle 27: Charakterisierung der Instrumente zur Erfassung der depressiven Symptomatik

Instrument	**Bewertung durch**	**Items / Domänen (Subskalen)**	**Validiert**	**Skala**	**Minimum Score / Maximum Score**	**Richtung der Skala**	**Geringster klinisch relevanter Unterschied**	**Quellen**
Beck Depression Inventory (BDI)	Patientin/Patient	21 / 0	Ja	4-Punkte	0 / 63	höhere Werte = stärkere Depressionsschwere	5 Punkte beziehungsweise 17-30 % vom Ausgangswert	Beck 1961 [117]
Symptom Assessment-45 (SA-45)	Patientin/Patient	45 / 9	ja	5-Punkte	0 / 180	höhere Werte = mehr Symptome	10-20 % vom Ausgangswert	Maruish 1999 [113]
Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)	Patientin/Patient	14 (7 zu Depression) / 2	ja	4-Punkte	0 / 21 pro Subskala	höhere Werte = mehr Symptome	8 Punkte (häufig 1,5–2 Punkte pro Subskala als klinisch relevant berichtet)	Zigmond 1983 [114]

Tabelle 28: Ergebnisse zu depressiver Symptomatik – stetiger Endpunkt

Studie Erhebungsinstrument (FU)	N[a]	Werte Studienbeginn		Werte Studienende[b]		Intervention vs. Vergleich				
		MW	SD	MW	SD	MD	[95 %-KI]	p-Wert	Hedges´g	[95 %-KI]
Diverse Angststörungen										
Irgens 2012										
HAD Depression Subskala (nach Intervention / 2 Behandlungen in 2,5 Mo)										
TFT	23	7,43	3,17	5,52	4,27	-1,07	[-3,79; 1,65]	0,44	-0,23	[-0,81; 0,36]
keine Behandlung	22	6,91	3,89	6,59	4,98					
Phobien										
Irgens 2017										
BDI (nach Intervention / 5 Behandlungen in 3 Mo)										
TFT	24	13,8	8,28	8,71	7,23	-2,39	[-7,12; 2,34]	0,32	-0,28	[-0,85; 0,29]
KVT	24	16,3	9,68	11,1	9,35					
keine Behandlung	24	14,1	11,8	14,3	12,5	-5,59	[-11,37; 0,19]	0,06	-0,54	[-1,12; 0,04]
BDI (9 bis 12 Mo Follow-Up)[c]										
TFT	36	15,0	11,1	10,7	11,1	-0,10	[-4,65; 4,45]	0,97	-0,01	[-0,47; 0,45]
KVT	36	14,6	9,37	10,8	8,41					
Posttraumatische Belastungsstörung										
Al-Hadethe 2015										
HAD – Despression (nach Intervention / 4 Behandlungen in 2 Wo)										
EFT	20	7,15	3,31	4,30	1,86	-2,43	[-3,91; -0,95]	0,001	-1,02	[-1,69; -0,35]
Expositionsbehandlung	19	6,57	3,43	6,73	2,74					
keine Behandlung	20	7,05	3,81	6,55	3,61	-2,25	[-4,07; -0,43]	0,02	-0,77	[-1,43; -0,12]
HAD – Depression (12 Mo Follow-Up)										

Tabelle 28: Ergebnisse zu depressiver Symptomatik – stetiger Endpunkt

Studie Erhebungsinstrument (FU)	N[a]	Werte Studienbeginn		Werte Studienende[b]		Intervention vs. Vergleich				
		MW	SD	MW	SD	MD	[95 %-KI]	p-Wert	Hedges´g	[95 %-KI]
EFT	20	7,15	3,31	3,95	1,23	-1,05	[-2,35; 0,25]	0,11	-0,51	[-1,15; 0,13]
Expositionsbehandlung	19	6,57	3,43	5,00	2,62					
keine Behandlung	20	7,05	3,81	7,45	3,53	-3,50	[-5,14; -1,86]	<0,0001	-1,30	[-1,99; -0,61]
Church 2013										
SA-45 Depression (nach Intervention / 6 Behandlungen in 30 Tage)										
EFT	29	71,10	1,4[d]	57,71	1,9[d]	-12,06	[-16,57; -7,55]	< 0,00001	-1,36	[-1,96; -0,77]
keine Behandlung	25	71,79	1,5[d]	69,77	1,3[d]					
Geronilla 2016										
SA-45 Depression (nach Intervention / 6 Behandlungen in 30 Tage)										
EFT	27	72	5,0	61	6,3	-11,00	[-14,62; -7,38]	< 0,00001	-1,66	[-2,29; -1,02]
keine Behandlung	22	73	6,1	72	6,9					
Karatzias 2011										
HAD – Depression (nach Intervention / 4 Behandlungen)										
EFT	14	10,8	4,3	7,3	4,7	-0,40	[-4,66; 3,86]	0,85	-0,07	[-0,82; 0,69]
EMDR	13	11,3	5,2	7,7	6,4					
HAD – Depression (3 Mo Follow-Up)										
EFT	12	10,8	4,3	7,0	4,6	-0,60	[-5,14; 3,94]	0,80	-0,11	[-0,92; 0,71]
EMDR	11	11,3	5,2	7,6	6,3					

Tabelle 28: Ergebnisse zu depressiver Symptomatik – stetiger Endpunkt

Studie Erhebungsinstrument (FU)	N[a]	Werte Studienbeginn		Werte Studienende[b]		Intervention vs. Vergleich				
		MW	SD	MW	SD	MD	[95 %-KI]	p-Wert	Hedges´g	[95 %-KI]

a. Anzahl der Patientinnen und 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
c. 24 der 72 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer (12 vs 12) wurden erst nach einer 3-monatigen Warteliste-Periode zu TFT oder KVT randomisiert zugeteilt und erhielten danach die jeweilige Intervention. Für die Personen beträgt die Follow-Up Dauer nur 9 Monate.
d. Standardfehler

BDI: Beck Depression Inventory; EFT: Emotional Freedom Technique; EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing; FU: Follow-up; HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; LOCF: Last Observation carried forward; Mo: Monate; MW: Mittelwert; N: Zahl der Patientinnen und Patienten in der Auswertung aus ITT-Population; SA-45: Symptom Assessment-45; SD: Standardabweichung; SMD: standardisierte Mittelwertdifferenz; TFT: Thought field therapy; vs.: versus; Wo: Wochen

A3.3.4 PTBS Symptomatik

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu PTBS Symptomatik

Für alle 5 RCTs zu Personen mit PTBS mit für die Nutzenbewertung verwertbaren Daten, lag bereits ein hohes endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial vor. Daher wurde auch das Verzerrungspotenzial für den Endpunkt Angstsymptomatik in allen 5 Studien als hoch eingeschätzt. Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials zum Endpunkt PTBS Symptomatik ist nachfolgend in Tabelle 29 dargestellt.

Tabelle 29: Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial: PTBS Symptomatik

Studie	Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial	Verblindung Endpunkt-erheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial
Posttraumatische Belastungsstörung						
Al-Hadethe 2015	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Church 2013	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Geronilla 2016	hoch	nein	nein[a]	ja	ja	hoch
Karatzias 2011	hoch	nein[b]	ja	ja	ja	hoch
Nemiro 2015	unklar	nein	nein	nein	unklar[c]	hoch

a: 16 % der randomisierten Studienteilnehmenden nicht in Analysen eingeschlossen
b: gilt für die Erhebung mittels PCL-C durch Patientinnen und Patienten. Die Erhebung der CAPS erfolgte durch einen verblindeten Interviewer
c: Studienprotokoll oder Studienregistereintrag nicht verfügbar

ITT: Intention to treat

Ergebnisse zu PTBS Symptomatik

Für die Nutzenbewertung zum Endpunkt PTBS Symptomatik lagen Ergebnisse aus allen 5 eingeschlossenen RCTs mit Patientinnen und Patienten mit PTBS vor. Zur Erfassung des Endpunkts kamen dabei unterschiedliche Erhebungsinstrumente zum Einsatz. Tabelle 30 gibt einen Überblick über die in den einzelnen Studien verwendeten Instrumente. Die Charakteristika der unterschiedlichen Instrumente finden sich in Tabelle 31. In der Studie Karatzias 2011 wurden 2 Instrumente zur Erfassung der PTBS-Symptomatik verwendet. Für die Nutzenbewertung wurde die Ergebnisse der PCL-C herangezogen. Die Ergebnisse aus den Einzelstudien sind nachfolgend in Tabelle 32 dargestellt.

Tabelle 30: Übersicht über die in den eingeschlossenen Studien verwendeten Instrumente zur Erfassung der PTBS Symptomatik

Studie	**Instrumente**			
	PTSD Checklist-Military (PCL-M)	**PTSD Checklist for civilians (PCL-C)**	**Scale of Posttraumatic Stress Symptoms (SPTSS)**	**Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)**
Posttraumatische Belastungsstörung				
Al-Hadethe 2015			x	
Church 2013	x			
Geronilla 2016	x			
Karatzias 2011		x		
Nemiro 2015				x

Tabelle 31: Charakterisierung der Instrumente zur Erfassung der PTBS Symptomatik

Instrument	Bewertung durch	Items / Domänen (Subskalen)	Validiert	Skala	Minimum Score / Maximum Score	Richtung der Skala	Geringster klinisch relevanter Unterschied	Quellen
PTSD Checklist-Military (PCL-M)	Patientin/Patient	17 /3	ja	5-Punkte	17 / 85	höhere Werte = mehr Symptome	9-12 Punkte	Weathers 1993 [118]
PTSD Checklist for civilians (PCL-C)	Patientin/Patient	17 /3	ja	5-Punkte	17 / 85	höhere Werte = mehr Symptome	9-12 Punkte	Blanchard 1996 [119]
Scale of Posttraumatic Stress Symptoms (SPTSS)	Patientin/Patient	17 / 3	ja	5-Punkte	0 / 68	höhere Werte = mehr / häufigere Symptome	nicht verfügbar	Jaber 2012 [120]
Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)	Patientin/Patient	16 / 3	ja	4-Punkte	16 / 64	höhere Werte = mehr Symptome	nicht verfügbar	Mollica 1992 [121]

Tabelle 32: Ergebnisse zu PTBS Symptomatik - Stetiger Endpunkt

Studie (Zeitpunkt) Erhebungsinstrument	N[a]	Werte Studienbeginn		Werte Studienende[b]		Intervention vs. Vergleich				
		MW	SD	MW	SD	MD	[95 %-KI]	p-Wert	Hedges´g	[95 %-KI]
Posttraumatische Belastungsstörung										
Al-Hadethe 2015										
SPTSS (nach Intervention / 4 Behandlungen in 2 Wo)										
EFT	20	23,60	8,05	13,65	5,38	-4,61	[-8,39; -0,83]	0,02	-0,75	[-1,41; -0,10]
Expositionsbehandlung	19	23,31	8,52	18,26	6,56					

Tabelle 32: Ergebnisse zu PTBS Symptomatik - Stetiger Endpunkt

Studie (Zeitpunkt) Erhebungsinstrument	N[a]	Werte Studienbeginn		Werte Studienende[b]		Intervention vs. Vergleich				
		MW	SD	MW	SD	MD	[95 %-KI]	p-Wert	Hedges´g	[95 %-KI]
keine Behandlung	20	22,95	8,95	25,05	10,90	-11,40	[-16,73; -6,07]	< 0,0001	-1,30	[-1,99; -0,61]
SPTSS (12 Mo Follow-Up)										
EFT	20	23,60	8,05	16,80	6,51	-5,20	[-10,26; -0,14]	0,04	-0,64	[-1,28; 0,01]
Expositionsbehandlung	19	23,31	8,52	22,00	9,30					
keine Behandlung	20	22,95	8,95	28,20	10,97	-11,40	[-17,10; -5,70]	< 0,0001	-1,25	[-1,94; -0,55]
Church 2013										
PCL-M gesamt (nach Intervention / 6 Behandlungen in 30 Tage)										
EFT	29	62,01	2,1[c]	39,41	2,7[c]	-23,82	[-30,41; -17,23]	< 0,0001	-1,86	[-2,50; -1,21]
keine Behandlung	25	62,71	2,3[c]	63,23	2,0[c]					
Geronilla 2016										
PCL-M gesamt (nach Intervention / 6 Behandlungen in 30 Tage)										
EFT	27	65	8,1	34	10,3	-29,00	[-34,83; -23,14]	< 0,0001	-2,76	[-3,56; -1,96]
keine Behandlung	22	67	7,8	63	10,4					
Karatzias 2011										
PCL-C gesamt (nach Intervention / 4 Behandlungen)										
EFT	23	55,2	12,5	42,0	16,9	0,40	[-10,87; 11,67]	0,94	0,02	[-0,56; 0,60]
EMDR	23	58,9	9,0	41,6	21,8					
PCL-C gesamt (3 Mo Follow-Up)										
EFT	23	55,2	12,5	41,0	18,1	-2,10	[-13,62; 9,42]	0,72	-0,10	[-0,68; 0,47]
EMDR	23	58,9	9,0	43,1	21,6					
Nemiro 2015										
HTQ (nach Intervention / 8 Behandlungen in 4 Wo)										

Tabelle 32: Ergebnisse zu PTBS Symptomatik - Stetiger Endpunkt

Studie (Zeitpunkt) **Erhebungsinstrument**	**N**[a]	**Werte Studienbeginn**		**Werte Studienende**[b]		**Intervention vs. Vergleich**				
		MW	SD	MW	SD	**MD**	**[95 %-KI]**	**p-Wert**	**Hedges´g**	**[95 %-KI]**
EFT	25	2,54	0,42	1,59	0,41	-0,24	[-0,52; 0,04]	0,10	-0,46	[-1,02; 0,10]
KVT	25	2,71	0,57	1,83	0,60					
HTQ (6 Mo Follow-Up)										
EFT	25	2,54	0,42	1,69	0,42	0,09	[-0,13; 0,31]	0,43	0,22	[-0,34; 0,78]
KVT	25	2,71	0,57	1,60	0,38					

a. Anzahl der Patientinnen und 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
c. Standardfehler

EFT: Emotional Freedom Technique; EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing; FU: Follow-up; HTQ: Harvard Trauma Questionnaire; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; LOCF: Last Observation carried forward; MD: Mittelwertdifferenz; Mo: Monate; MW: Mittelwert; N: Zahl der Patientinnen und Patienten in der Auswertung aus ITT-Population; PCL-C: PTBS Checklist for civilians; PCL-M: PTBS Checklist-Military; PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD: Posttraumatic Stress Disorder); SD: Standardabweichung; SPTSS: Scale of Posttraumatic Stress Symptoms; vs: versus; Wo: Wochen.

A3.3.5 Wiederauftreten der angstspezifischen Symptomatik

Keine der eingeschlossenen Studien berichtete Ergebnisse zum Wiederauftreten der angstspezifischen Symptomatik.

A3.3.6 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Keine der eingeschlossenen Studien berichtete Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

A3.3.7 Allgemeines und soziales Funktionsniveau

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu allgemeinem und sozialem Funktionsniveau

Für die einzelne RCT mit Ergebnissen zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau lag bereits ein hohes endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial vor. Daher wurde auch das Verzerrungspotenzial für den Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau in der Studie als hoch eingeschätzt. Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau ist nachfolgend in Tabelle 33 dargestellt.

Tabelle 33: Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial: Allgemeines und soziales Funktionsniveau

Studie	Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial	Verblindung Endpunkt-erheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial
Diverse Angststörungen						
Irgens 2012	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
ITT: Intention to treat						

Ergebnisse zu allgemeinem und sozialem Funktionsniveau

Für die Nutzenbewertung zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau lagen lediglich Ergebnisse aus 1 RCT zu Patientinnen und Patienten mit diversen Angststörungen vor. In Tabelle 34 finden sich Angaben zu den Charakteristika des in der Studie verwendeten Erhebungsinstrumentes. Die Ergebnisse aus der Studie sind nachfolgende in Tabelle 35 dargestellt.

Tabelle 34: Charakterisierung der Instrumente zur Erfassung des allgemeinen und sozialen Funktionsniveaus

Instrument	Bewertung durch	Items / Domänen (Subskalen)	Validiert	Skala	Minimum Score / Maximum Score	Richtung der Skala	Geringster klinisch relevanter Unterschied	Quellen
Sheehan Disability Scale (SDS)	Patientin/Patient	3 / 3	Ja	11-Punkte	0 / 30	höhere Werte = stärkere funktionelle Beeinträchtigung	3-5 Punkte beziehungsweise 20-30 % vom Ausgangswert	Leon 1997 [122]

Tabelle 35: Ergebnisse zu allgemeinem und sozialem Funktionsniveau – stetiger Endpunkt

Studie Erhebungsinstrument (FU)	N[a]	Werte Studienbeginn		Werte Studienende[b]		Intervention vs. Vergleich				
		MW	SD	MW	SD	MD	[95 %-KI]	p-Wert	Hedges´g	[95 %-KI]
Diverse Angststörungen										
Irgens 2012										
SDS Arbeit (nach Intervention / 2,5 Mo)										
TFT	23	7,52	3,18	5,96	4,19	-0,81	[-3,15; 1,53]	0,50	-0,20	[-0,78; 0,39]
keine Behandlung	22	7,50	2,96	6,77	3,80					
SDS Soziales (nach Intervention / 2,5 Mo)										
TFT	23	6,83	2,06	4,74	3,36	-1,21	[-3,00; 0,58]	0,18	-0,39	[-0,98; 0,20]
keine Behandlung	22	4,95	3,09	5,95	2,73					
SDS Familie (nach Intervention / 2,5 Mo)										
TFT	23	5,26	2,24	3,74	2,88	-0,31	[-2,08; 1,46]	0,73	-0,10	[-0,69; 0,48]
keine Behandlung	22	4,45	2,72	4,05	3,15					

a. Anzahl der Patientinnen und 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

Tabelle 35: Ergebnisse zu allgemeinem und sozialem Funktionsniveau – stetiger Endpunkt

Studie Erhebungsinstrument (FU)	N[a]	Werte Studienbeginn		Werte Studienende[b]		Intervention vs. Vergleich				
		MW	SD	MW	SD	MD	[95 %-KI]	p-Wert	Hedges´g	[95 %-KI]
ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; LOCF: Last Observation carried forward; Mo: Monate; MW: Mittelwert; N: Zahl der Patientinnen und Patienten in der Auswertung aus ITT-Population; SD: Standardabweichung; SDS: Sheehan Disability Scale; SMD: standardisierte Mittelwertdifferenz; TFT: Thought field therapy; vs.: versus.										

A3.3.8 Unerwünschte Ereignisse

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu unerwünschten Ereignissen

Für alle 5 RCT mit Ergebnissen zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse lag bereits ein hohes endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial vor. Daher wurde auch das Verzerrungspotenzial für den Endpunkt unerwünschte Ereignisse in den 5 Studien als hoch eingeschätzt. Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau ist nachfolgend in Tabelle 36 dargestellt.

Tabelle 36: Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial: Unerwünschte Ereignisse

Studie	Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial	Verblindung Endpunkt-erheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial
Phobien						
Irgens 2017	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Salas 2011	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Posttraumatische Belastungsstörung						
Church 2013	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch
Geronilla 2016	hoch	nein	nein[a]	ja	ja	hoch
Nemiro 2015	hoch	nein	ja	ja	ja	hoch

a. 16 % der randomisierten Studienteilnehmenden nicht in Analysen eingeschlossen
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zu unerwünschten Ereignissen

Angaben zu UE liegen aus insgesamt 5 RCTs vor, wobei in 4 Studien lediglich angegeben wurde, dass im Studienverlauf keine UE auftraten. Aus diesen 4 Studien kann aus den Angaben zusätzlich abgeleitet werden, dass auch keine SUE auftraten. Details zu den Ergebnissen aus den Einzelstudien zu SUE und alle UE finden sich in Tabelle 37.

Tabelle 37: Ergebnisse zu unerwünschten Ereignissen

Unerwünschtes Ereignis	Studie	EFT/TFT			Vergleich			Intervention vs. Vergleich[a]		
		N	n	(%)	N	n	(%)	RR	[95 %-KI]	p-Wert
Phobien										
SUE	Salas 2011 (EFT vs. Entspannungstechnik)	11	0	0	11	0	0	n. a.		
Alle UEs	Salas 2011 (EFT vs. Entspannungstechnik)	11	0	0	11	0	0	n. a.		
	Irgens 2017 (TFT vs. KVT)	36	1[b]	3	36	6[c]	17	0,17	[0,02; 1,32]	0,09
Posttraumatische Belastungsstörung										
SUE	Church 2013 (EFT vs. keine Behandlung)	29	0	0	25	0	0	n. a.		
	Geronilla 2016 (EFT vs. keine Behandlung)	32	0	0	22	0	0	n. a.		
	Nemiro 2015(EFT vs. KVT)	25	0	0	25	0	0	n. a.		
Alle UEs	Church 2013 (EFT vs. keine Behandlung)	29	0	0	25	0	0	n. a.		
	Geronilla 2016 (EFT vs. keine Behandlung)	32	0	0	22	0	0	n. a.		
	Nemiro 2015(EFT vs. KVT)	25	0	0	25	0	0	n. a.		

a. Eigene Berechnung
b. traumatische Erinnerungen (n = 1)
c. Anstieg der Symptomatik (n = 3); Behandlung unangenehm/ermüdend (n = 3)

EFT: Emotional Freedom Technique; KI: Konfidenzintervall; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; n: Anzahl Patientinnen und Patienten mit Ereignis; N: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten; n. a.: nicht anwendbar; RR: Risk Ratio; SUE; schwerwiegende unerwünschte Ereignisse; TFT: Thought field therapy; UE: unerwünschte Ereignisse

A3.3.9 Metaanalysen

Bei Endpunkten die in den Studien mit unterschiedlichen Instrumenten erhoben wurde, wurden für die Metaanalysen die standardisierten Mittelwertdifferenzen (SMD) herangezogen. Andernfalls erfolgte die Berechnung auf Basis der Mittelwertdifferenzen (MD). Zum Endpunkt Angstsymptomatik wurden Metanalysen für den Vergleich EFT / TFT vs. keine Behandlung bei Personen mit Phobien und bei Personen mit PTBS sowie für den Vergleich EFT / TFT vs. Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung) bei Personen mit Phobien jeweils zum Zeitpunkt bei Interventionsende durchgeführt.

Die Metaanalysen zeigen bei Personen mit Phobien bei Interventionsende statistisch signifikante Vorteile für EFT / TFT im Vergleich zu keiner Behandlung (siehe Abbildung 3) und für EFT im Vergleich zu einer Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung) (siehe Abbildung 4). Bei Personen mit PTBS ergibt die Metaanalyse bei Interventionsende ebenfalls einen statistisch signifikanten Vorteil für EFT im Vergleich zu keiner Behandlung (siehe Abbildung 5).

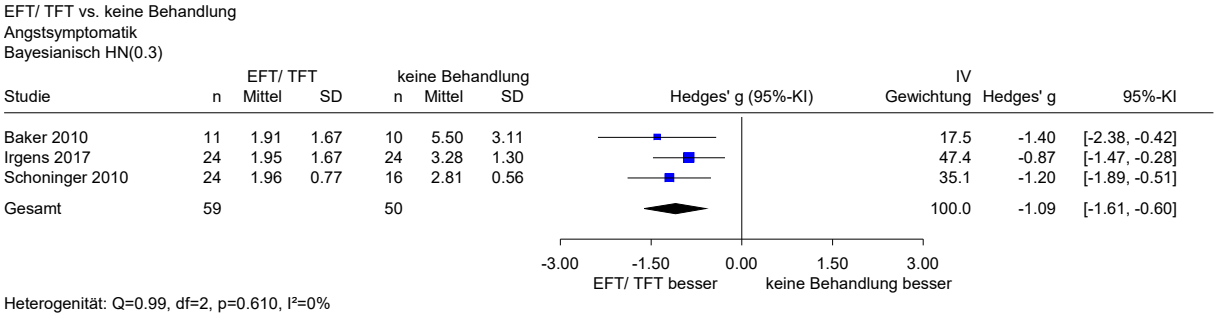


Abbildung 3: Metaanalyse – Angstsymptomatik; EFT/TFT vs. keine Behandlung bei Personen mit Phobien

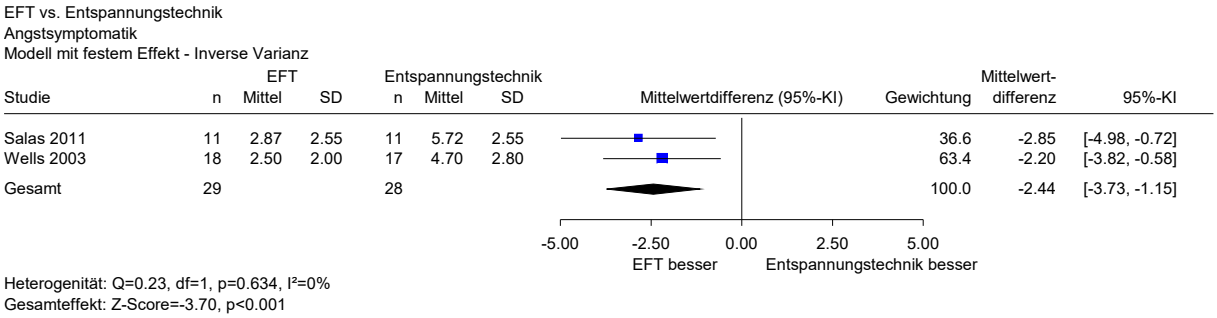


Abbildung 4: Metaanalyse – Angstsymptomatik; EFT vs. Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung) bei Personen mit Phobien

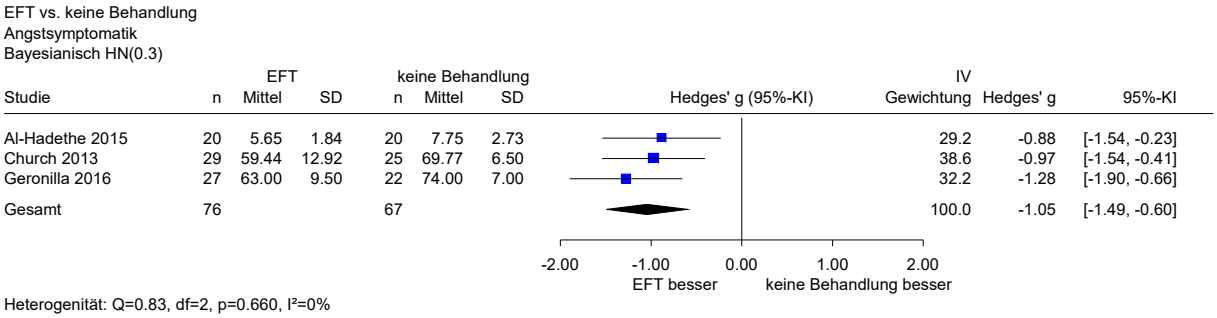


Abbildung 5: Metaanalyse – Angstsymptomatik; EFT vs. keine Behandlung bei Personen mit PTBS

Zu den Endpunkten psychosomatische Beschwerden, depressive Symptomatik sowie PTBS Symptomatik wurden Metanalysen für den Vergleich EFT vs. keine Behandlung bei Personen mit PTBS zum Zeitpunkt bei Interventionsende durchgeführt. Dabei wurden für die psychosomatischen Beschwerden die Ergebnisse der SA-45 Somatisation Subskala und für die PTBS Symptomatik die Ergebnisse der PCL-M aus den RCTs Church 2013 und Geronilla 2016 herangezogen. Für die depressive Symptomatik wurden Ergebnisse wurden die Ergebnisse der SA-45 Depression Subskala aus den RCTs Church 2013 und Geronilla 2016 sowie der HAD Depression Subskala verwendet.

Die Metaanalysen zeigen bei Personen mit PTBS bei Interventionsende statistisch signifikante Vorteile für EFT im Vergleich zu keiner Behandlung im Hinblick auf psychosomatische Beschwerden, die PTBS Symptomatik sowie auf die depressive Symptomatik (siehe Abbildung 6, Abbildung 7 und Abbildung 8).

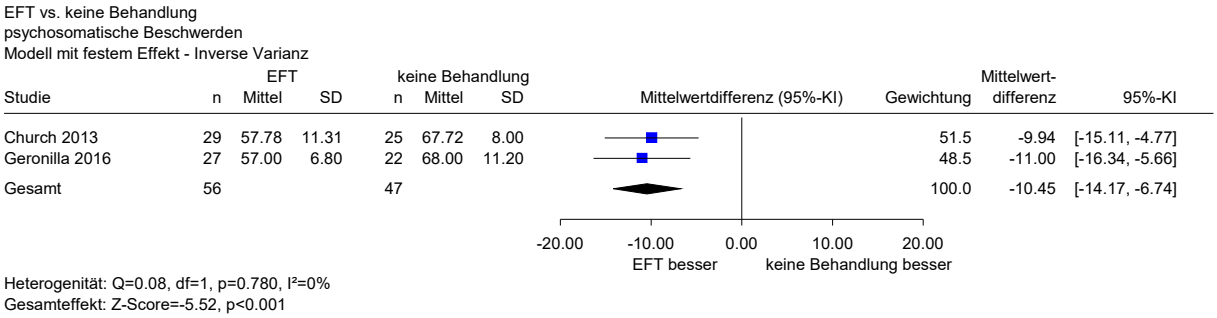


Abbildung 6: Metaanalyse – psychosomatische Beschwerden; EFT vs. keine Behandlung bei Personen mit PTBS

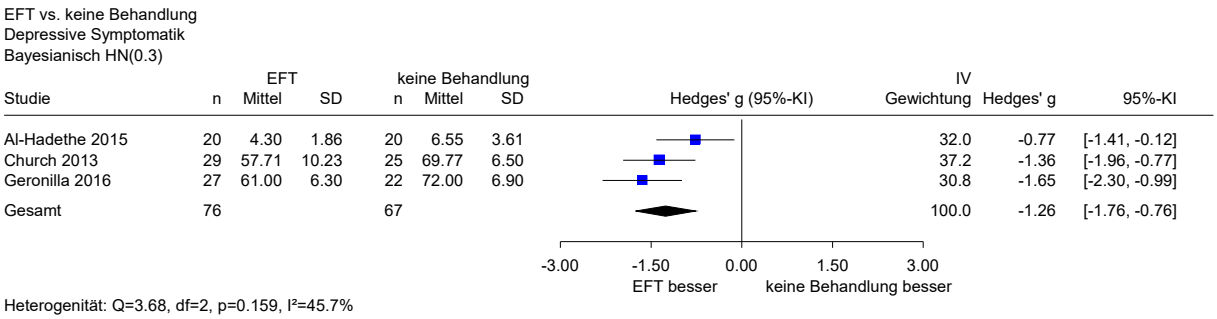


Abbildung 7: Metaanalyse – depressive Symptomatik; EFT vs. keine Behandlung bei Personen mit PTBS

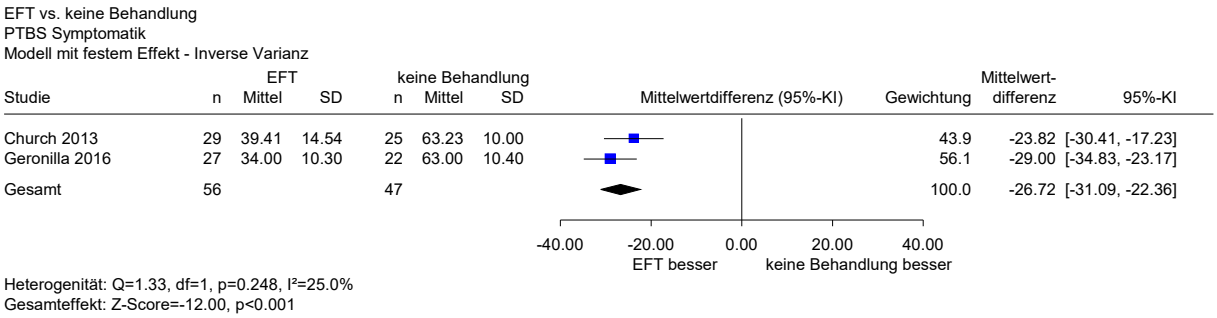


Abbildung 8: Metaanalyse – PTBS Symptomatik; EFT vs. keine Behandlung bei Personen mit PTBS

Zu den übrigen Vergleichen, Endpunkten sowie Erhebungszeitpunkten konnten keine Metaanalysen durchgeführt werden, da Ergebnisse nur aus einzelnen Studien vorliegen.

A3.3.10 Sensitivitätsanalysen

Es wurden keine Sensitivitätsanalysen durchgeführt.

A3.3.11 Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren

Es wurden keine Analysen zu Subgruppenmerkmalen and anderen Effektmodifikatoren durchgeführt.

A4 Details der Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung

A4.1 Bestimmung der Interventionskosten

In Tabelle 38 werden die Kosten der Prüfintervention EFT und der möglichen Vergleichsintervention KVT pro Anwendung beispielhaft dargestellt. Es ist jedoch nochmals darauf hinzuweisen, dass für die Anwendung der EFT innerhalb der GKV keine zusätzlichen Kosten anfallen, da die EFT nicht über die GKV abrechenbar ist. Die EFT könnte jedoch beispielsweise auch innerhalb einer KVT durch die Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen der Methodenfreiheit eingesetzt und als Teil dieser abgerechnet werden.

Tabelle 38: Kosten der Prüfintervention und der Vergleichsintervention

Bezeichnung der Patientengruppe	**Patienten mit diagnostizierter Angst- oder Panikstörung**				
Bezeichnung der Intervention	**Bezeichnung und Kennzeichnung im relevanten Vergütungskatalog**	**Kosten pro Anwendung in €**	**Anzahl der Anwendungen pro Jahr**	**Begründung (Quelle) Bezugsjahr**	**Erstattungsfähigkeit**
Prüfintervention EFT	nicht über die GKV abrechenbar	ca. 80 bis 150 € pro 60-minütiger Sitzung	Variabel, je nach Einsatz der EFT durch Therapeuten	Recherche auf den Webseiten verschiedener EFT-Anbieter	nein
Vergleichs-intervention KVT (beispielhaft)	EBM-Katalog Gebührenordnungs-position (GOP) 35421 (alternativ: GOP 35422)	114,54	bis zu 12 Sitzungen in der Kurzzeittherapie (alternativ: Langzeittherapie)	EBM - EBM-Ansicht [53] 2026	ja
EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab; EFT: Emotional Freedom Technique; GKV: gesetzliche Krankenversicherung; GOP: Gebührenordnungsposition; KVT: kognitive Verhaltenstherapie					

A4.2 Systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Evaluationen

A4.2.1 Fokussierte Informationsbeschaffung

A4.2.1.1 Primäre Informationsquellen

Abbildung 9 zeigt das Ergebnis der fokussierten Literaturrecherche in den bibliografischen Datenbanken und der Studienselektion gemäß den Kriterien zum Studieneinschluss. Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken finden sich in Abschnitt A9.2. Die letzte Suche fand am 18.11.2025 statt.

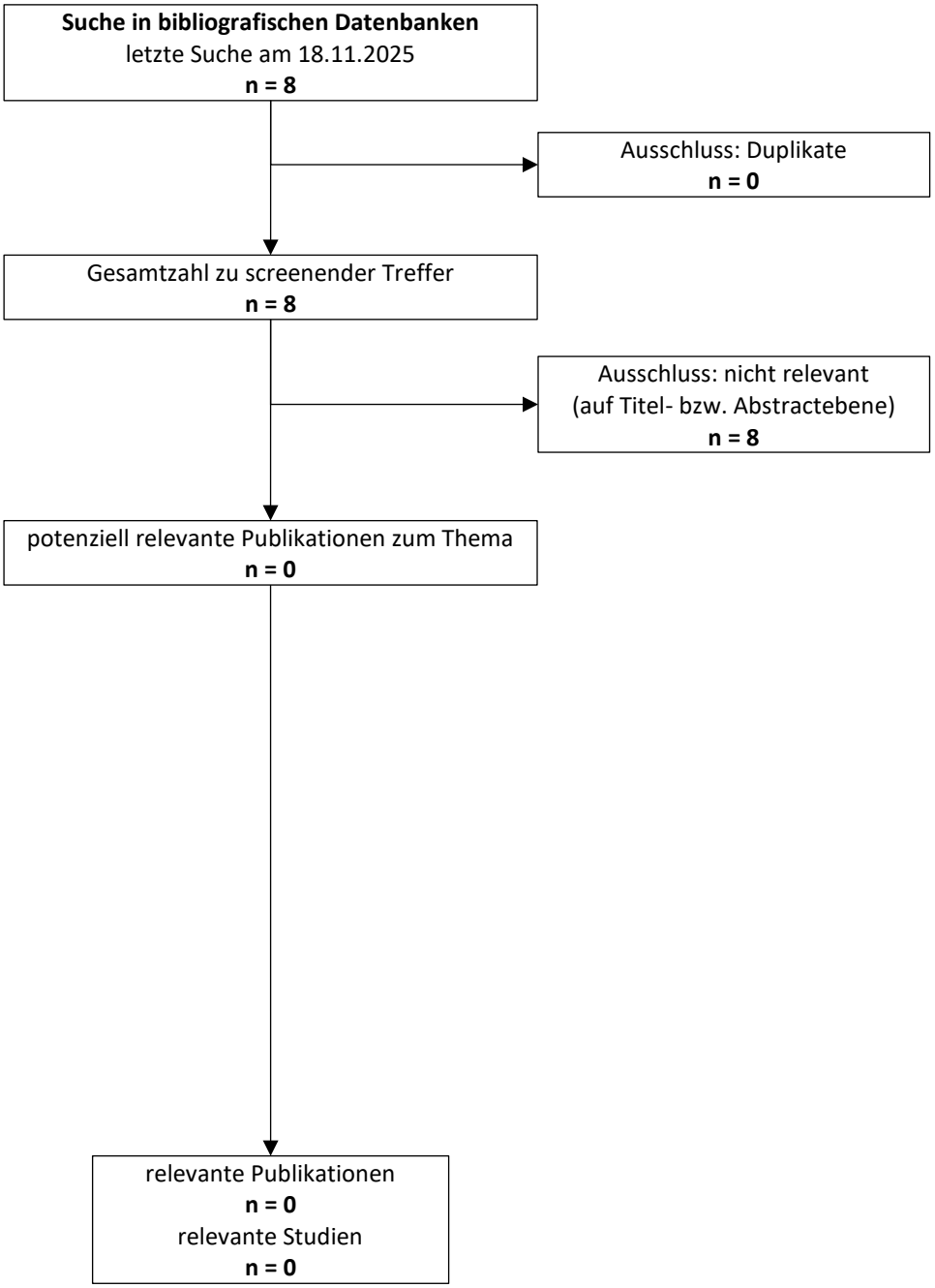


Abbildung 9: Ergebnis der bibliografischen Recherche und der Studienselektion – gesundheitsökonomische Evaluationen

A4.2.1.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

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

Anwendung weiterer Suchtechniken

Es fanden sich keine relevanten Studien beziehungsweise Dokumente.

A4.2.1.3 Resultierender Studienpool

Durch die verschiedenen Rechercheschritte konnten keine relevanten Studien identifiziert werden.

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

A5.1 Ethische Aspekte

A5.1.1 Informationsbeschaffung

Insgesamt wurden durch die orientierende Recherche in bibliografischen Datenbanken und weiteren Informationsquellen 16 Publikationen eingeschlossen.

Die Zitate der relevanten Publikationen finden sich in Abschnitt A8.2.1.

A5.1.2 Identifizierte ethische Aspekte

In Tabelle 39 sind die identifizierten ethischen Aspekte dargestellt. Die Darstellung orientiert sich an dem Rahmengerüst für die ethische Bewertung von Public-Health-Maßnahmen von Marckmann [32].

Tabelle 39: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten

Ethische Bewertungs-kriterien	Fragestellung	Quelle
1. erwarteter Nutzen	**Ergebnisse aus der Nutzenbewertung:**	
	▪ Hinweis auf einen Nutzen für EFT / TFT im Vergleich zu keiner Behandlung im Hinblick auf Angstsymptomatik bei Personen mit diversen Phobien Zeitpunkt: nach Intervention ▪ Anhaltspunkt auf einen Nutzen für TFT im Vergleich zu keiner Behandlung im Hinblick auf psychosomatische Beschwerden bei Personen mit diversen Phobien Zeitpunkt: nach Intervention ▪ Anhaltspunkt auf einen Nutzen für EFT im Vergleich zu einer Placebo-behandlung im Hinblick auf Angstsymptomatik bei Personen mit Zoophobie Zeitpunkt: nach Intervention ▪ Hinweis auf einen Zusatznutzen für EFT im Vergleich zu einer Entspannungstechnik (Zwerchfellatmung) im Hinblick auf Angstsymptomatik bei Personen mit Zoophobie Zeitpunkt: nach Intervention ▪ Hinweis auf einen Nutzen für EFT im Vergleich zu keiner Behandlung im Hinblick auf Angstsymptomatik, psychosomatische Beschwerden, depressive Symptomatik und PTBS Symptomatik bei Personen mit PTBS Zeitpunkt: nach Intervention ▪ Anhaltspunkt auf einen Nutzen für EFT im Vergleich zu keiner Behandlung im Hinblick auf Angstsymptomatik, depressive Symptomatik und PTBS Symptomatik bei Personen mit PTBS Zeitpunkt: nach 12 Monaten) ▪ Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen für EFT im Vergleich zu einer Expositionstherapie im Hinblick auf Angstsymptomatik und depressive Symptomatik bei Personen mit PTBS Zeitpunkt: nach Intervention ▪ Im Übrigen kein Anhaltspunkt, Beleg oder Hinweis für einen Nutzen	Domäne Nutzenbewertung (Kapitel 4)
	Aspekte aus der gesichteten Literatur – mögliche positive Effekte von EFT	
	normative Ebene	

Tabelle 39: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten

Ethische Bewertungs-kriterien	Fragestellung	Quelle
	▪ Das Prinzip der Wohltätigkeit kann zur Rechtfertigung von CAM herangezogen werden. Wenn es ethisch verpflichtend ist, alles zu tun, um die Gesundheit des Patienten zu verbessern, und CAM ein solcher Weg (oder sogar ein „besserer“ Weg) ist, ist CAM als Praxis gerechtfertigt.	Mertz 2007 [56]
	▪ Die Erwartung von Normen und Interaktionsstile mit Patienten, die besser mit den Werten, Überzeugungen und philosophischen Orientierungen der Patienten in Bezug auf Gesundheit und Leben übereinstimmen, führt zu dem Wunsch nach einer Art von Gesundheitsdienstleistung und einer Art von Interaktion zwischen Patient und Anbieter, die durch die Leistungen der konventionellen Medizin manchmal nicht angeboten werden.	Institute of Medicine (US) 2005 [57] m.w.N.
	EbM als ethische Verpflichtung	
	▪ „Allerdings kann das Prinzip nur dann als Rechtfertigung herangezogen werden, wenn eine CAM-Therapie tatsächlich einen Nutzen für die Gesundheitsversorgung hat.“	Mertz 2007 [56]
	▪ „Wenn wir ... davon ausgehen, dass Wissenschaft ein Subsystem der Gesellschaft mit besonderer epistemischer Autorität ist (...), dann muss auch das Ethos der Wissenschaft berücksichtigt werden, insbesondere wenn diese epistemische Autorität auf Fragen der Gesundheitsversorgung ausgedehnt oder für diese spezifiziert wird. Eine CAM-bezogene Therapie oder ein allgemeiner Ansatz zur Gesundheitsversorgung muss Einwänden standhalten, die sich auf die Wahrung des Ethos der Wissenschaft als Garantie für epistemische Qualität beziehen. (…) Wenn eine CAM-bezogene Position behauptet, wissenschaftlich zu sein oder durch wissenschaftliche Mittel gerechtfertigt zu sein, ist der Einwand von Bedeutung.“	Mertz 2007 [56]
	▪ „Die ‚Tiefe des Engagements für ein alternatives Glaubenssystem‘ und ‚anekdotische Belege für die Wirksamkeit der Therapie‘ können nicht als ausreichend angesehen werden, um ethische Verpflichtungen zu erfüllen.“	Mertz 2007 [56] m.w.N.

Tabelle 39: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten

Ethische Bewertungs-kriterien	Fragestellung	Quelle
	▪ Möglicherweise erfahren CAM-Anwender nicht den Nutzen, den man ihnen versprochen hat. ▪ Problematisch sind Fälle von „übertriebenen Behauptungen, überzogenen Versprechungen, Täuschung und Betrug.“	Ernst 2004 [55]
	Akupressur oder Tapping als aktive Intervention	
	▪ Angesichts des spekulativen Charakters der theoretischen Grundlagen von EFT ist es schwierig zu erklären, warum diese Methode zu […] Verbesserungen führt […] Eine fundierte Dismantling-Studie zu den Wirkmechanismen von EFT bei PTBS sollte Gegenstand künftiger Forschung sein	Karatzias 2011 [41]; ähnlich Wells 2003 [44], Baker 2010 [38]
	▪ Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis könnte sein, dass das Klopfen bei EFT die Ablenkung verstärkt und dies eine verbesserte Anpassungsfähigkeit an Lebensstress widerspiegeln könnte. Das Expositionsverfahren von EFT schwächte die durch die Erinnerung an das Erdbeben ausgelöste Angst und reduzierte aufdringliche Gedanken an traumatische Erinnerungen, was eine positive Erfahrung im Umgang mit Angst darstellen könnte; die Betroffenen könnten aus dieser Erfahrung lernen und sie auf andere Stresssituationen übertragen.	Al-Hadethe 2015 [37];
	▪ Wir können jedoch nicht sicher sein, dass TFT-vermittelte Faktoren zu positiven Veränderungen geführt haben; diese Veränderungen könnten teilweise durch bekannte spezifische Faktoren wie die Exposition verursacht worden sein. Sie könnten auch teilweise durch unspezifische therapeutische Faktoren wie Hoffnung, Erwartung und therapeutische Allianz bedingt sein. Dennoch ist es unwahrscheinlich, dass alle positiven Effekte auf diese Faktoren zurückzuführen sind.	Irgens 2017 [46], ähnlich Salas 2011 [43]

Tabelle 39: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten

Ethische Bewertungs-kriterien	Fragestellung	Quelle
	▪ Der genaue Wirkmechanismus von EFT zur Stress- und Angstminderung ist nicht eindeutig geklärt, doch gibt es Hinweise darauf, dass die Verbesserung körperlicher Parameter wie Herzfrequenzvariabilität, Herzkohärenz, Blutdruck und Cortisolspiegel – allesamt Faktoren, die Stress und Angst begünstigen – eine wesentliche Rolle bei der Stress- und Angstminderung spielen könnte […]. Da EFT zudem einen fast ähnlichen Wirkmechanismus wie Achtsamkeit aufweist, ist einer der zugrunde liegenden Faktoren für die Stressreduktion beider Techniken die Aufmerksamkeit für den gegenwärtigen Moment sowie das Beobachten und Akzeptieren.	Emadi 2024 [59]
	▪ Auch wenn ein Beobachter von EFT den Eindruck gewinnen könnte, dass das „Klopfen“ der Kernbestandteil ist, würde dies die klinische Realität verschleiern, dass der Therapeut genau auf die Inhalte der Gedanken und Worte des Klienten sowie auf dessen körperliche Reaktionen achtet. All diese kognitiven, emotionalen und somatischen Komponenten werden bei EFT durch sorgfältig ausgewählte Wörter und Formulierungen angesprochen, die die vom Klienten verwendeten widerspiegeln.	Geronilla 2016 [40]
	▪ „Purple Hat Therapy“: „Es gibt keine ausreichenden Belege dafür, dass Akupressur oder Klopfen die Wirkstoffe von EFT sind. Wie andere (…) argumentiert haben, ist die Wirksamkeit von EFT wahrscheinlich eher auf die Einbeziehung gängiger therapeutischer Faktoren (z. B. Rapport, Zielsetzung) und die Verwendung von imaginären Expositionen und kognitiven Interventionen zurückzuführen als auf die vorgeschlagene Akupressur.“ ▪ (Lila-Hut-Therapie: Der Therapeut wendet ansonsten wirksame therapeutische Techniken an, weist den Klienten jedoch zusätzlich an, einen lila Hut zu tragen, und schreibt die Genesung des Klienten dann fälschlicherweise dem lila Hut zu und nicht den wirksamen Bestandteilen der Intervention.)	Boness 2024 [54] m.w.N.

Tabelle 39: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten

Ethische Bewertungs-kriterien	Fragestellung	Quelle
	Aspekte aus der Betroffenenbefragung – erwarteter Nutzen von EFT	
	▪ sinnvolle Ergänzung zur Gesprächstherapie ▪ hilft tiefe Konflikte oder starke Emotionen hervorzubringen und zu bearbeiten ▪ ermöglicht ein feineres Wahrnehmen von Emotionen ▪ hilft beim Lösen emotionaler Blockaden ▪ wirkt beruhigend auf Gefühle ▪ führt nach den Sitzungen zu Entspannung und angenehmem Körpergefühl ▪ mögliche Alternative zur medikamentösen Behandlung	Betroffenenbefragung (Kapitel A10)
2. Potenzieller Schaden und Belastungen	**Ergebnisse aus der Nutzenbewertung:**	
	▪ kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen Schaden	Domäne Nutzenbewertung (Kapitel 4)
	Aspekte aus der gesichteten Literatur – mögliche negative Effekte von EFT	
	indirekter Schaden	
	▪ Es können auch indirekte Schäden entstehen, wenn keine wirksame Behandlung durchgeführt wird, und die CAM-Behandlung im Hinblick auf die Heilung einer Krankheit mehr oder weniger nutzlos ist.	Mertz 2007 [56]
	▪ Es können Risiken für Patienten entstehen, die keine wirksame Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen	Smith 2016 [60]

Tabelle 39: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten

Ethische Bewertungs-kriterien	Fragestellung	Quelle
	direkter Schaden	
	▪ Risiko durch begrenztes „CAM-Wissen“: „Die überwiegende Mehrheit der CAM-Anbieter im Vereinigten Königreich sind keine Ärzte. Man würde hoffen, dass die meisten CAM-Anbieter über eine angemessene Ausbildung in den von ihnen praktizierten Methoden verfügen, aber ihr Verständnis von Anatomie, Physiologie, Pathologie und andere Disziplinen der westlichen Medizinwissenschaft ist möglicherweise begrenzt, und viele halten möglicherweise an Ansichten, Philosophien oder Perspektiven fest (zum Beispiel die Vorstellung von „Meridianen” in der traditionellen chinesischen Medizin), die in offenem Widerspruch zu den Konzepten, Prinzipien und anerkannten Fakten der konventionellen Medizin und Wissenschaft stehen. (…) Ist das begrenzte CAM-Wissen konventioneller Ärzte ein Risikofaktor für Patienten?“	Ernst 2004 [55] m.w.N.
	struktureller Schaden	
	▪ Risiko durch fehlende Regulation: „Die Ziele der beruflichen Selbstregulierung sind: (1) hohe, einheitliche Standards der Praxis; (2) Identifizierung kompetenter Praktiker und (3) Rechenschaftspflicht. Im Wesentlichen beziehen sie sich auf den ethischen Grundsatz der Nichtschädigung.“	Ernst 2004 [55] m.w.N.
	▪ Verbraucher tragen die potenziellen Gefahren, die mit der Anwendung von CAM-Therapien ohne angemessene Aufsicht verbunden sind	Adel Mehraban 2024 [58]
	▪ EFT ist in Deutschland nicht reguliert ▪ zahlreiche Berufsverbände oder auch Einzelpersonen bieten Schulungen und Zertifizierungen für Leistungserbringer im Bereich EFT an	Hintergrund (Abschnitt 1.2)
	Aspekte aus der Betroffenenbefragung – negative Effekte von EFT	

Tabelle 39: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten

Ethische Bewertungs-kriterien	Fragestellung	Quelle
	▪ keine dauerhaften oder grundlegenden körperlichen Nachteile ▪ EFT kann als anstrengend und belastend erlebt werden, insbesondere wenn tiefe Konflikte oder starke Emotionen aufkommen ▪ Gefahr der Überforderung: zumindest bei tiefen Konflikten sollte EFT persönlich therapeutisch begleitet werden; Video-Sprechstunden allein reichen nicht aus ▪ Verstärkung körperlicher Symptome beziehungsweise Nachwirkungen möglich	Betroffenenbefragung (Abschnitt 6.1, Kapitel A10)
Auswirkungen auf die Autonomie	**Aspekte aus der gesichteten Literatur – Auswirkung von EFT**	
	Patientenautonomie	
	▪ Selbstbestimmung: Patientinnen und Patienten sind darauf angewiesen, alle für sie relevanten Informationen für eine nicht nur rechtswirksame, sondern tatsächlich autonome Einwilligung in bestimmte Behandlungsvorschläge zu erhalten.	Rechtliche Aspekte (Abschnitt 6.4)
	▪ Patientenautonomie könnte für diejenigen, die dies wünschen, durch die Bereitstellung von CAM maximiert werden.	Smith 2016 [60]
	▪ Eigenverantwortung: generelle Regel, dass „die persönlichen Überzeugungen und Entscheidungen anderer Personen respektiert werden sollten, wenn sie keine Gefahr für andere darstellen“ gilt auch für die gewünschte Inanspruchnahme von CAM	Institute of Medicine (US) 2005 [57] m.w.N.
	▪ Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit: Anstatt die soziale Phobie eines Klienten vollständig und dauerhaft zu heilen, könnte man ihm stattdessen beibringen, sich selbst zu behandeln; ein solcher Ansatz würde den Klienten in die Lage versetzen, auf jene häufigen Situationen vorbereitet zu sein, in denen unerwartete Auslöser Angst hervorrufen, was wiederum eine Notfall-Selbstbehandlung mit TFT erforderlich machen könnte.	Schoninger 2010 [47]
	Aspekte aus der gesichteten Literatur – Gerechtigkeitsethische Auswirkungen von EFT	
	Zugangsgerechtigkeit	

Tabelle 39: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten

Ethische Bewertungs-kriterien	Fragestellung	Quelle
4. Gerechtig-keitsethische Auswirkungen	▪ „Zu den ethischen Fragen im Zusammenhang mit der Anwendung von CAM für die psychische Gesundheit gehören: ... Gerechtigkeit beim Zugang zu Behandlungen, die im Allgemeinen nicht im Rahmen der staatlich finanzierten Gesundheitsdienste angeboten werden“	Stone 2007 [61]
	▪ „CAM könnte aus Gründen der Gerechtigkeit gerechtfertigt sein, wenn CAM eine sinnvolle Alternative zur Biomedizin darstellt (…). Daher könnte es unfair sein, CAM nicht anzubieten“ ▪ „Diese Begründung setzt voraus, dass CAM eine relevante Behandlungsoption ist.“	Mertz 2007 [56]
	▪ „Solange die Wirksamkeit und Sicherheit von CAM ungewiss sind (d. h. deutlich ungewisser als in der Schulmedizin), kann das Prinzip der Gerechtigkeit im Widerspruch zu den Prinzipien der Wohltätigkeit und Nichtschädigung stehen.“	Ernst 2004 [55]
	▪ „CAM-Nutzer gehören in der Regel zu den wohlhabenden, gut gebildeten Schichten (…); CAM ist im Großen und Ganzen Privatmedizin, für die die Verbraucher erhebliche Beträge aus eigener Tasche bezahlen. Unter der Annahme, dass CAM mehr Nutzen als Schaden bringt, ist diese Situation alles andere als gerecht. Die ungleiche Verteilung von CAM innerhalb der Bevölkerung verstößt gegen das grundlegende ethische Prinzip der Gerechtigkeit.“	Ernst 2004 [55]
	▪ CAM nutzen vor allem gut ausgebildete Personen im erwerbsfähigen Alter mit höherem Einkommen; dieser finanzielle Aspekt unterstreicht die Ungleichheiten im Gesundheitssystem und verschärft bereits bestehende gesundheitliche Ungleichheiten.	Adel Mehraban 2024 [58]
	faire Allokation	
	▪ Risiko der Verschwendung von Gesundheitsressourcen für unwirksame Therapien	Smith 2016 [60]

Tabelle 39: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten

Ethische Bewertungs-kriterien	Fragestellung	Quelle
	▪ Ist es gerecht, wenn Geld aus dem öffentlichen Gesundheitssystem in Verfahren mit begrenzter Evidenz eingesetzt werden - zulasten anderer, evidenzbasierter Methoden? ▪ Argument „faire Allokation“: im Rahmen der öffentlichen Versorgung sollen Mittel in wirksame, evidenzbasierte Interventionen fließen	Reflective thoughts
	▪ S.a. SGB V: Anspruch GKV-Versicherter auf bedarfsgerechte und dem Stand der Wissenschaft entsprechende medizinische Behandlung (§§ 2, 12 SGB V) nach SGB V ▪ Verfahren mit unklarem Nutzen haben eine geringere Priorität, wenn sie andere effektive Maßnahmen verdrängen	SGB V / Abschnitt 6.4 Reflective thoughts
	▪ „Es könnte als unfair angesehen werden, wenn ein großer Teil der Gesellschaft für Behandlungsarten (CAM) zahlen muss, die sie möglicherweise nicht gutheißt und die nur auf einen kleinen Teil der Gesellschaft ausgerichtet sind. Nur Behandlungen, die sich als wirksam und vorteilhaft erwiesen haben und mit den Interessen der Bevölkerung übereinstimmen, sollten Teil der obligatorischen Krankenversicherung sein, die durch staatliche Steuern subventioniert wird“ m.w.N.	Mertz 2007 [56]
	▪ ABER: als niedrigschwellige Selbsthilfemethode geeignet, benachteiligten Gruppen Hilfe zu bieten?	Reflective thoughts
	▪ Risiko des Ausnutzens vulnerabler Gruppen mit Heilversprechungen: „Ausbeutung schlecht informierter Patienten und schutzbedürftiger Personen, darunter Kinder und nicht geschäftsfähige Erwachsene.“	Smith 2016 [60]
	Qualitätsstandards	
	▪ Es gibt in Deutschland keine standardisierten Qualifikationsanforderungen an die Leistungserbringer von EFT.	Domäne organisatorische Aspekte (Abschnitt 6.5)
	▪ Erforderlich sind verbindliche Mindeststandards, damit alle Patientinnen und Patienten eine vergleichbare Qualität der Behandlung erhalten.	Reflective thoughts
	▪ Standards können dazu beitragen, den Zugang zu unqualifizierten CAM-Anbietern zu minimieren,	Institute of Medicine (US) 2005 [57] m.w.N.

Tabelle 39: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten

Ethische Bewertungs-kriterien	Fragestellung	Quelle
	▪ Verantwortung in der Psychotherapie	Boness 2024 [54]
	Soziale Aspekte – Auswirkungen der Auswirkungen von EFT auf die Gerechtigkeit	
	▪ Soziale Ungleichheit	Domäne soziale Aspekte (Abschnitt 6.3)
5. Erwartete Effizienz	**Gesundheitsökonomische Bewertung**	
	▪ keine Aussage hinsichtlich gesundheitsökonomischer Aspekte	Domäne Gesundheitsökonomie (Kapitel 5)
	▪ EFT könnte als günstiges Verfahren Versorgungslücken schließen: „CAM können billiger und weniger invasiv sein als die konventionelle Medizin.“	Smith 2016 [60]

CAM: Komplementär- und Alternativmedizin (complementary and alternative medicine); EbM: Evidenzbasierte Medizin; EFT: Emotional Freedom Technique; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung; SGB: Sozialgesetzbuch; TFT: Thougt Field Therapy (ursprüngliche, komplexere Methode, aus der EFT als vereinfachte und standardisierte Weiterentwicklung hervorgegangen ist)

A5.2 Soziale Aspekte

A5.2.1 Recherche zu sozialen Aspekten

Insgesamt wurden durch die orientierende Recherche in bibliografischen Datenbanken und weiteren Informationsquellen 8 Publikationen eingeschlossen.

Die Zitate der relevanten Publikationen finden sich in Abschnitt A8.2.2.

A5.2.2 Identifizierte soziale Aspekte

In Tabelle 40 sind die identifizierten sozialen Aspekte dargestellt. Die Darstellung orientiert sich an dem von Mozygemba 2016 [34] vorgeschlagenem konzeptionellen Rahmen. Es wurden vorliegend nur die sozialen Aspekte aufbereitet, die für das Thema relevant/einschlägig erschienen.

Tabelle 40: Informationsaufbereitung zu den identifizierten sozialen Aspekten

Kategorie	Aspekt	Inhalt	Quelle(n)
Soziales Konstrukt / Verständnis der EFT zur Behandlung von Angst- und Paniksymptomen/ -störungen	**Verständnis / Wahrnehmung der EFT durch Betroffene**	Beide Personen berichten sehr positiv von der EFT und betonen, dass es mit der EFT möglich sei, tiefer liegende Gefühle, Gedanken und Ängste wahrzunehmen beziehungsweise zu erkennen und zu lernen, hiermit besser umzugehen. Insbesondere die Kombination der verbalen Konzentration auf ein Problem (emotionaler oder körperlicher Natur) und die gleichzeitige manuelle Stimulation von Akupunkturpunkten (über das Abklopfen verschiedener Punkte/Meridiane) als Besonderheit der EFT gehe über eine reine Gesprächstherapie hinaus (siehe Zitate in Kapitel A11, Zentrale Ergebnisse aus den Betroffeneninterviews). Die Betroffenen heben außerdem hervor, dass es schwer ist, sich die EFT vorzustellen. Es sei wichtig, diese Therapieform selbst zu erleben/kennen zu lernen, um zu verstehen, wie die EFT abläuft und wie sie wirkt. Qualitative Studien zum Verständnis von Betroffenen/der Allgemeinheit wurden nicht identifiziert.	Betroffenen-gespräche
Soziales Image/ Verständnis des der EFT für die Behandlung von Angst- und Paniksymptomen/ -störungen	**Wahrgenommener Nutzen & Vorstellungen zum Nutzen**	Die Betroffenen betonen, dass man über sich selbst und die eigenen Gefühle durch die Kombination von Reden (Gesprächskomponente) und Klopfen (körperliche Komponente) bei der EFT mehr lernt und mehr an sich arbeitet als durch Gespräche oder Gesprächstherapie alleine (siehe Zitate in Kapitel A11, Zentrale Ergebnisse aus den Betroffeneninterviews). Vorteil der EFT sei außerdem, dass man diese nach einiger Zeit auch selbständig zu Hause anwenden könne. Qualitative Studien zum durch Betroffene wahrgenommen Nutzen der EFT oder ihren Vorstellungen zu diesem Nutzen wurden nicht identifiziert.	Betroffenen-gespräche
	Einstellungen und Akzeptanz der Inanspruchnahme einer EFT	Die befragten Betroffenen berichten, dass sie die EFT weiter in Anspruch nehmen möchten. Außerdem würden sie die EFT weiterempfehlen, mit dem Hinweis, dass die Begleitung durch einen Coach / Therapeuten – zumindest zu Beginn der Behandlung – wichtig sei (siehe Zitate in Kapitel A11, Zentrale Ergebnisse aus den Betroffeneninterviews).	Betroffenen-gespräche
	Wahrgenommenes Risiko/ Schaden der EFT	Obwohl die Behandlung als sehr hilfreich wahrgenommen wurde, wurde sie von den Betroffenen auch als anstrengend – körperlich und emotional – wahrgenommen. Darüberhinausgehende Nachteile wurden aber nicht genannt (siehe Zitate in Kapitel A11, Zentrale Ergebnisse aus den Betroffeneninterviews). Die Kosten der EFT sind für die befragten Betroffenen akzeptabel und kein Grund, diese nicht weiter in Anspruch zu nehmen.	Betroffenen-gespräche

Tabelle 40: Informationsaufbereitung zu den identifizierten sozialen Aspekten

Kategorie	Aspekt	Inhalt	Quelle(n)
Soziokulturelle Aspekte der Implementierung der Technologie & Organisation der Nutzung	**Soziokulturelle Eigenschaften der Zielgruppe einer EFT-Behandlung**	▪ Im Jahr 2023 lag in Deutschland gemäß einer Erhebung des Robert Koch-Instituts (RKI) bei 13,1 % (95 %-KI: [12,3-13,9]) der Erwachsenen eine auffällige Belastung durch Angstsymptome vor. ▪ Mit 15,0 % waren Frauen häufiger betroffen als die Männer mit 11,0 %. ▪ Mit dem Alter sinkt die Prävalenz der auffälligen Belastung durch Angstsymptome, primär bei Frauen: 18-29-Jährige: 25,9 %; 30-44-Jährige: 16,2 %; 45-64-Jährige: 15 %; 65-79-Jährige: 8 %; > 80-Jährige: 9,8 %. ▪ Es liegt ein deutlicher sozialer Gradient nach Bildung beim Vorliegen einer auffälligen Belastung durch Angst vor: niedrigste Bildungsgruppe: 16,6 %; mittlere Bildungsgruppe: 13,3 %; hohe Bildungsgruppe: 8,2 %.	Robert Koch-Institut 2024 [12]
		▪ Ebenfalls gemäß einer Erhebung des RKI erhielten 7,9 % der Erwachsenen in Deutschland in 2024 eine ärztliche Diagnose einer Angststörung. ▪ Angststörungen sind ebenfalls häufiger bei Frauen als bei Männern; Frauen: 9,9 %, Männer: 5,4 %.	Robert Koch-Institut [11]
		▪ 12-Monats-Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) in Deutschland gemäß einer Studie aus 2014: 2,3% der Erwachsenen in Deutschland ▪ PTBS tritt ebenfalls häufiger bei Frauen als bei Männern auf; Frauen: 3,6 %, Männer: 0,9 %	Jacobi 2014 [62]
		▪ Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES) weisen deutlich höhere Prävalenzen bei den psychischen Störungen (Angststörungen und PTBS eingeschlossen) auf; 38 % bei Personen mit niedrigem SES, 22 % bei Personen mit hohem SES.	Jacobi 2014 [62]
		▪ Es wurden keine Studien identifiziert, die Auskunft darüber geben, ob die EFT durch Personen mit verschiedenen soziokulturellen Eigenschaften unterschiedlich genutzt wird.	
		▪ Studien zu komplementärmedizinischen und alternativen Behandlungsmethoden (übergreifend über alle Krankheiten hinweg) legen nahe, dass Frauen, jüngere oder gesündere Menschen solche Behandlungen eher in Anspruch nehmen als Männer, ältere oder weniger gesunde Personen. ▪ Auch Menschen mit hohem SES / mehr finanziellen Ressourcen nehmen diese Maßnahmen eher wahr als Personen mit geringem SES / geringeren finanziellen Ressourcen.	Fjaer 2020, Kristoffersen 2021, Kemppainen 2018 [63-65]
		▪ Eine aktuelle deutsche Befragungs-Studie berichtet, dass bei Menschen, die komplementär-medizinische oder alternative Behandlungen in Anspruch nehmen, eher eine geringere Lebensqualität und eine höhere Belastung durch Erkrankungen vorliegen.	Ortiz 2025 [66]

Tabelle 40: Informationsaufbereitung zu den identifizierten sozialen Aspekten

Kategorie	Aspekt	Inhalt	Quelle(n)
		▪ Ein Bericht des IGeL-Monitors aus dem Jahr 2024 berichtet für die durch Patientinnen und Patienten in Deutschland selbst zu bezahlenden Gesundheitsleistungen (IGeL, Individuelle Gesundheitsleistungen), dass diese in den letzten 12 Monaten häufiger durch Frauen (41 %) als durch Männer (22 %) in Anspruch genommen werden. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern nimmt die IGeL-Nutzung ab etwa einem Alter von 45 Jahren zu. Außerdem zeigt dieser Bericht, dass sowohl mit steigendem Haushaltsnettoeinkommen als auch mit zunehmender Schulbildung die Inanspruchnahme von IGeL zunimmt.	Blume 2024 [67]
	Soziale Ungleichheit	Es ist möglich, dass soziale Ungleichheit bei der Inanspruchnahme dadurch entsteht, dass Menschen mit höherem SES / finanziellen Ressourcen es sich eher/nur leisten können, eine EFT als Selbstzahler in Anspruch zu nehmen. Die EFT ist im deutschen Gesundheitssystem noch keine anerkannte/durch die GKV abrechenbare Behandlung.	Reflective thoughts basierend auf den vorgenannten Referenzen/ Daten
	Beziehung zwischen Betroffenen und Leistungs-erbringern	Beide befragten Personen betonen, dass die Beziehung zum Therapeuten bei der EFT sehr wichtig für die effektive Durchführung der EFT sei („ein geschützter Raum“) und dass die EFT mindestens zu Beginn immer zusammen mit einem Therapeuten angewandt und erlernt werden sollte. (siehe Zitate in Kapitel A11, Zentrale Ergebnisse aus den Betroffeneninterviews)	Betroffenen-gespräche

CAM: Complementary and Alternative Medicine (Komplementär- und Alternativmedizin); EFT: Emotional Freedom Technique; IGeL: Individuelle Gesundheitsleistungen; PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung; RKI: Robert Koch-Institut; SES: sozioökonomischer Status; TFT: Thought Field Therapy (Gedankenfeldtherapie)

A5.3 Rechtliche Aspekte

A5.3.1 Recherche zu rechtlichen Aspekten

Insgesamt wurden durch die orientierende Recherche in bibliografischen Datenbanken und weiteren Informationsquellen 24 Publikationen eingeschlossen.

Die Zitate der relevanten Publikationen finden sich in Abschnitt A8.2.3.

A5.3.2 Identifizierte rechtliche Aspekte

In Tabelle 41 sind die identifizierten rechtlichen Aspekte dargestellt. Die Darstellung folgt dem Kriterienkatalog von Brönneke 2016 [35].

Tabelle 41: Aufbereitung rechtlicher Aspekte in Anlehnung Brönneke 2016 [35]

Aspekt	Diskussion	Quelle
1. Patientenautonomie I: informierte Einwilligung	**Einwilligung in Behandlung: Einwilligung nach Aufklärung § 630c, 630e BGB** ▪ grundsätzliches Erfordernis der Aufklärung (§ 630e BGB) und Einwilligung (§ 630d BGB) des Patienten vor jeder medizinischen Maßnahme, wobei sich die Einwilligung immer auf den konkreten medizinischen Eingriff beziehen muss ▪ gilt für „Behandelnde“, umfasst ärztliche, psychotherapeutische und Heilpraktiker-Behandlung ▪ aufzuklären ist über „sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände“ (§ 630e Abs. 1 S. 1 BGB), insbesondere über „Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie“ (§ 630e Abs. 1 S. 2 BGB). ▪ „medizinische Behandlung“ umfasst sämtliche Maßnahmen der Diagnose und Therapie ▪ Insbesondere zu beachten: § 630 e Abs. 1 S. 2 BGB „Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.“ **Hintergrund:** In Leitlinien werden zur Behandlung von Angststörungen in erster Linie Psychotherapie sowie medikamentöse Therapien empfohlen; nach der Psychotherapie-Richtlinie des GBA gelten als anerkannte Therapieformen psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie, und Systemische Therapie. Insofern umfasst die Aufklärungspflicht neben dem Hinweis auf Behandlungsalternativen den Hinweis darauf, dass EFT keine anerkannte Standardtherapie ist, und auf den Stand der Evidenz zu EFT.	Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (Patientenrechtegesetz, PatRG) [72], Wagner 2023 in: MüKo, § 630d Rn. 15 [73] Wagner 2023 in: MüKo, § 630a BGB, Rn. 10 [74] S3-Leitlinie Angststörungen [1]
	Selbstanwendung Die EFT kann im Rahmen einer Psychotherapie oder nach entsprechender Schulung auch von Betroffenen selbst angewendet werden. Für die Selbstanwendung ist keine gesonderte, ggf. über die ursprüngliche Einwilligung in die Behandlung hinausgehende, Einwilligung erforderlich.	vgl. Abschnitt 1.2
2. Patientenautonomie II: Einwilligungsunfähigkeit	**Minderjährige** ▪ der Eintritt der Einwilligungsfähigkeit ist gesetzlich nicht geregelt ▪ in der Regel gelten Minderjährige bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres einwilligungsunfähig ▪ Gesundheitsfürsorge ist Teil der Personensorge, dazu gehört auch die Veranlassung einer	BGH, Urt. V. 5.12.1958, Az. VI ZR 266/57 BGHZ 29, 33 Arbeitsgruppe 2022 [75]

Tabelle 41: Aufbereitung rechtlicher Aspekte in Anlehnung Brönneke 2016 [35]

Aspekt	Diskussion	Quelle
	ärztlichen Behandlung des Kindes ▪ bei Einwilligungsunfähigkeit erteilen die Eltern die Einwilligung und sind entsprechend aufzuklären, § 630d Abs. 1 BGB, §§ 1626, 1629, 1631 BGB ▪ sofern Minderjährige nach der geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs ermessen können, sind sie einwilligungsfähig und entsprechend aufzuklären ▪ rechtlich umstritten, ob die Einwilligung von Minderjährigen alleine, von den Eltern oder gemeinsam zu erteilen ist, entsprechendes gilt für die Aufklärung	
3. Autonomie III: Datenschutz	**Art 9 DSGVO: besonderer Schutz von Gesundheitsdaten, § 22 BDSG: Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten** Verbot (Art. 9 Abs. 1 DSGVO) nebst Aufhebung des Verbots für bestimmte Fallgruppen unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 9 Abs. 2 DSGVO); Ausnahmen zur Verbotsregelung (§ 22 BDSG) ▪ Ziel: Schutz personenbezogener Daten in der EU ▪ Hintergrund: besondere Sensibilität von Gesundheitsdaten hinsichtlich der Grundrechte und Grundfreiheiten, weil im Zusammenhang mit ihrer Verarbeitung erhebliche Risiken für die Grundrechte und Grundfreiheiten auftreten können ▪ grundlegende Datenschutzanforderungen für die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten ▪ die Verarbeitung sensibler Daten im Sinne des Art. 9 DSGVO ist zulässig, wenn die betroffene Person ausdrücklich einwilligt, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO ▪ für die Behandlung (unter anderem) ist die Datenverarbeitung durch Ärztinnen und Ärzte oder durch sonstige Personen, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen, auch ohne ausdrückliche Einwilligung zulässig, Art. 9 Abs. 2 lit. h, Abs. 3 DSGVO; § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG ▪ gesetzliche Schweigepflicht gemäß § 203 Abs. 1 Ziff. 1 StGB (sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker und Psychotherapeutinnen und -therapeuten)	Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) [76] Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) [123] Albers/Veit in: Beck OK Datenschutzrecht 2026, Art. 9 DSGVO, Rn. 2 [124] Strafgesetzbuch (StGB) [77]
4. Marktzugang I: Medizinprodukte	▪ vorliegend nicht relevant, da es sich bei EFT nicht um ein Medizinprodukt handelt: Art. 2 MDR: Medizinprodukte sind Produkte mit medizinischer Zweckbestimmung, die vom Hersteller für die Anwendung beim Menschen bestimmt sind.	Medical Device Regulation (MDR) [125]
5. Marktzugang II:	▪ vorliegend nicht relevant, da es sich bei EFT nicht um ein Arzneimittel handelt:	Arzneimittelgesetz (AMG) [126]

Tabelle 41: Aufbereitung rechtlicher Aspekte in Anlehnung Brönneke 2016 [35]

Aspekt	Diskussion	Quelle
Arzneimittel	§ 2 AMG: Arzneimittel sind Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die zur Anwendung am oder im menschlichen Körper gedacht sind.	
6. Klinische Studien	7 von 11 in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Studien entsprechen wie folgt ethischen und rechtlichen Standards zum Schutz der Rechte von Patienten als Studienteilnehmende (unter anderem das Recht auf Einwilligung nach Aufklärung, Datenschutz, das Recht, keinen unnötigen Tests ausgesetzt zu werden). ▪ Al-Hadete 2015 geben an, dass die Studie von der Ethikkommission des Instituts für Arbeit, Gesundheit und Organisationen (I-WHO) an der Universität Nottingham, Großbritannien genehmigt wurde und alle Personen ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Studie abgegeben haben. ▪ Church 2013 geben an, dass die Studie vom Copernicus institutional review board genehmigt wurde und alle Personen ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Studie abgegeben haben. ▪ Geronilla 2016 geben an, dass die Studie von der Ethikkommission der American Association for Acupuncture and Bioenergetic Medicine (AAABEM) genehmigt wurde. ▪ Irgens 2012 geben an, dass die Studie von der regionalen Ethikkommission für Medizin genehmigt wurde und alle Personen ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Studie abgegeben haben. ▪ Irgens 2017 geben an, dass die Studie vom Regionalausschuss für medizinische und gesundheitswissenschaftliche Forschungsethik genehmigt wurde. ▪ Karatzias 2011 geben an, dass die Studie von der örtlichen Ethikkommission des National Health Service (NHS) genehmigt wurde. ▪ Nemiro 2015 geben an, dass die Studie vom Institutional review board of North Carolina State University genehmigt wurde und alle Personen ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Studie abgegeben haben. ▪ Die weiteren 4 in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Studien machen dazu keine Angaben.	Al-Hadete 2015 [37] Church 2013 [39] Geronilla 2016 [40] Irgens 2012 [45] Irgens 2017 [46] Karatzias 2011 [41] Nemiro 2015 [42]
7. Intellektuelles Eigentum	▪ es existiert keine zentrale Organisation, die EFT definiert und dessen geistiges Eigentum kontrolliert ▪ Nichtigkeitserklärung einer früheren Eintragung zu der Wortmarke „EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUES EFT“ am Europäischen Markenamt EUIPO, weil „EFT“ und „Emotional Freedom Technique“ einen beschreibenden Charakter haben, die sich auf eine	vgl. Abschnitt 1.2 EUIPO 2020 [78]

Tabelle 41: Aufbereitung rechtlicher Aspekte in Anlehnung Brönneke 2016 [35]

Aspekt	Diskussion	Quelle
	einfache Aussage über die Art und den Gegenstand beschränken und somit nicht dem Markenrecht unterstellt werden können	
8. Kostenerstattung im öffentlichen Gesundheitssystem	▪ Anspruch GKV-Versicherter auf bedarfsgerechte und dem Stand der Wissenschaft entsprechende medizinische Behandlung (§§ 2, 12 SGB V) nach SGB V ▪ den Leistungskatalog der GKV legt der GBA in Richtlinien fest ▪ die EFT ist in Deutschland keine anerkannte psychotherapeutische Behandlung im Sinne der Psychotherapierichtlinie des GBA, sondern gilt als alternative, ergänzende Technik.	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch SGB V [127] Gemeinsamer Bundesausschuss 2024 [52] vgl. Abschnitt 1.2
9. Spezielle medizinische Bereiche		
EFT als „Heilkunde“	▪ Einheitlicher Heilkundebegriff ▪ § 1 Abs. 2 HeilprG: „Ausübung der Heilkunde im Sinne des Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.“ ▪ EFT ist eine Methode aus der energetischen Psychologie und kombiniert dabei Elemente der KVT, der Expositionsbehandlung und der Akupressur	Heilpraktikergesetz (HeilprG) [68] vgl. 1.2
Erlaubniszwang	▪ ärztliche Approbation umfasst jede Tätigkeit, die einem Heilpraktiker gestattet ist; „ärztliche Heilkunde“, unterliegt der Musterberufsordnung für Ärzte ▪ § 1 Abs.1 HeilprG: „Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestallt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis. Ausübung der Heilkunde ist erlaubnispflichtig“ ▪ BVerfG: Psychotherapie ist Ausübung der Heilkunde: wer – ohne Arzt zu sein – die selbständige berufliche Tätigkeit anstrebt, Personen psychotherapeutisch zu behandeln, bedarf der Erlaubnis nach dem HeilprG ▪ § 1 PsychThG: die Ausübung von Psychotherapie als Psychotherapeut ist den dafür approbierten Personen vorbehalten (sektorale Heilkundeerlaubnis) ▪ § 5 Abs. 3 PsychThG: „Psychotherapeut*innen dürfen keine Behandlung durchführen und sind verpflichtet, eine begonnene Behandlung zu beenden, wenn sie feststellen, dass (…) sie für die konkrete Aufgabe nicht befähigt oder hierfür nicht ausgebildet sind.“ ▪ keine Ausbildungs- oder Prüfungsbestimmungen für Heilpraktikerberuf ▪ Verpflichtung bei Tätigkeit als Heilpraktikerin oder Heilpraktiker, die Patientin oder den Patienten an eine Ärztin oder einen Arzt zu überweisen, wenn der Zustand des Patienten	Heilpraktikergesetz (HeilprG) [68] Psychotherapeutengesetz (PsychThG) [70] BVerfG, 10.05.1988 - 1 BvR 482/84, 1 BvR 1166/85 - dejure.org Stock 2021 [69] BGH 2 StR 580/10 - Urteil BGH vom 22.06.2011 vgl. Abschnitt 1.2

Tabelle 41: Aufbereitung rechtlicher Aspekte in Anlehnung Brönneke 2016 [35]

Aspekt	Diskussion	Quelle
	die Ausbildung, Fähigkeiten und Kompetenzen des Anbieters übersteigt	
EFT als „allgemein anerkannter fachlicher Standard“	▪ relevant für die ärztliche Ausübung von EFT ▪ § 630 a Abs. 2 BGB: „Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.“ ▪ Bei fehlenden Standards Einordnung von EFT als „Außenseitermethode“ / „abweichende Methode“: Methoden, die innerhalb einer Therapierichtung nicht hinreichend anerkannt sind	Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) [72] vgl. Abschnitt 1.2 Stock 2021 [69]
Methodenfreiheit	EFT ist im Rahmen der Methodenfreiheit von der Berufsausübungsfreiheit umfasst, abgesichert in Art. 12 Abs. 1 GG **ärztliche Methodenfreiheit** ▪ EFT muss entweder im Sinne des § 630 a Abs. 2 BGB als „allgemein anerkannter medizinischer Standard“ anerkannt oder als abweichende Behandlungsmethode vereinbart sein **Heilpraktikerberuf** ▪ Methodenfreiheit folgt aus dem Verständnis des Heilkundebegriffs **psychotherapeutische Methodenfreiheit** ▪ Methodenfreiheit folgt aus den Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern der Länder	Grundgesetz (GG) [71] Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) [72]
Qualitätssicherung	„Es gibt zahlreiche Berufsverbände oder auch Einzelpersonen, die Schulungen und Zertifizierungen für Leistungserbringer im Bereich EFT anbieten. Allerdings existiert keine zentrale Organisation, die EFT definiert“: es existiert keine einheitliche institutionalisierte Qualitätssicherung von EFT	vgl. Abschnitt 1.2
Haftung	▪ Rechtsgrundlage: Behandlungsvertrag (§§ 630a, 280 Abs. 1 BGB) oder Delikt (§ 823 ff BGB) ▪ berufsspezifischer Haftungsmaßstab ▪ Haftung zum Beispiel wegen Sorgfaltspflichtverletzung §§ 630a, 276 BGB z.B. bei Verletzung der Aufklärungspflicht, Unterlassen der notwendigen Standardbehandlung, Überschreiten der medizinischen Vertretbarkeit (Vertretbarkeit der Behandlung nach fachlichem Standard, keine Gefährdung von Patientinnen und Patienten)	Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) [72]

Tabelle 41: Aufbereitung rechtlicher Aspekte in Anlehnung Brönneke 2016 [35]

Aspekt	**Diskussion**	**Quelle**
AMG: Arzneimittelgesetz; BDSG: Bundesdatenschutzgesetz; BGB: Bürgerliches Gesetzbuch; BGH: Bundesgerichtshof; BVerfG: Bundesverfassungsgericht; DSGVO Datenschutzgrundverordnung; EFT: Emotional Freedom Technique; EU: Europäische Union; EUIPO: European Union Intellectual Property Office (Amt der Europäischen Union für geistiges Eigentum); GBA: Gemeinsamer Bundesausschuss; HeilprG: Heilpraktikergesetz; MDR: Medical Device Regulation; PsychThG: Psychotherapeutengesetz; SGB V: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch SGB V; StGB: Strafgesetzbuch		

A5.4 Organisatorische Aspekte

A5.4.1 Recherche zu organisatorischen Aspekten

Insgesamt wurden durch die orientierende Recherche in bibliografischen Datenbanken keine relevanten Studien identifiziert. Aus weiteren Informationsquellen wurden 6 Publikationen eingeschlossen.

Die Zitate der relevanten Publikationen finden sich in Abschnitt A8.2.4.

A5.4.2 Identifizierte organisatorische Aspekte

In Tabelle 42 sind die identifizierten organisatorischen Implikationen der Technologie in Anlehnung an die Strukturierung nach Perleth 2014 [36] dargestellt. Es wurden vorliegend nur die organisatorischen Aspekte aufbereitet, die für das Thema relevant/einschlägig erschienen.

Tabelle 42: Informationsaufbereitung zu den identifizierten organisatorischen Aspekten

Themenbereich	Leitfrage	Erläuterungen	Quelle(n)
Einfluss auf Voraussetzungen der Leistungserbringung	**Voraus-setzungen der Leistungs-erbringung, Ort der medizinischen Versorgung**	Die EFT ist in Deutschland keine anerkannte psychotherapeutische Behandlung nach der Psychotherapierichtlinie des GBA. Die EFT gilt als alternative/ergänzende (komplementäre) Technik. Sie ist nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt und ist nicht als GKV-Leistung abrechenbar. Für die Anerkennung der EFT als neues Psychotherapieverfahren oder -methode ist der Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich. Die EFT kann der Allgemeinheit in Deutschland als Selbstzahler-Leistung, auch im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe, beispielsweise durch Coaches, Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten oder Heilpraktikerinnen / Heilpraktiker angeboten werden. Die EFT findet in den Räumen des jeweiligen Anbieters statt. Die EFT wird bei Personen mit diagnostizierten Angst- oder Panikstörungen durch Ärztinnen/Ärzten, Psycho-therapeutinnen/Psychotherapeuten oder Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker mit einer entsprechenden Heilerlaubnis in der Regel nicht eingesetzt, da sie keine anerkannte psychotherapeutische Behandlung ist. Unklar ist, ob oder in welchem Ausmaß die EFT in Deutschland bei diagnostizierten Patientinnen und Patienten mit Angst- oder Panikstörungen als komplementäre Behandlungsmethode innerhalb der Methodenfreiheit angeboten wird beziehungsweise zum Einsatz kommt (als Selbstzahler-Leistung). Unklar ist auch, ob die EFT beispielsweise innerhalb einer Gesprächs-/Verhaltenstherapie eingesetzt und abgerechnet werden kann. Hierzu konnten keine aussagekräftigen Informationen identifiziert werden. Ergänzend zu den Ausführungen der Psychotherapierichtlinie des GBA schreibt die kassenärztliche Bundesvereinigung auf ihrer Webseite: „Für die Anwendung von psycho-therapeutischen Techniken gilt der Methoden- beziehungsweise Verfahrensbezug. Lässt sich eine konkrete, gegebenenfalls auch neu entwickelte Technik aus fachlicher Sicht zweifelsfrei einem Psychotherapieverfahren oder einer Psychotherapiemethode zuordnen (nach Psychotherapie-Richtlinie zugelassen) und dient diese Technik der Umsetzung der in diesen Verfahren angestrebten Ziele, kann diese im Rahmen eines übergeordneten beziehungsweise umfassenden verfahrensbezogenen Therapiekonzeptes im Rahmen der	GBA 2024[52] KBV 2026 [53] Heilpraktikergesetz 2016 [68] https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/BJNR002510939.html

Tabelle 42: Informationsaufbereitung zu den identifizierten organisatorischen Aspekten

Themenbereich	Leitfrage	Erläuterungen	Quelle(n)
		Richtlinienpsychotherapie zur Anwendung kommen.“ [53]	
	Qualifikationsanforderungen an Leistungserbringer	Sofern eine Person eine diagnostizierte psychische Erkrankung hat, die behandlungsbedürftig ist (wie eine Angst- oder Panikstörung), kann die Behandlung in Deutschland nur durch Therapeutinnen / Therapeuten erfolgen, die eine Heilerlaubnis haben. Die EFT ist jedoch kein durch den GBA anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren. Wird die EFT der Allgemeinheit beispielsweise im Rahmen eines Coachings als Selbstzahler-Leistung angeboten, kann sie durch jede Person, die sich in dieser Technik hat ausbilden lassen, ausgeübt werden. Derzeit gibt es keine standardisierten Qualifikationsanforderungen an Leistungserbringer der EFT. Es gibt in Deutschland auch keinen offiziellen deutschen Berufsverband für die EFT (bis 2024 gab es den Verband für Klopfakupressur e. V., in dem sich die Trainerinnen und Trainer, die die EFT anboten, organisierten). Es gibt verschiedene Einrichtungen und Einzelpersonen, die Schulungen und Zertifizierungen für Leistungserbringer im Bereich EFT anbieten. Bestrebungen, die Qualifikationsanforderungen an Anwenderinnen/Anwender der EFT zu vereinheitlichen, gibt es: zum Beispiel auf internationaler Ebene durch die EFT International (EFTi), eine gemeinnützige Organisation, die sich der sich der Ausbildung, Anwendung und Standardisierung der EFT widmet. Definiertes Ziel der EFTi ist es, „die höchsten Standards für Bildung, Ausbildung, berufliche Entwicklung und Förderung der fachkundigen, kreativen und ethischen Anwendung der EFT“ (d. h. der klassischen EFT Klopfakupressur nach Gary Craig) zu fördern und einzuhalten. In Deutschland existieren Vereine oder Netzwerke, insbesondere das Trainer:innen-Netzwerk Klopfakupressur in Berlin (die frühere EFT D.A.CH. Gesellschaft für Klopfakupressur e.V., die wiederum die Nachfolgeeinrichtung des Verbandes für Klopfakupressur e.V. war), das sich u. a. auch für die Vereinheitlichung und Qualitätssicherung von Klopfakupressur-Ausbildungen einsetzen.	Vgl. Abschnitt 6.4 (rechtliche Aspekte) EFT International 2026 [79] TrainerInnen-Netzwerk Klopfakupressur 2026 [80]

Tabelle 42: Informationsaufbereitung zu den identifizierten organisatorischen Aspekten

Themenbereich	Leitfrage	Erläuterungen	Quelle(n)
		Sowohl die EFTi als auch das Trainer:innen-Netzwerk Klopfakupressur beziehen sich in Ihrer Arbeit und auf Ihren Webseiten explizit auf die EFT-Klopfakupressur nach Gary Craig.	
Einfluss auf Prozesse	**Alternative Technologien für dieselbe Fragestellung**	Es gibt in Deutschland verschiedene Möglichkeiten der Behandlung von diagnostizierten Angst- oder Panikstörungen, einschließlich verschiedener psychotherapeutischer Behandlungen, insbesondere der kognitiven Verhaltenstherapie und der Expositionsbehandlung, sowie unterschiedlicher medikamentöser Behandlungen.	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psycho-therapie e. V. 2021 [1]
	Nutzung von Gesundheitsleistungen / Ressourcen	Da die EFT eine manuelle Behandlung und Gespräche zur Behandlung kombiniert, sind keine weitergehenden Gesundheitsleistungen oder Ressourcen, die über die Therapeuten / Coaches hinaus gehen, erforderlich.	Reflective thoughts

A6 Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM). S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen [online]. 2021 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-028.

2. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). ICD-10 F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen [online]. 2025 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: https://www.icd-code.de/icd/code/F40-F48.html.

3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

4. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). ICD-10 F40.-: Phobische Störungen [online]. 2025 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: https://www.icd-code.de/icd/code/F40.-.html.

5. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). ICD-10 F41.-: Andere Angststörungen [online]. 2025 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: https://www.icd-code.de/icd/code/F41.-.html.

6. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). ICD-10 F43.-: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen [online]. 2025 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: https://www.icd-code.de/icd/code/F43.-.html.

7. Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Posttraumatische Belastungsstörung (S3 Leitlinie) [online]. 2026 [Zugriff: 24.08.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/155-001l_S3_Posttraumatische-Belastungsstoerung_2026-05.pdf.

8. Zhou J, Li S, Song Y et al. Global, Regional, and National Trends in the Burden of Anxiety Disorders From 1992 to 2021: An Age-Period-Cohort Analysis Based on the Global Burden of Disease Study 2021. Depress Anxiety 2025; 2025: 4178541. https://doi.org/10.1155/da/4178541.

9. Jacobi F, Hofler M, Strehle J et al. [Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. Nervenarzt 2014; 85(1): 77-87. https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y.

10. Jacobi F, Hofler M, Strehle J et al. [Erratum to: Mental disorders in the general population. Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. Nervenarzt 2016; 87(1): 88-90. https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7.

11. Robert Koch Institut (RKI). Angststörungen: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [online]. 2025 [Zugriff: 03.06.2026]. URL: https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/Angststoerung/AngststoerungenAdministrativePraevalenz/angststoerungenAdministrativePraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2023&geschlecht=0&standardisierung=0.

12. Robert Koch Institut (RKI). Angstsymptome: Prävalenz (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [online]. 2024 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/Angststoerung/AngstsymptomePraevalenz/angstsymptomePraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2023&geschlecht=0&standardisierung=0.

13. In-Albon T. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Angststörungen im Kindes- und Jugendalter [online]. 2022 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/psychiatrie-und-psychotherapie-des-kindes-und-jugendalters/angststoerungen-im-kindes-und-jugendalter?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-49289-5_105.

14. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. [Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2007; 50(5-6): 871-878. https://doi.org/10.1007/s00103-007-0250-6.

15. Gesundgeit.gv.at. - Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Angststörung [online]. 2021 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/neurose/angststoerung-diagnose.html.

16. Callahan RJ, Trubo R. Tapping the Healer Within: Using Thought Field Therapy to Instantly Conquer Your Fears, Anxieties, and Emotional Distress. Chicago: Centemporary Books; 2001.

17. Flint GA, Lammers W, Mitnick DG. Emotional Freedom Techniques: A Safe Treatment Intervention for Many Trauma Based Issues. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma 2006; 12(1-2): 125-150.

18. Craig G, Fowlie A. Emotional freedom techniques: The manual. Sea Ranch, CA: Gary Craig; 1995.

19. Madsen MV, Gotzsche PC, Hrobjartsson A. Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomised clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups. BMJ 2009; 338: a3115. https://doi.org/10.1136/bmj.a3115.

20. Church D. The EFT Manual, 3rd Edition. Santa Rosa, CA: Energy Psychology Press; 2013.

21. Church D, Stapleton P, Vasudevan A et al. Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions: A systematic review. Front Psychol 2022; 13: 951451. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.951451.

22. Church D, Stapleton P, Mollon P et al. Guidelines for the Treatment of PTSD Using Clinical EFT (Emotional Freedom Techniques). Healthcare (Basel) 2018; 6(4). https://doi.org/10.3390/healthcare6040146.

23. Church D. Clinical EFT as an Evidence-Based Practice for the Treatment of Psychological and Physiological Conditions. Psychology 2013; 4(8): 645-654.

24. Fachverband Deutscher Heilpraktiker e. V. Emotional Freedom Techniques [online]. [Zugriff: 23.09.2025]. URL: https://www.heilpraktiker.org/emotional-freedom-techniques.

25. EFT International. EFT International EFT-Ausbildung und Zertifizierung [online]. 2025 [Zugriff: 25.09.2025]. URL: https://eftinternational.org/de/eft-germany-switzerland-austria/eft-international-eft-ausbildung-und-zertifizierung/.

26. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Psychotherapie-Richtlinie [online]. 2024 [Zugriff: 20.10.2025]. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/20/.

27. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden; Version 8.0 [online]. 2025 [Zugriff: 24.08.2026]. URL: https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_v8-0.pdf.

28. Husereau D, Drummond M, Augustovski F et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS 2022) Statement: Updated Reporting Guidance for Health Economic Evaluations. Value Health 2022; 25(1): 3-9. https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.11.1351.

29. European Network for Health Technology Assessment. EUnetHTA HTA Adaptation Toolkit & Glossary [online]. 2011 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: https://www.eunethta.eu/wp-content/uploads/2011/01/EUnetHTA_adptation_toolkit_2011_version_5.pdf.

30. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. Am J Bioeth 2019; 19(11): 9-12. https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402.

31. Hofmann B, Droste S, Oortwijn W et al. Harmonization of ethics in health technology assessment: a revision of the Socratic approach. Int J Technol Assess Health Care 2014; 30(1): 3-9. https://doi.org/10.1017/S0266462313000688.

32. Marckmann G, Schmidt H, Sofaer N et al. Putting public health ethics into practice: a systematic framework. Front Public Health 2015; 3: 23. https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00023.

33. Lysdahl KB, Mozygemba K, Burns J et al. Guidance for assessing effectiveness, economic aspects, ethical aspects, socio-cultural aspects and legal aspects in complex technologies [online]. 2016 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: https://validatehta.eu/wp-content/uploads/2022/07/3.-Guidance-for-assessing-effectiveness-economic-aspects-ethical-aspects-socio-cultural-aspects-and-legal-aspects-in-complex-technologies.pdf.

34. Mozygemba K, Hofmann B, Lysdahl KB et al. Guidance to assess socio-cultural aspects [online]. 2016 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: https://validatehta.eu/wp-content/uploads/2022/07/3.-Guidance-for-assessing-effectiveness-economic-aspects-ethical-aspects-socio-cultural-aspects-and-legal-aspects-in-complex-technologies.pdf.

35. Brönneke JB, Hofmann B, Bakke Lysdal K et al. Guidance to assess legal aspects [online]. 2016 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: https://validatehta.eu/wp-content/uploads/2022/07/3.-Guidance-for-assessing-effectiveness-economic-aspects-ethical-aspects-socio-cultural-aspects-and-legal-aspects-in-complex-technologies.pdf.

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

37. Al-Hadethe A, Hunt N, Ghaffar A-Q et al. Randomised controlled study comparing two psychological therapies for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): Emotional Freedom Techniques (EFT) vs. Narrative Exposure Therapy (NET). Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment 2015; 4(4). https://doi.org/10.4172/2324-8947.1000145.

38. Baker AH, Siegel LS. Emotional Freedom Techniques (EFT) Reduces Intense Fears: A Partial Replication and Extension of Wells, Polglase, Andrews, Carrington, & Baker (2003). Energy Psychology Journal 2010; 2(2): 15–32. 15. https://doi.org/10.9769/epj.2010.2.2.ahb.lss.

39. Church D, Hawk C, Brooks AJ et al. Psychological trauma symptom improvement in veterans using emotional freedom techniques: a randomized controlled trial. Journal of Nervous & Mental Disease 2013; 201(2): 153–160. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827f6351.

40. Geronilla L, Minewiser L, Mollon P et al. EFT (Emotional Freedom Techniques) Remediates PTSD and Psychological Symptoms in Veterans: A Randomized Controlled Replication Trial. Energy Psychology Journal 2016; 8(2): 29–41. 29. https://doi.org/10.9769/epj.2016.8.2.lg.

41. Karatzias T, Power K, Brown K et al. A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: eye movement desensitization and reprocessing vs. emotional freedom techniques. Journal of Nervous & Mental Disease 2011; 199(6): 372–378. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821cd262.

42. Nemiro APS. Efficacy of Two Evidence-Based Therapies, Emotional Freedom Techniques (EFT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for the Treatment of Gender Violence in the Congo: A Randomized Controlled Trial [online]. 2015. URL: doi:10.9769/EPJ.2015.11.1.AN.

43. Salas MM, Brooks AJ, Rowe JE. The immediate effect of a brief energy psychology intervention (Emotional Freedom Techniques) on specific phobias: a pilot study. Explore: The Journal of Science & Healing 2011; 7(3): 155–161. https://doi.org/10.1016/j.explore.2011.02.005.

44. Wells S, Polglase K, Andrews HB et al. Evaluation of a meridian-based intervention, Emotional Freedom Techniques (EFT), for reducing specific phobias of small animals. J Clin Psychol 2003; 59(9): 943–966. https://doi.org/10.1002/jclp.10189.

45. Irgens A, Dammen T, Nysaeter TE et al. Thought Field Therapy (TFT) as a treatment for anxiety symptoms: a randomized controlled trial. Explore: The Journal of Science & Healing 2012; 8(6): 331–338. https://doi.org/10.1016/j.explore.2012.08.002.

46. Irgens AC, Hoffart A, Nysaeter TE et al. Thought Field Therapy Compared to Cognitive Behavioral Therapy and Wait-List for Agoraphobia: A Randomized, Controlled Study with a 12-Month Follow-up. Front Psychol 2017; 8: 1027. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01027.

47. Schoninger B, Hartung J. Changes on Self-Report Measures of Public Speaking Anxiety Following Treatment With Thought Field Therapy. Energy Psychology Journal 2010; 2(1): 13–26. 13. https://doi.org/10.9769/epj.2010.2.1.bs.jh.

48. Hawton K, Salkovskis P, Kirk J et al. Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide. New York, NY: Oxford University Press; 1989.

49. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. J Consult Clin Psychol 1991; 59(1): 12-19. https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12.

50. Furukawa TA, Noma H, Caldwell DM et al. Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 2014; 130(3): 181-192. https://doi.org/10.1111/acps.12275.

51. Patterson B, Boyle MH, Kivlenieks M et al. The use of waitlists as control conditions in anxiety disorders research. J Psychiatr Res 2016; 83: 112-120. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.08.015.

52. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Psychotherapie-Richtlinie 2024. 2024. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/20/.

53. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Psychotherapie: Fragen und Antworten [online]. 2026 [Zugriff: 08.04.2026]. URL: https://www.kbv.de/praxis/patientenversorgung/psychotherapie/faq-psychotherapie?

54. Boness CL, Pfund R, Tolin DF. Acupressure in Psychotherapy as an Unsinkable Rubber Duck: A reply to. J Psychother Integr 2024; 34(2): 190-199. https://doi.org/10.1037/int0000315.

55. Ernst E, Cohen MH, Stone J. Ethical problems arising in evidence based complementary and alternative medicine. J Med Ethics 2004; 30(2): 156-159. https://doi.org/10.1136/jme.2003.007021.

56. Mertz M. Complementary and alternative medicine: the challenges of ethical justification. A philosophical analysis and evaluation of ethical reasons for the offer, use and promotion of complementary and alternative medicine. Med Health Care Philos 2007; 10(3): 329-345. https://doi.org/10.1007/s11019-007-9050-x.

57. Institute of Medicine (US) Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public. Complementary and Alternative Medicine in the United States. Washington (DC): National Academies Press (US); 2005.

58. Adel Mehraban MS, Mosallanejad A, Mohammadi M et al. Navigating ethical dilemmas in complementary and alternative medicine: a narrative review. J Med Ethics Hist Med 2024; 17: 3. https://doi.org/10.18502/jmehm.v17i3.15391.

59. Emadi SF, Hekmat K, Abedi P et al. Effect of emotional freedom technique on the fear of childbirth in Iranian primiparous women: a randomized controlled trial. Front Psychol 2024; 14: 1145229. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1145229.

60. Smith K, Ernst E, Colquhoun D et al. 'Complementary & Alternative Medicine' (CAM): Ethical And Policy Issues. Bioethics 2016; 30(2): 60-62. https://doi.org/10.1111/bioe.12243.

61. Stone F. Ethical issues in the use of complementary and alternative medicine (CAM) in mental health. Eur Psychiatry 2007; 22: S28.

62. Jacobi F, Höfler M, Siegert J 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. https://doi.org/10.1002/mpr.1439.

63. Fjær EL, Landet ER, McNamara CL et al. The use of complementary and alternative medicine (CAM) in Europe. BMC Complement Med Ther 2020; 20(1): 108. https://doi.org/10.1186/s12906-020-02903-w.

64. Kristoffersen AE, Quandt SA, Stub T. Use of complementary and alternative medicine in Norway: a cross-sectional survey with a modified Norwegian version of the international questionnaire to measure use of complementary and alternative medicine (I-CAM-QN). BMC Complement Med Ther 2021; 21(1): 93. https://doi.org/10.1186/s12906-021-03258-6.

65. Kemppainen LM, Kemppainen TT, Reippainen JA et al. Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. Scand J Public Health 2018; 46(4): 448-455. https://doi.org/10.1177/1403494817733869.

66. Ortiz M, Wischnewsky M, Jeitler M et al. Health-Related quality of life and the impact of traditional, complementary and integrative Medicine - an Online - Representative Cross-Sectional survey in Germany. BMC Public Health 2025; 25(1): 2870. https://doi.org/10.1186/s12889-025-23908-5.

67. Blume J. Drews M. Kalinowski I. IGeL-Markt in Deutschland Ergebnisse der Repräsentativbefragung gesetzlich Krankenversicherter [online]. 2024 [Zugriff: 22.06.2025]. URL: https://www.igel-monitor.de/fileadmin/Downloads/Presse/2024_12_03_PK_IGeL_Report_2024/IGeL-Bericht_2024_lang.pdf.

68. Reichsregierung. Heilpraktikergesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 17e des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist (HeilprG) [online]. 2016 [Zugriff: 26.01.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/BJNR002510939.html.

69. Stock C. Rechtsgutachten zum Heilpraktikerrecht. Bundesministerium für Gesundheit (BMG); 2021. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Stock_Gutachten_Heilpraktikerrecht_bf.pdf.

70. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Psychotherapeutengesetz vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604), das durch Artikel 17 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist. Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychThG) [online]. 2020 [Zugriff: 26.01.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg_2020/PsychThG.pdf.

71. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100 1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. März 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 94) geändert worden ist. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/gg/index.html.

72. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 364) geändert worden ist [online]. 2025 [Zugriff: 10.12.2025]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/BGB.pdf.

73. Wagner. § 630d. In: Säcker J, Rixecker R, Oetker H et al (Ed). Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch: BGB. München: C.H.Beck; 2023.

74. Wagner. § 630a BGB. In: Säcker J, Rixecker R, Oetker H et al (Ed). Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch: BGB. München: C.H. Beck; 2023.

75. Arbeitsgruppe „Einwilligungsbefugnis Minderjähriger in Bezug auf ärztliche Behandlungen“. Bericht der Arbeitsgruppe „Einwilligungsbefugnis Minderjähriger in Bezug auf ärztliche Behandlungen“ der Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister der Länder unter Mitwirkung der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen (Federführung), Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen. . 2022. URL: https://www.justiz.nrw.de/sites/default/files/imported/files/2022-11/2022-04-05-Bericht-der-Arbeitsgruppe-Einwilligung-Minderjaehriger.pdf.

76. Europäisches Parlament, Rat der Europäischen Union. Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) [online]. 2016 [Zugriff: 07.01.2026]. URL: http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj.

77. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Januar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 3) geändert worden ist [online]. 2026 [Zugriff: 21.01.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/StGB.pdf.

78. European Union Intellectual Property Office (EUIPO). The Boards of Appeal. Decision of the Second Board of Appeal of 20 July 2020, Case R 393/2019-2. 2020. URL: https://euipo.europa.eu/eSearchCLW/#basic/*///name/Emotional%20Freedom%20Techniques.

79. Emotional Freedom Technique International (EFTi). Webseite der EFTi [online]. 2026 [Zugriff: 16.04.2026]. URL: https://eftinternational.org/about-us/about-eft-international-efti/.

80. TrainerInnen-Netzwerk Klopfakupressur. 2026 [Zugriff: 15.04.2026]. URL: https://www.eft-berlin.de/trainerinnen-netzwerk-klopfakupressur/.

81. Wahlster P, Brereton L, Burns J et al. Guidance on the integrated assessment of complex health technologies – The INTEGRATE-HTA Model [online]. 2016 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: https://validatehta.eu/wp-content/uploads/2022/07/2.-Guidance-on-the-integrated-assessment-of-complex-health-technologies-the-INTEGRATE-HTA-model.pdf.

82. Choi SH, Sung SH, Lee G. Emotional Freedom Techniques for Anxiety Disorders: A Systematic Review. Healthcare (Basel) 2025; 13(17). https://doi.org/10.3390/healthcare13172180.

83. Chen WT, Chao TY, Huang WZ et al. Effectiveness of Emotional Freedom Techniques in Alleviating Symptoms Associated with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2025; 275(7): 2027-2037. https://doi.org/10.1007/s00406-025-02000-4.

84. Azzizadeh Forouzi M, Taebi M, Samarehfekri A et al. The effect of emotional freedom techniques on test anxiety in Iranian Paramedical students: a randomized controlled trial study. Annals of Medicine & Surgery 2024; 86(5): 2745–2751. https://doi.org/10.1097/ms9.0000000000002023.

85. Gaesser AH, Karan OC. A Randomized Controlled Comparison of Emotional Freedom Technique and Cognitive-Behavioral Therapy to Reduce Adolescent Anxiety: A Pilot Study. Journal of Alternative & Complementary Medicine 2017; 23(2): 102–108. https://doi.org/10.1089/acm.2015.0316.

86. Irmak Vural P, Aslan E. Emotional freedom techniques and breathing awareness to reduce childbirth fear: A randomized controlled study. Complement Ther Clin Pract 2019; 35: 224–231. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.02.011.

87. Jasubhai S, Mukundan CR. Cognitive Behavioural Therapy and Emotional Freedom Technique in Reducing Anxiety and Depression in Indian Adults. International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience 2018; 20(2): 1–9. https://doi.org/10.4172/1522-4821.1000403.

88. Sezgin N, Özcan B. The Effect of Progressive Muscular Relaxation and Emotional Freedom Techniques on Test Anxiety in High School Students: A Randomized Controlled Trial. Energy Psychology Journal 2009; 1(1): 23–29. https://doi.org/10.9769/epj.2009.1.1.ns.

89. Thomas RM, Cutinho SP, Aranha DMS. Emotional Freedom Techniques (EFT) Reduces Anxiety among Women Undergoing Surgery. Energy Psychology 2017; 9(1): 26–38. 26. https://doi.org/10.9769/epj.2017.9.1.rt.

90. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NICE guideline NG116 - Post-traumatic stress disorder [online]. 2018 [Zugriff: 05.06.2026]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861.

91. American Psychological Association. APA clinical practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults [online]. 2025 [Zugriff: 05.06.2026]. URL: https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf.

92. ICH Expert Working Group. ICH harmonised tripartite guideline; structure and content of clinical study reports; E3 [online]. 1995 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: https://database.ich.org/sites/default/files/E3_Guideline.pdf.

93. Moher D, Hopewell S, Schulz KF et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ 2010; 340: c869. https://doi.org/10.1136/bmj.c869.

94. Shea BJ, Reeves BC, Wells G et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ 2017; 358: j4008. https://doi.org/10.1136/bmj.j4008.

95. Waffenschmidt S, Navarro-Ruan T, Hobson N et al. Development and validation of study filters for identifying controlled non-randomized studies in PubMed and Ovid MEDLINE. Res Synth Methods 2020; 11(5): 617-626. https://doi.org/10.1002/jrsm.1425.

96. Sutton AJ, Abrams KR, Jones DR et al. Methods for Meta-Analysis in Medical Research. Chichester: Wiley; 2000.

97. Schulz A, Schürmann C, Skipka G et al. Performing Meta-analyses with Very Few Studies. In: Evangelou V, Veroniki AA (Ed). Meta-Research; Methods and Protocols. New York: Humana; 2022. S. 91-102.

98. Lilienthal J, Sturtz S, Schürmann C et al. Bayesian random-effects meta-analysis with empirical heterogeneity priors for application in health technology assessment with very few studies. Res Synth Methods 2024; 15(2): 275-287. https://doi.org/10.1002/jrsm.1685.

99. Veroniki AA, Jackson D, Bender R et al. Methods to calculate uncertainty in the estimated overall effect size from a random-effects meta-analysis. Res Synth Methods 2019; 10(1): 23-43. https://doi.org/10.1002/jrsm.1319.

100. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K et al. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford: Oxford University Press; 2015.

101. Husereau D, Drummond M, Augustovski F et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS 2022) Statement: Updated Reporting Guidance for Health Economic Evaluations. Value Health 2022; 25(1): 3-9. https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.11.1351.

102. Soul Medicine I. The Effect of EFT on Psychological States in a Veterans Population [online]. 2018. URL: https://clinicaltrials.gov/study/NCT00743041.

103. Soul Medicine I. Psychological Symptom Change in Veterans After Six Sessions of EFT (Emotional Freedom Techniques) [online]. 2018. URL: https://clinicaltrials.gov/study/NCT01117545.

104. Sorlandet Hospital HF. Can Thought Field Therapy (TFT) be Helpful for Patients With an Anxiety Disorder? [online]. 2011. URL: https://clinicaltrials.gov/study/NCT00202709.

105. Sorlandet Hospital HF. Thought Field Therapy and Cognitive Therapy for Agoraphobia [online]. 2014. URL: https://clinicaltrials.gov/study/NCT00932919.

106. Schoninger B. Efficacy of thought field therapy (TFT) as a treatment modality for persons with public speaking anxiety. Dissertation abstracts international 2005; 65(10-b): 5455.

107. Soul Medicine I. Effect of Emotional Freedom Technique and Diaphragmatic Breathing on Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) [online]. 2009. URL: https://clinicaltrials.gov/study/NCT00514956.

108. Sciences SUoM. The Effect of Emotional Freedom Technique (EFT) on Sleep Quality and Anxiety of Elderly [online]. URL: https://trialsearch.who.int/Trial2.aspx?TrialID=IRCT20180923041101N3.

109. Center KHUOM. Emotional Freedom Techniques vs Written Exposure Therapy vs Waiting List for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial [online]. URL: https://cris.nih.go.kr/cris/search/detailSearchEn.do?seq=21974.

110. Choi Y, Kim Y, Choi S et al. Emotional freedom technique versus written exposure therapy versus waiting list for post-traumatic stress disorder: protocol for a randomised clinical MRI study. BMJ Open 2023; 13(6): e070389. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070389.

111. Wolpe J. The practice of therapy, 2nd Ed. New York: Pergamon Press; 1973.

112. Clevenger T, Halvorson SK. Converting the PRCA-State Version 2 to the Speech Anxiety Scale. Tallahassee, FL: The Florida State University; 1992.

113. Maruish ME. Symptom Assessment–45 Questionnaire (SA-45). In: Maruish ME (Ed). The use of psychological testing, treatment planning and outcomes assessment (2nd Ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum; 1999. S. 43-78.

114. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67(6): 361-370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

115. DiNardo PA, Brow TA, Barlow DH. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Life Time Version: Client Interview Schedule. Oxford: Oxford University Press; 1994.

116. Chambless DL, Caputo GC, Bright P et al. Assessment of fear of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. J Consult Clin Psychol 1984; 52(6): 1090-1097. https://doi.org/10.1037//0022-006x.52.6.1090.

117. Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-571. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.

118. Weathers F, Litz B, Herman D et al. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. San Antonio, TX: 1993.

119. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC et al. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). Behav Res Ther 1996; 34(8): 669-673. https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00033-2.

120. Jaber SS. Developing a Self-Help Guide For Traumatised University Students In Iraq. Nottingham, UK: University of Nottingham; 2012.

121. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P et al. The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. J Nerv Ment Dis 1992; 180(2): 111-116.

122. Leon AC, Olfson M, Portera L et al. Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. Int J Psychiatry Med 1997; 27(2): 93-105. https://doi.org/10.2190/T8EM-C8YH-373N-1UWD.

123. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Bundesdatenschutzgesetz vom 30. Juni 2017 (BGBl. I S. 2097), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 6. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 149) geändert worden ist [online]. 2024 [Zugriff: 08.01.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_2018/BDSG.pdf.

124. Albers, Veit. Art. 9 DS-GVO. In: Brink S, Wolff HA, von Ungern-Sternberg A et al (Ed). BeckOK Datenschutzrecht. DS-GVO, DA, DGA, BDSG. Datenschutz und Datennutzung. Online-Kommentar. München: C.H. Beck; 2026.

125. Europäisches Parlament, Rat der Europäischen Union. Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates [online]. 2017 [Zugriff: 07.01.2026]. URL: http://data.europa.eu/eli/reg/2017/745/oj.

126. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 324) geändert worden ist [online]. 2024 [Zugriff: 07.01.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/AMG.pdf.

127. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist [online]. 2025 [Zugriff: 23.12.2025]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/SGB_5.pdf.

128. European Network for Health Technology Assessment. Joint Action 2, Work Package 8. HTA Core Model; version 3.0 [online]. 2016 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: https://www.eunethta.eu/wp-content/uploads/2018/03/HTACoreModel3.0-1.pdf.

129. Wong SS, Wilczynski NL, Haynes RB. Comparison of top-performing search strategies for detecting clinically sound treatment studies and systematic reviews in MEDLINE and EMBASE. J Med Libr Assoc 2006; 94(4): 451-455.

130. Lefebvre C, Glanville J, Briscoe S et al. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions; Version 6.5; Technical Supplement to Chapter 4: Searching for and selecting studies [online]. 2024 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: https://training.cochrane.org/chapter04-tech-supplonlinepdfv65270924.

131. Glanville J, Fleetwood K, Yellowlees A et al. Development and Testing of Search Filters to Identify Economic Evaluations in MEDLINE and EMBASE [online]. 2009 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: https://www.cadth.ca/media/pdf/H0490_Search_Filters_for_Economic_Evaluations_mg_e.pdf.

A7 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-Informationen zwischen den Mitgliedern und hat zu diesem Zweck das Core-Model [128] entwickelt. Auch das IQWiG ist Mitglied des Netzwerks.

Um den Lesern des vorliegenden ThemenCheck-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 Berichts sich entsprechende Informationen finden (Tabelle 43). Für die Darstellung der Topics werden die Originalbezeichnungen der Domänen des Core Models verwendet.

Tabelle 43: 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; Kapitel 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 6.2; Abschnitt A2.3; Abschnitt A5.1
Patients and Social aspects (SOC)	**Soziale Aspekte** Abschnitt 3.4; Abschnitt 6.3; Abschnitt A2.4; Abschnitt A5.2
Legal aspects (LEG)	**Rechtliche Aspekte** Abschnitt 3.4; Abschnitt 6.4; Abschnitt A2.4; Abschnitt A5.3
Organisational aspects (ORG)	**Organisatorische Aspekte** Abschnitt 3.4; Abschnitt 6.5; Abschnitt A2.4; Abschnitt A5.4

A8 Studienlisten

A8.1 Studienlisten Nutzenbewertung

A8.1.1 Liste der gesichteten systematischen Übersichten

1. Chen WT, Chao TY, Huang WZ, Hsu CW, Tseng PT, Tzeng NS et al. Effectiveness of Emotional Freedom Techniques in Alleviating Symptoms Associated with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience 2025.

2. Church D, Stapleton P, Vasudevan A, O'Keefe T. Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions: A systematic review. Front Psychol 2022; 13: 951451.

3. Clond M. Emotional Freedom Techniques for Anxiety: A Systematic Review With Meta-analysis. Journal of Nervous & Mental Disease 2016; 204(5): 388–395.

4. Gilomen SA, Lee CW. The efficacy of acupoint stimulation in the treatment of psychological distress: A meta-analysis. Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry 2015; 48: 140–148.

5. Kaur Khaira M, Raja Gopal RL, Mohamed Saini S, Md Isa Z. Interventional Strategies to Reduce Test Anxiety among Nursing Students: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource] 2023; 20(2).

6. Sebastian B, Nelms J. The Effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. Explore: The Journal of Science & Healing 2017; 13(1): 16–25.

7. Stapleton P, Kip K, Church D, Toussaint L, Footman J, Ballantyne P et al. Emotional freedom techniques for treating post traumatic stress disorder: an updated systematic review and meta-analysis. Front Psychol 2023; 14: 1195286.

8. Zhou J, Zhu Z, Li R, Guo X, Li D. Comparative efficacy of non-pharmacological interventions on fear of childbirth for pregnant women: a systematic review and network meta-analysis. Front Psychol 2025; 16: 1530311.

A8.1.2 Liste der ausgeschlossenen Publikationen aus der bibliografischen Recherche

Nicht EN1

1. Azzizadeh Forouzi M, Taebi M, Samarehfekri A, Rashidipour N. The effect of emotional freedom techniques on test anxiety in Iranian Paramedical students: a randomized controlled trial study. Annals of Medicine & Surgery 2024; 86(5): 2745–2751.

2. Church D, Piña O, Reategui C, Brooks AJ. Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT A Randomized Controlled Pilot Study. Traumatology 2012; 18(3): 73–79.

3. Church D, Sparks T, Clond M. EFT (Emotional Freedom Techniques) and Resiliency in Veterans at Risk for PTSD: A Randomized Controlled Trial. Explore: The Journal of Science & Healing 2016; 12(5): 355–365.

4. Church D, Yount G, Brooks AJ. The effect of emotional freedom techniques on stress biochemistry: a randomized controlled trial. Journal of Nervous & Mental Disease 2012; 200(10): 891–896.

5. Church DYG, Brooks A. The Effect of Emotional Freedom Technique (EFT) on Stress Biochemistry: A Randomized Controlled Trial [online]. In: EFT Research Database, 30.10.2025. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22986277.

6. Dincer B, Inangil D. The effect of Emotional Freedom Techniques on nurses' stress, anxiety, and burnout levels during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. Explore: The Journal of Science & Healing 2021; 17(2): 109–114.

7. Dincer B, Ozcelik SK, Ozer Z, Bahcecik N. Breathing therapy and emotional freedom techniques on public speaking anxiety in Turkish nursing students: A randomized controlled study. Explore: The Journal of Science & Healing 2022; 18(2): 226–233.

8. Emadi SF, Hekmat K, Abedi P, Maraghi E. Effect of emotional freedom technique on the fear of childbirth in Iranian primiparous women: a randomized controlled trial. Front Psychol 2024; 14: 1145229.

9. Gaesser AH. Interventions to Reduce Anxiety for Children and Adolescents [online]. In: EFT Research Database, 30.10.2025. URL: http://digitalcommons.uconn.edu/dissertations/377/.

10. Gaesser AH, Karan OC. A Randomized Controlled Comparison of Emotional Freedom Technique and Cognitive-Behavioral Therapy to Reduce Adolescent Anxiety: A Pilot Study. Journal of Alternative & Complementary Medicine 2017; 23(2): 102–108.

11. Guven Santur S, Ozsahin Z. The Effects of Emotional Freedom Techniques Implemented During Early Pregnancy on Nausea-Vomiting Severity and Anxiety: A Randomized Controlled Trial. Journal of Integrative and Complementary Medicine 2024; 30(9): 858–868. Epub Nct05337852.

12. Inangil D, Irmak Vural P, Dogan S, Korpe G. Effectiveness of Music Therapy and Emotional Freedom Technique on Test Anxiety in Turkish Nursing Students: A Randomised Controlled Trial. European Journal of Integrative Medicine 2020; 33(no pagination): 101041.

13. Irmak Vural P, Aslan E. Emotional freedom techniques and breathing awareness to reduce childbirth fear: A randomized controlled study. Complement Ther Clin Pract 2019; 35: 224–231.

14. Jain S, Rubino A. The Effectiveness of Emotional Freedom Techniques for Optimal Test Performance. Energy Psychology Journal 2012; 4(2).

15. Jain S, Rubino A. The Effectiveness of EFT for Optimal Test Performance [online]. In: EFT Research Database, 30.10.2025. URL: http://energypsychologyjournal.org/the-effectiveness-of-emotional-freedom-techniques-for-optimal-test-performance/.

16. Jasubhai S, Mukundan CR. Cognitive Behavioural Therapy and Emotional Freedom Technique in Reducing Anxiety and Depression in Indian Adults. International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience 2018; 20(2): 1–9.

17. Jones SJ, Thornton JA, Andrews HB. Efficacy of Emotional Freedom Techniques (EFT) in Reducing Public Speaking Anxiety: A Randomized Controlled Trial. Energy Psychology Journal 2011; 3(1): 19–32.

18. Kessler RA. The differential impact of thought field therapy as a treatment modality for male perpetrators of domestic violence diagnosed with posttraumatic stress disorder. Dissertation abstracts international 2003; 63(12-b): 6097.

19. Menevse S, Yayla A. Effect of Emotional Freedom Technique Applied to Patients Before Laparoscopic Cholecystectomy on Surgical Fear and Anxiety: A Randomized Controlled Trial. J Perianesth Nurs 2024; 39(1): 93–100.

20. Mohler ME. Utilization of Emotional Freedom Techniques (EFT) to reduce test anxiety in high stakes testing. Dissertation/ thesis 2013: 258 p.

21. Morikawa A, Fujimoto M, Kawagishi Y, Fukagawa T. Thought Field Therapy intervention to improve mental health during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. Explore: The Journal of Science & Healing 2025; 21(2): 103117.

22. Okut G. The Effects of the Emotional Freedom Technique on COVID-19 Fear and Anxiety Levels of Emergency Nurses: a Randomized Controlled Trial. J Psychiatr Nurs 2022.

23. Robson RH, Robson PM, Ludwig R, Mitabu C, Phillips C. Effectiveness of Thought Field Therapy Provided by Newly Instructed Community Workers to a Traumatized Population in Uganda: A Randomized Trial. Current Research in Psychology 2016; 7(1): 1–11.

24. Saadoon OH. Effect of Emotional Freedom Technique on Fear of Childbirth and Stress among Primiparous Women during the First Stage of Labor. Assiut Scientific Nursing Journal 2023; 0(0): 0–0.

25. Sezgin N, Özcan B. The Effect of Progressive Muscular Relaxation and Emotional Freedom Techniques on Test Anxiety in High School Students: A Randomized Controlled Trial. Energy Psychology Journal 2009; 1(1): 23–29.

26. Stapleton P, Crighton G, Sabot D, O'Neill HM. Reexamining the effect of emotional freedom techniques on stress biochemistry: A randomized controlled trial. Psychological Trauma:Theory, Pesearch, Practice and Policy 2020; 12(8): 869–877. Epub Actrn12618001272280.

27. Thomas RM, Cutinho SP, Aranha DMS. Emotional Freedom Techniques (EFT) Reduces Anxiety among Women Undergoing Surgery. Energy Psychology 2017; 9(1): 26–38.

Nicht EN3

1. Church D. Reductions in pain, depression, and anxiety symptoms after PTSD remediation in veterans. Explore: The Journal of Science & Healing 2014; 10(3): 162–169.

2. Church D, Yount G, Rachlin K, Fox L, Nelms J. Epigenetic Effects of PTSD Remediation in Veterans Using Clinical Emotional Freedom Techniques: A Randomized Controlled Pilot Study. Am J Health Promot 2018; 32(1): 112–122.

3. Stein P, Brooks AJ. Efficacy of EFT Provided by Coaches vs. Licensed Therapists in Veterans with PTSD [online]. In: EFT Research Database, 30.10.2025. URL: http://energypsychologyjournal.org/phyllis-k-stein-audrey-j-brooks/.

Nicht EN4

1. Choi Y, Kim Y, Choi S, Choi YE, Kwon O, Kwon DH et al. Emotional freedom technique versus written exposure therapy versus waiting list for post-traumatic stress disorder: protocol for a randomised clinical MRI study. BMJ Open 2023; 13(6): e070389. Epub Kct0007360.

2. Church D, Palmer-Hoffman J. TBI Symptoms Improve After PTSD Remediation With Emotional Freedom Techniques. Traumatology 2014; 20(3): 172–181.

Nicht EN5

1. Agustina F, Elly N, Dahrizal D, Asmawati A, Husni H, Yovalwan T et al. The Effect of Emotional Freedom Technique (Eft) Therapy on Anxiety Levels In Pre Mothers Sectio Caesarea At Bpm Bengkulu City. Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan 2024; 9(2).

2. Connolly S, Sakai C. Brief trauma intervention with Rwandan genocide-survivors using thought field therapy. Int J Emerg Ment Health 2011; 13(3): 161–172.

Nicht EN6

1. baghini aa, tehrani hm, behbodi m, kiamanesh a. Comparison of Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and Emotional Freedom Technique (EFT) on Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Razi Journal of Medical Sciences 2019; 26(10): 76–86.

Nicht EN7

1. Church D SPMPFDYCP-HJ. Re-examining the Effect of Emotional Freedom Techniques on Stress Biochemistry: A Randomized Controlled Trial [online]. In: EFT Research Database, 30.10.2025. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32162958.

2. Okut GAŞE, Dönmez E. The Effect of the Emotional Freedom Technique on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Fear and Anxiety Levels of Nurses Working in the Emergency Department: A Randomized Controlled Study [online]. In: EFT Research Database, 30.10.2025. URL: https://doi.org/10.7231/JON.2022.33.1.033.

3. Saleh B, Tiscione M, Freedom J. The Effect of Emotional Freedom Techniques on Patients with Dental Anxiety: A Pilot Study. Energy Psychology 2017; 9(1): 26–38.

4. Vural PI. The Comparison of Three Different Techniques on the Situational Anxiety and Vital Signs of Nursing Students Before the OSCE Exam: A Randomized Controlled Trial [online]. In: EFT Research Database, 30.10.2025. URL: https://clinical.nursingmeetings.com/abstract/2018/the-comparison-of-three-different-techniques-on-the-situational-anxiety-and-vital-signs-of-nursing-students-before-the-osce-exam-a-randomized-controlled-trial.

A8.2 Publikationslisten zu ethischen, sozialen, rechtlichen und organisatorischen Aspekten

A8.2.1 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu ethischen Aspekten

1. Mertz M. Complementary and alternative medicine: the challenges of ethical justification. A philosophical analysis and evaluation of ethical reasons for the offer, use and promotion of complementary and alternative medicine. Med Health Care Philos 2007; 10(3): 329-345. https://dx.doi.org/10.1007/s11019-007-9050-x.

2. Institute of Medicine (US) Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public. Complementary and Alternative Medicine in the United States. Washington (DC): National Academies Press (US); 2005.

3. Ernst E, Cohen MH, Stone J. Ethical problems arising in evidence based complementary and alternative medicine. J Med Ethics 2004; 30(2): 156-159. https://dx.doi.org/10.1136/jme.2003.007021.

4. Karatzias T, Power K, Brown K et al. A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: eye movement desensitization and reprocessing vs. emotional freedom techniques. J Nerv Ment Dis 2011; 199(6): 372-378. https://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821cd262.

5. Wells S, Polglase K, Andrews HB et al. Evaluation of a meridian-based intervention, Emotional Freedom Techniques (EFT), for reducing specific phobias of small animals. J Clin Psychol 2003; 59(9): 943-966. https://dx.doi.org/10.1002/jclp.10189.

6. Baker AH, Siegel MA. Emotional Freedom Techniques (EFT) reduces intense fears: A partial replication and extension of Wells et al. Energy Psychology: Theory, Research, & Treatment 2010; 2(2): 13-30.

7. Al-Hadethe A, Hunt N, Al-Qaysi G et al. Randomized controlled study comparing two psychological therapies for posttraumatic stress disorder (PTSD): Emotional Freedom Techniques (EFT) vs. Narrative Exposure Therapy (NET). Journal of Traumatic Stress Disorders and Treatment, 2015; 4 (4). https://dx.doi.org/10.4172/2324-8947.1000145.

8. Irgens AC, Hoffart A, Nysæter TE et al. Thought Field Therapy Compared to Cognitive Behavioral Therapy and Wait-List for Agoraphobia: A Randomized, Controlled Study with a 12-Month Follow-up. Front Psychol 2017; 8: 1027. https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01027.

9. Salas MM, Brooks AJ, Rowe JE. The immediate effect of a brief energy psychology intervention (Emotional Freedom Techniques) on specific phobias: a pilot study. Explore (NY) 2011; 7(3): 155-161. https://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2011.02.005.

10. Emadi SF, Hekmat K, Abedi P et al. Effect of emotional freedom technique on the fear of childbirth in Iranian primiparous women: a randomized controlled trial. Front Psychol 2024; 14: 1145229. https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1145229.

11. Geronilla L, Minewiser L, Mollon P et al. EFT (Emotional Freedom Techniques) Remediates PTSD and Psychological Symptoms in Veterans: A Randomized Controlled Replication Trial. Energy Psychology 2016; 8: 29-41. https://dx.doi.org/10.9769/EPJ.2016.8.2.LG.

12. Boness CL, Pfund R, Tolin DF. Acupressure in Psychotherapy as an Unsinkable Rubber Duck: A reply to. J Psychother Integr 2024; 34(2): 190-199. https://dx.doi.org/10.1037/int0000315.

13. Smith K, Ernst E, Colquhoun D et al. 'Complementary & Alternative Medicine' (CAM): Ethical And Policy Issues. Bioethics 2016; 30(2): 60-62. https://dx.doi.org/10.1111/bioe.12243.

14. Adel Mehraban MS, Mosallanejad A, Mohammadi M et al. Navigating ethical dilemmas in complementary and alternative medicine: a narrative review. J Med Ethics Hist Med 2024; 17: 3. https://dx.doi.org/10.18502/jmehm.v17i3.15391.

15. Schoninger B, Hartung J. Changes on Self-Report Measures of Public Speaking Anxiety Following Treatment with Thought Field Therapy (TFT). Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment 2010; 2 (1): 13-26. https://dx.doi.org/10.9769/EPJ.2010.2.1.BS.JH.

16. Stone F. Ethical issues in the use of complementary and alternative medicine (CAM) in mental health. European Psychiatry 2007; 22: S28.

A8.2.2 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu sozialen Aspekten

1. Robert Koch-Institut. Angstsymptome: Prävalenz (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [online]. 2024 [Zugriff: 12.02.2026]. URL: https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/Angststoerung/AngstsymptomePraevalenz/angstsymptomePraevalenz_node.html?utm_source=chatgpt.com&darstellung=1&kennzahl=1&zeit=2023&geschlecht=0&standardisierung=0.

2. Robert Koch-Institut. Angststörungen: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [online]. 2025 [Zugriff: 12.03.2026]. URL: https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/Angststoerung/AngststoerungenAdministrativePraevalenz/angststoerungenAdministrativePraevalenz_node.html?utm_source=chatgpt.com&darstellung=1&kennzahl=1&zeit=2024&geschlecht=0&standardisierung=0.

3. Jacobi F, Höfler M, Siegert J 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. https://dx.doi.org/10.1002/mpr.1439.

4. Fjær EL, Landet ER, McNamara CL et al. The use of complementary and alternative medicine (CAM) in Europe. BMC Complement Med Ther 2020; 20(1): 108. https://dx.doi.org/10.1186/s12906-020-02903-w.

5. Kristoffersen AE, Quandt SA, Stub T. Use of complementary and alternative medicine in Norway: a cross-sectional survey with a modified Norwegian version of the international questionnaire to measure use of complementary and alternative medicine (I-CAM-QN). BMC Complement Med Ther 2021; 21(1): 93. https://dx.doi.org/10.1186/s12906-021-03258-6.

6. Kemppainen LM, Kemppainen TT, Reippainen JA et al. Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. Scand J Public Health 2018; 46(4): 448-455. https://dx.doi.org/10.1177/1403494817733869.

7. Ortiz M, Wischnewsky M, Jeitler M et al. Health-Related quality of life and the impact of traditional, complementary and integrative Medicine - an Online - Representative Cross-Sectional survey in Germany. BMC Public Health 2025; 25(1): 2870. https://dx.doi.org/10.1186/s12889-025-23908-5.

8. Blume J. Drews M. Kalinowski I. IGeL-Markt in Deutschland Ergebnisse der Repräsentativbefragung gesetzlich Krankenversicherter [online]. 2024 [Zugriff: 22.06.2025]. URL: https://www.igel-monitor.de/fileadmin/Downloads/Presse/2024_12_03_PK_IGeL_Report_2024/IGeL-Bericht_2024_lang.pdf.

A8.2.3 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu rechtlichen Aspekten

1. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 364) geändert worden ist [online]. 2025 [Zugriff: 10.12.2025]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/BGB.pdf.

2. Wagner. § 630d. In: Säcker J, Rixecker R, Oetker H et al (Ed). Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch: BGB. München: C.H.Beck; 2023.

3. Wagner. § 630a BGB. In: Säcker J, Rixecker R, Oetker H et al (Ed). Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch: BGB. München: C.H. Beck; 2023.

4. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM). S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen [online]. 2021 [Zugriff: 21.01.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-028l_S3_Behandlung-von-Angststoerungen_2021-06.pdf.

5. Arbeitsgruppe „Einwilligungsbefugnis Minderjähriger in Bezug auf ärztliche Behandlungen“. Bericht der Arbeitsgruppe „Einwilligungsbefugnis Minderjähriger in Bezug auf ärztliche Behandlungen“ der Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister der Länder unter Mitwirkung der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen (Federführung), Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen. . 2022. URL: https://www.justiz.nrw.de/sites/default/files/imported/files/2022-11/2022-04-05-Bericht-der-Arbeitsgruppe-Einwilligung-Minderjaehriger.pdf.

6. Europäisches Parlament, Rat der Europäischen Union. Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) [online]. 2016 [Zugriff: 07.01.2026]. URL: http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj.

7. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Bundesdatenschutzgesetz vom 30. Juni 2017 (BGBl. I S. 2097), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 6. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 149) geändert worden ist [online]. 2024 [Zugriff: 08.01.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_2018/BDSG.pdf.

8. Albers, Veit. Art. 9 DS-GVO. In: Brink S, Wolff HA, von Ungern-Sternberg A et al (Ed). BeckOK Datenschutzrecht. DS-GVO, DA, DGA, BDSG. Datenschutz und Datennutzung. Online-Kommentar. München: C.H. Beck; 2026.

9. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Januar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 3) geändert worden ist [online]. 2026 [Zugriff: 21.01.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/StGB.pdf.

10. Europäisches Parlament, Rat der Europäischen Union. Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates [online]. 2017 [Zugriff: 07.01.2026]. URL: http://data.europa.eu/eli/reg/2017/745/oj.

11. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 324) geändert worden ist [online]. 2024 [Zugriff: 07.01.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/AMG.pdf.

12. Al-Hadethe A, Hunt N, Al-Qaysi G et al. Randomized controlled study comparing two psychological therapies for posttraumatic stress disorder (PTSD): Emotional Freedom Techniques (EFT) vs. Narrative Exposure Therapy (NET). Journal of Traumatic Stress Disorders and Treatment, 2015; 4 (4). https://dx.doi.org/10.4172/2324-8947.1000145.

13. Church D, Hawk C, Brooks AJ et al. Psychological trauma symptom improvement in veterans using emotional freedom techniques: a randomized controlled trial. J Nerv Ment Dis 2013; 201(2): 153-160. https://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827f6351.

14. Geronilla L, Minewiser L, Mollon P et al. EFT (Emotional Freedom Techniques) Remediates PTSD and Psychological Symptoms in Veterans: A Randomized Controlled Replication Trial. Energy Psychology 2016; 8: 29-41. https://dx.doi.org/10.9769/EPJ.2016.8.2.LG.

15. Irgens A, Dammen T, Nysæter TE et al. Thought Field Therapy (TFT) as a treatment for anxiety symptoms: a randomized controlled trial. Explore (NY) 2012; 8(6): 331-338. https://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2012.08.002.

16. Irgens AC, Hoffart A, Nysæter TE et al. Thought Field Therapy Compared to Cognitive Behavioral Therapy and Wait-List for Agoraphobia: A Randomized, Controlled Study with a 12-Month Follow-up. Front Psychol 2017; 8: 1027. https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01027.

17. Karatzias T, Power K, Brown K et al. A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: eye movement desensitization and reprocessing vs. emotional freedom techniques. J Nerv Ment Dis 2011; 199(6): 372-378. https://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821cd262.

18. Nemiro A, Papworth S. Efficacy of two evidence-based therapies, Emotional Freedom Techniques (EFT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for the treatment of gender violence in the Congo: A randomized controlled trial. Energy Psychology: Theory, Research, & Treatment 2015; 7(2): 13-25.

19. European Union Intellectual Property Office (EUIPO). The Boards of Appeal. Decision of the Second Board of Appeal of 20 July 2020, Case R 393/2019-2. 2020. URL: https://euipo.europa.eu/eSearchCLW/#basic/*///name/Emotional%20Freedom%20Techniques.

20. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist [online]. 2025 [Zugriff: 23.12.2025]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/SGB_5.pdf.

21. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Psychotherapie-Richtlinie 2024. 2024. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/20/.

22. Reichsregierung. Heilpraktikergesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 17e des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist (HeilprG) [online]. 2016 [Zugriff: 26.01.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/BJNR002510939.html.

23. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Psychotherapeutengesetz vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604), das durch Artikel 17 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist. Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychThG) [online]. 2020 [Zugriff: 26.01.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg_2020/PsychThG.pdf.

24. Stock C. Rechtsgutachten zum Heilpraktikerrecht. Bundesministerium für Gesundheit (BMG); 2021. URL: Reichsregierung. Heilpraktikergesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 17e des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist (HeilprG) [online]. 2016 [Zugriff: 26.01.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/BJNR002510939.html.https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Stock_Gutachten_Heilpraktikerrecht_bf.pdf.

A8.2.4 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu organisatorischen Aspekten

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Psychotherapie: Fragen und Antworten [online]. 2026 [Zugriff: 08.04.2026]. URL: https://www.kbv.de/praxis/patientenversorgung/psychotherapie/faq-psychotherapie?

2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Psychotherapie-Richtlinie 2024. 2024. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/20/.

3. Reichsregierung. Heilpraktikergesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 17e des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist (HeilprG) [online]. 2016 [Zugriff: 26.01.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/BJNR002510939.html.

4. Emotional Freedom Technique International (EFTi). Webseite der EFTi [online]. 2026 [Zugriff: 16.04.2026]. URL: https://eftinternational.org/about-us/about-eft-international-efti/.

5. TrainerInnen-Netzwerk Klopfakupressur. 2026 [Zugriff: 15.04.2026]. URL: https://www.eft-berlin.de/trainerinnen-netzwerk-klopfakupressur/.

6. Bandelow B. Lichte T. Rudolf S. Wiltink J. Beutel M. et al. S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen [online]. 2021 [Zugriff: 08.04.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-028l_S3_Behandlung-von-Angststoerungen_2021-06.pdf.

A9 Suchstrategien

A9.1 Suchstrategien zur Nutzenbewertung

A9.1.1 Bibliografische Datenbanken

Suche nach systematischen Übersichten

1. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to September 05, 2025

Es wurde folgender Filter übernommen:

Systematische Übersicht: Wong [129] – High specificity strategy (adaptiert)

#	Searches
1	((("emotional freedom" or "emotional release" or "meridian energy") adj1 technique*) or ((energy or meridian or acupoint or acupressure) adj1 tapping) or "thougt field therapy").ti,ab.
2	cochrane database of systematic reviews.jn.
3	(search or MEDLINE or systematic review).tw.
4	(meta analysis or network meta analysis or systematic review).pt.
5	or/2-4
6	5 not (exp animals/ not humans.sh.)
7	and/1,6
8	7 and (english or german or multilingual or undetermined).lg.

2. International HTA Database

Suchoberfläche: INAHTA

#	Searches
1	Mind-Body Therapies[mh]
2	((("emotional freedom" or "emotional release" or "meridian energy") and technique*) or ((energy or meridian or acupoint or acupressure) and tapping) or "thougt field therapy")
3	#1 or #2

Suche nach Primärstudien

1. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to October 29, 2025

Es wurde folgender Filter übernommen:

- RCT: Lefebvre [130]– Cochrane Highly Sensitive Search Strategy for identifying randomized trials in MEDLINE: sensitivity maximizing version (2023 revision)

#	Searches
1	(emotional adj1 freedom adj1 technique*).ti,ab.
2	(thought adj1 field adj1 therap*).ti,ab.
3	((acupoint* or acupressure or therapeutic) adj6 tapping).ti,ab.
4	or/1-3
5	exp randomized controlled trial/
6	controlled clinical trial.pt.
7	(randomized or placebo or randomly or trial or groups).ab.
8	drug therapy.fs.
9	or/5-8
10	9 not (exp animals/ not humans.sh.)
11	and/4,10
12	(animals/ not humans/) or comment/ or editorial/ or exp review/ or meta analysis/ or consensus/ or exp guideline/
13	hi.fs. or case report.mp.
14	or/12-13
15	11 not 14
16	15 and (english or german or multilingual or undetermined).lg.

2. Embase

Suchoberfläche: Ovid

Embase 1974 to 2025 October 28

Es wurde folgender Filter übernommen:

RCT: Wong [129] – Strategy minimizing difference between sensitivity and specificity

#	Searches
1	exp emotional freedom technique/
2	(emotional adj1 freedom adj1 technique*).ti,ab.
3	(thought adj1 field adj1 therap*).ti,ab.
4	((acupoint* or acupressure or therapeutic) adj6 tapping).ti,ab.
5	or/1-4
6	(random* or double-blind*).tw.
7	placebo*.mp.
8	or/6-7
9	and/5,8

#	Searches
10	9 not medline.cr.
11	10 not (exp animal/ not exp human/)
12	11 not ((Conference Abstract or Conference Review or Editorial).pt. or NCT*.ui.)
13	12 not ((afrikaans or albanian or arabic or armenian or azerbaijani or basque or belorussian or bosnian or bulgarian or catalan or chinese or croatian or czech or danish or dutch or english or esperanto or estonian or finnish or french or gallegan or georgian or german or greek or hebrew or hindi or hungarian or icelandic or indonesian or irish gaelic or italian or japanese or korean or latvian or lithuanian or macedonian or malay or norwegian or persian or polish or polyglot or portuguese or pushto or romanian or russian or scottish gaelic or serbian or slovak or slovene or spanish or swedish or thai or turkish or ukrainian or urdu or uzbek or vietnamese) not (english or german)).lg.

3. The Cochrane Library

Suchoberfläche: Wiley

Cochrane Central Register of Controlled Trials, Issue 9 of 12, September 2025

#	Searches
#1	(emotional near/1 freedom near/1 technique*):ti,ab
#2	(thought near/1 field near/1 therap*):ti,ab
#3	((acupoint* or acupressure or therapeutic) near/6 tapping):ti,ab
#4	#1 OR #2 OR #3
#5	#4 not (*clinicaltrial*gov* or *trialsearch*who* or *clinicaltrialsregister*eu* or *anzctr*org*au* or *trialregister*nl* or *irct*ir* or *isrctn* or *controlled*trials*com* or *drks*de*):so
#6	#5 not ((language next (afr or ara or aze or bos or bul or car or cat or chi or cze or dan or dut or es or est or fin or fre or gre or heb or hrv or hun or ice or ira or ita or jpn or ko or kor or lit or nor or peo or per or pol or por or pt or rom or rum or rus or slo or slv or spa or srp or swe or tha or tur or ukr or urd or uzb)) not (language near/2 (en or eng or english or ger or german or mul or unknown)))
#7	in Trials

4. EFT International

Suchoberfläche: EFT Research Database

URL: https://eftinternational.org/discover-eft-tapping/eft-science-research/

Stand: 30.10.2025

#	Searches
1	Research Type: Randomized Controlled Trials

5. Lens.org

Suchoberfläche: Scholarly Works

Stand: 30.10.2025

#	Searches
1	((title:(("Emotional Freedom Technique") OR ("Emotional Freedom Techniques") OR ("Thought Field Therapy") OR ("Thought Field Therapies")) OR abstract:(("Emotional Freedom Technique") OR ("Emotional Freedom Techniques") OR ("Thought Field Therapy") OR ("Thought Field Therapies"))) AND (title:(anxiety* OR phobia* OR fear* OR PTSD OR ("posttraumatic stress disorder*")) OR abstract:(anxiety* OR phobia* OR fear* OR PTSD OR ("posttraumatic stress disorder*")))) NOT (title:(Review OR Meta-analysis OR Network-Analysis) OR abstract:(review OR Meta-analysis OR Network-Analysis))
2	Filterfunktion nach Journal Article

A9.1.2 Studienregister

1. ClinicalTrials.gov

Anbieter: U.S. National Institutes of Health

URL: http://www.clinicaltrials.gov

Eingabeoberfläche: Expert Search

Suchstrategie
AREA[BasicSearch]("emotional freedom technique" OR "emotional freedom techniques" OR "thought field therapy" OR "thought field therapies")

2. International Clinical Trials Registry Platform Search Portal

Anbieter: World Health Organization

URL: https://trialsearch.who.int

Eingabeoberfläche: Basic Search

Suchstrategie
(("emotional freedom" OR "thought field" OR meridian-based) AND (technique* OR therap*))

A9.2 Suchstrategien zur gesundheitsökonomischen Bewertung

1. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to November 17, 2025

Es wurde folgender Filter übernommen:

Gesundheitsökonomische Studie: Glanville [131] – Emory University (Grady)

#	Searches
1	(emotional adj1 freedom adj1 technique*).ti,ab.
2	(thought adj1 field adj1 therap*).ti,ab.
3	((acupoint* or acupressure or therapeutic) adj6 tapping).ti,ab.
4	or/1-3
5	(economic$ or cost$).ti.
6	cost benefit analysis/
7	treatment outcome/ and ec.fs.
8	or/5-7
9	8 not ((animals/ not humans/) or letter.pt.)
10	and/4,9
11	10 not (comment or editorial).pt.
12	11 and (english or german or multilingual or undetermined).lg.
13	remove duplicates from 12

2. Embase

Suchoberfläche: Ovid

Embase 1974 to 2025 November 14

Es wurde folgender Filter übernommen:

Gesundheitsökonomische Studie: Glanville [131] – Glanville: Embase G

#	Searches
1	exp emotional freedom technique/
2	(emotional adj1 freedom adj1 technique*).ti,ab.
3	(thought adj1 field adj1 therap*).ti,ab.
4	((acupoint* or acupressure or therapeutic) adj6 tapping).ti,ab.
5	or/1-4
6	(Cost adj effectiveness).ab.
7	(Cost adj effectiveness).ti.
8	(Life adj years).ab.
9	(Life adj year).ab.
10	Qaly.ab.
11	(Cost or costs).ab. and Controlled Study/
12	(Cost and costs).ab.
13	or/6-12
14	and/5,13

#	Searches
15	14 not medline.cr.
16	15 not (exp animal/ not exp human/)
17	16 not ((Conference Abstract or Conference Review or Editorial).pt. or NCT*.ui.)
18	17 and (english or german).lg.

3. International HTA Database

Suchoberfläche: INAHTA

#	Searches
1	"emotional freedom technique" OR "emotional freedom techniques"
2	"thought field therapy" OR "thought field therapies"
3	((acupoint* or acupressure or therapeutic) AND tapping)
4	#3 OR #2 OR #1

A10 Zentrale Ergebnisse aus den Betroffeneninterviews

Die Betroffenengespräche fanden am 24.11.2025 jeweils in 2 Einzelgesprächen mit einer Frau (33 Jahre) und einem Mann (43 Jahre) anhand eines strukturierten Befragungsleitfadens statt. Die befragte Frau berichtet, dass sie die EFT lange Zeit (über 3-4 Jahre) in Anspruch genommen habe, um zu lernen, besser mit den eigenen Ängsten und Gefühlen umgehen zu können. Sie nehme alle 2-3 Wochen eine 60minütige EFT-Sitzung wahr; inzwischen führe sie die EFT regelmäßig einmal pro Woche ohne Unterstützung durch einen Coach eigenständig durch. Der befragte Mann wurde lange wegen einer mittelschweren Depression sowohl stationär als auch später ambulant behandelt und betrachtet die EFT für sich als eine Art Anschluss- oder Weiterbehandlung nach Abschluss der Psychotherapie. Er nimmt in der Regel alle 1-2 Wochen eine Therapiestunde bei einem Coach wahr, und das bereits seit etwa 7 Jahren, anfangs ohne, inzwischen immer häufiger mit EFT. Er berichtet zudem, dass er inzwischen auch selbständig zu Hause regelmäßig „alle Punkte der EFT durchklopfe und dies bestenfalls mit wertschätzenden Worten, wie im EFT-Coaching gelernt“ unterstreiche.

Die Ergebnisse der Befragung der 2 betroffenen Personen sind im Folgenden entlang der Themen des Befragungsleitfadens zusammengefasst.

Eigene Erfahrungen mit der EFT

Beide Personen berichten sehr positiv von der EFT und betonen, dass es mit der EFT möglich sei, tiefer liegende Gefühle, Gedanken und Ängste wahrzunehmen beziehungsweise zu erkennen und zu lernen, hiermit besser umzugehen. Insbesondere die Kombination der verbalen Konzentration auf ein Problem (emotionaler oder körperlicher Natur) und die gleichzeitige manuelle Stimulation von Akupunkturpunkten (über das Abklopfen der verschiedenen Punkte/Meridiane) wird als Besonderheit der EFT beschrieben und „gehe über eine reine Gesprächstherapie“ hinaus.

Zitate: „... Man klopft die Akupressurpunkte ab, um sozusagen das Unterbewusstsein mit einzubeziehen und das Ganze körperlich vollumfänglich anzugehen. Die Reihenfolge des Klopfens und Redens ist aus meiner Sicht wichtig.“; „Man kann da viel drüber reden, aber durch die Körperorientierung kommt man da ganz anders ran, was man rein kognitiv gar nicht schafft. Mir hat es wirklich dabei geholfen, Emotionen immer feiner zu spüren, aber dann auch loslassen zu können. Wie so Blockaden, die vorher da waren, emotional, und sich dadurch eben gelöst haben.“; „Die Klopfeinheiten sind in die Behandlungsgespräche eingewoben, wenn wir dann auf ein Thema kommen, wo die Therapeutin merkt, da passiert gerade was... Die Therapeutin spricht mir während der eigentlichen EFT-Einheiten vor, ich spreche es nach, und das, was dann während der EFT-Einheiten bei mir passiert, das besprechen wir dann nach.“; „Ich merke bei der EFT mit der Therapeutin auf jeden Fall was, dass da auch weitergehende Gedanken kommen, dass wir gerade durch das Klopfen immer wieder an Punkte kommen, die auch die Gesprächstherapie weiterbringen. Dass wir da auch an Konflikte

in mir selbst gekommen sind, die ich in der reinen Gesprächstherapie – da habe ich ja auch schon einiges an Erfahrung – so nicht mal bemerkt hätte."

Die beiden Personen betonen auch die Bedeutung des Coaches beziehungsweise der Therapeuten, die – besonders wenn man mit EFT anfängt – sehr wichtig sind. Der Therapeut sorgt dafür, dass die EFT in einer Art „geschütztem Raum" stattfinden kann.

Zitate: „Während Corona haben wir auch teilweise mit EFT-Video-Sitzungen gemacht, aber da waren wir auch etwas vorsichtiger, was wir ansprechen. Denn gerade, wenn es an tiefe Themen geht, die mich richtig beschäftigen, die mich richtig anpieksen, da brauch ich jemanden, der mir direkt gegenübersitzt. Das sollte also wirklich begleitet sein." „Zu Hause, wenn ich alleine EFT mache, fehlen mir manchmal die Worte, um das in so wirklich wertschätzende Worte zu fassen für mich, dann klopfe ich es so einfach durch."; „Mir hat es geholfen, wenn eine Emotion hochkommt, die vorher nicht da war, und die zu stark war, als dass ich sie hätte irgendwie alleine behandeln können, dass das in einer Art Rahmen, einem geschützten Raum passierte, um das dann erst mal zulassen zu können, und dann auch bearbeiten zu können. Vorher wird geschaut, um welche Emotionen geht es und wo im Körper nehme ich die wahr. …und dann spricht die Therapeutin die Worte und ich wiederhole und klopfe. Wenn ich die Emotionen spüre, dann kann das in bestimmten Körperteilen drin sitzen."

Weiterempfehlung der EFT

Beide Personen würden die EFT weiterempfehlen, auch hier wieder mit dem Hinweis, dass die Begleitung durch einen Coach / Therapeuten wichtig ist.

Zitate: „Ja, ich persönlich bin großer Fan und würde es jedem empfehlen, der sich auch mit seinen Gefühlen mal auseinandersetzen möchte"; „Auf jeden Fall, aber auf jeden Fall im Rahmen einer persönlichen Therapie…"; „Ich glaub einfach, ich würde jedem den Rat geben, sich für alles offen zu halten und offen zu sein für alles, was in der EFT dann da so passiert."; „Für mich war der persönliche Kontakt und die Unterstützung durch die Therapeutin sehr wichtig, auch um mich da so drauf einzulassen. Fand ich schon wichtig, um richtig zu verstehen, wie es funktioniert."

Vorteile der EFT

Die Betroffenen betonen, dass man über sich selbst und die eigenen Gefühle durch die Kombination von Reden (Gesprächskomponente) und Klopfen (körperliche Komponente) mehr lernt und an sich arbeitet als durch Gespräche oder Gesprächstherapie alleine.

Zitate: „Dass wir da auch wirklich an Konflikte in mir selbst gekommen sind, die ich in der reinen Gesprächstherapie – da habe ich ja auch schon einiges an Erfahrung – so nicht mal bemerkt hätte."; längerfristig: „Ich denke, dass ich vielleicht insgesamt etwas entspannter auf die Welt schaue, etwas positiver, dass ich auch vielleicht tatsächlich Themen in meinem Leben

überhaupt erst angehen konnte, die wir überhaupt erst über solche EFT-Sitzungen erkannt haben. Das sehe ich schon, dass da in meinem Leben einiges passiert ist dadurch.“;

„Anfangs hatte ich Zweifel, ob das so funktioniert als Technik, aber hab relativ schnell gemerkt, dass ich da sehr drauf angesprungen bin, dass da auch relativ viele Emotionen hochkamen. Meistens danach, es war doch irgendwie anstrengend. Das hab ich gemerkt, das hat schon Energie gekostet insgesamt. Meistens haben wir an einem Punkt aufgehört, dass es mir noch gut ging damit, so dass ich sagen konnte, das passt jetzt für mich. Aber ich hab danach dann auch schon gemerkt, dass das nachgewirkt hat“; längerfristig: „ich find schon, dass das hilft. Allein schon, weil man es anders wahrgenommen hat, weil ich angefangen hab, meine Emotionen besser überhaupt wahrzunehmen und besser einordnen konnte und damit so eine Methode an der Hand hatte, auch wenn ich das Gefühl habe mich überfordert was oder wird mir irgendwie zu viel, dass ich mich damit immer wieder so erden konnte.“

Nachteile der EFT

Obwohl die Behandlung als sehr hilfreich wahrgenommen wurde, wurde sie auch als anstrengend – körperlich und geistig – wahrgenommen. Darüberhinausgehende Nachteile wurden aber nicht genannt.

Zitate: „Währenddessen haben sich körperliche Symptome sogar eher schonmal verstärkt, es hat sich manchmal angefühlt wie so eine Art Trauma-Sog, also als ob man da wieder so reinfällt. Aber so danach war irgendwie immer mehr Entspannung da und es war auch für den Körper angenehmer. Weil sich auch da die Dinge so dann gelöst haben, wo vorher die Emotionen festgehalten haben.“; „Nein, wir sind in der Therapie auch durch EFT wirklich an härtere Punkte gekommen, die dann während der Therapie auch kurz belastend waren, aber das ist eben Therapie. Das spricht eher für diese Technik, weil man so eben auch tiefer an Themen rankommt“ (Patient nimmt keine andere Psychotherapie mehr in Anspruch).

EFT als Alternative / Ergänzung oder zur Vermeidung anderer Behandlungen

Eine Person sieht die EFT auf jeden Fall als Ergänzung zu einer Psychotherapie, beziehungsweise als Möglichkeit, innerhalb der Psychotherapie auch eine EFT anzuwenden. Die andere Person betont, dass sie EFT besonders medikamentösen Behandlungen vorziehen würde.

Zitate: „EFT ist auf jeden Fall eine sehr wirkungsvolle Ergänzung zu einer Psychotherapie. Was ich ja auch erlebt habe, dass es auch innerhalb einer Psychotherapie als Methode sehr gut wirkt. Und auch die Gesprächstherapie dann weiterbringt, weil eben Themen aufkommen, die in der reinen Gesprächstherapie gar nicht aufkommen oder einfach zu verschüttet oder auch mir selbst zu unbekannt sind. Dass das EFT diese Themen eben nach oben holt, trägt sehr zur Wirksamkeit bei. In den Therapiesitzungen selber spreche ich ja auch selber, d. h. auch wenn ich mich selber verurteile, kann ich mich mit Worten anheben…das ist schwer zu

beschreiben…bei mir war es eben wirklich so, dass wir dadurch so viel tiefer eintauchen konnten.“;

„Das ist jetzt eine sehr persönliche Meinung, aber bevor ich Medikamente nehmen würde, würde ich gerne alle möglichen anderen Optionen ausprobieren. Und wenn man dadurch Medikamente vermeiden kann, wäre das für mich total toll und würde ich dadurch als was Positives sehen. Und aus meiner Sicht wäre EFT auch dafür geeignet, zumindest dann zu gucken, ob sich dadurch was stabilisiert, auch ohne Medikamente. Es waren bei mir viele Angstgefühle da und mich denen erst mal zu nähern, das hat Zeit gekostet, bis ich da selber überhaupt auch irgendwie rankam. Das war anfangs, hat sich wie abgeschnitten angefühlt, als wären die Gefühle zu stark und dann sagt der Körper nee, die nehmen wir jetzt nicht wahr. Und das hat länger gebraucht, bis ich da ran kam, die überhaupt sozusagen wahrzunehmen. Und ich könnte mir vorstellen, dass das helfen kann. Ob jetzt zusätzlich zu Medikamenten oder stattdessen, ist jetzt schwierig zu sagen…“

Kosten der EFT

Die befragten Personen benennen Kosten zwischen 100 und 140 Euro pro EFT-Einheit (60 Minuten), die sie selbst getragen haben. Auch Fahrtkosten wurden genannt, die aber gerne in Kauf genommen werden.

Erlernen der EFT / EFT als Hilfe zur Selbsthilfe

Beide Personen betonen, dass man EFT immer zusammen mit einem Therapeuten in einer oder mehreren EFT-Sitzungen erlernen sollte. Eine Person betonte, dass die therapeutische Begleitung für sie sehr wichtig war.

Zitate: „Ich habe das von der Therapeutin gelernt (keine weitere Schulung oder so). Das mache ich dann heute so zwischendurch mal, gerne mache ich eine halbe Stunde Yoga dann und dann danach ca. 10 Minuten EFT, dann bin ich eh schon mit meinem Körper in verbunden …“

„Das, was ich jetzt selber mache, unterscheidet sich von dem, was ich in der Therapie gemacht habe. In der Therapie haben wir schon auch mit Gefühlen gearbeitet, wo ich merke, die haben mich jetzt alleine überfordert, wo ich diese Unterstützung auch gebraucht habe. Da hätte ich auch gar nicht selber dazu sprechen können. Weil ich so beschäftigt war mit Fühlen. Also, da war dieser Blick von außen gut, und eben auch jemand, die Therapeutin hat auch irgendwie diesen Raum gehalten, dann, dass ich auch das Gefühl hatte, ich bin nicht alleine, wenn dieses Gefühl extrem hoch kommt und ich mich damit überfordert fühle, sondern sozusagen sie ist da und durch das Klopfen beruhigt sich das dann auch wieder. …Man ist ja nie in dem Sinne fertig, ich könnte immer an Themen arbeiten. Auch im Rahmen der Therapie… im Moment bin ich aber an dem Punkt, ich bin ganz gut in dieser Selbstregulation, also ich kann meine Gefühle wahrnehmen, negative, positive… und das, was ich dann selber mache, hilft mir einfach einmal, um nachzuspüren, wo stehe ich gerade und welche Gefühle sind da, die ich vielleicht

im Alltag dann nicht so wahrnehme, das ist eher so ein Nachspüren, für mich selbst. Das mache ich so einmal die Woche. Ich glaube voll, dass mir das hilft, auch im Stress bei der Arbeit, z. B. vor so Management-Terminen, um mich auf solche Termine vorzubereiten, um dann nachher bei den Terminen auch so ganz bei mir sein zu können."

„Im Rahmen der Therapie lernt man das langsam und begleitet durch die Therapeutin. Dadurch dass man mit der EFT auch wirklich an tiefergehende Themen kommt, sollte das wirklich begleitet sein. Zu Hause ist das anders... ich würde das immer in erster Linie als therapeutisch begleitete Methode betrachten… Während Corona haben wir das auch online gemacht, das ging dann, weil wir es vorher ja schon oft genug in persönlichen Sitzungen gemacht haben. Das war dann so eine hybride Form, das ging wohl auch", „Zu Hause, wenn ich alleine EFT mache, fehlen mir manchmal die Worte, um das in so wirklich wertschätzende Worte zu fassen für mich, dann klopfe ich es so einfach durch… Dadurch, dass man mit der EFT auch wirklich an tiefergehende Themen kommt, sollte das wirklich begleitet sein. Zu Hause ist das anders... ich würde das immer in erster Linie als therapeutisch begleitete Methode betrachten."

A11 Offenlegung von Beziehungen der externen Sachverständigen und des Reviewers beziehungsweise der Reviewerin

Im Folgenden sind die Beziehungen der externen Sachverständigen und des Reviewers beziehungsweise der Reviewerin zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangaben der einzelnen Personen anhand des „Formblatts zur Offenlegung von Beziehungen“ mit Stand 02/2023. Das aktuelle Formblatt ist unter www.iqwig.de abrufbar. Die in diesem Formblatt verwendeten Fragen finden sich im Anschluss an diese Zusammenfassung.

Externe Sachverständige

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Semlitsch, Thomas	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Rummer, Anne	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Danner, Marion	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Krenn, Cornelia	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Wilfling, Denise	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Jeitler, Klaus	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Wagner-Skacel, Jolana	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Reviewer / Reviewerin

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Horvath, Karl	ja	nein	ja	ja	ja	nein	nein

Im „Formblatt zur Offenlegung von Beziehungen“ (Version 02/2023) wurden folgende 7 Fragen gestellt:

Frage 1: Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor bei einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinprodukthersteller oder einem industriellen Interessenverband angestellt oder für diese / dieses / diesen selbstständig oder ehrenamtlich tätig beziehungsweise sind oder waren Sie freiberuflich in eigener Praxis tätig?

Frage 2: Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor eine Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. eine Klinik, eine Einrichtung der Selbstverwaltung, eine Fachgesellschaft, ein Auftragsforschungsinstitut), ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Medizinprodukthersteller oder einen industriellen Interessenverband beraten (z. B. als Gutachter/-in, Sachverständige/r, in Zusammenhang mit klinischen Studien als Mitglied eines sogenannten Advisory Boards / 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 einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinprodukthersteller oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten (z. B. für Vorträge, Schulungstätigkeiten, Stellungnahmen oder Artikel)?

Frage 4: Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber beziehungsweise Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie ehrenamtlich tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinprodukthersteller oder einem industriellen Interessenverband sogenannte Drittmittel erhalten (d. h. finanzielle Unterstützung z. B. für Forschungsaktivitäten, die Durchführung klinischer Studien, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen)? Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

Frage 5: Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber beziehungsweise Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie ehrenamtlich tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen, z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren für Fortbildungen / Kongresse erhalten von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer

Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband? Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

Frage 6: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einem Auftragsforschungsinstitut), eines pharmazeutischen Unternehmens, eines Medizinprodukteherstellers oder eines industriellen Interessenverbands? Besitzen Sie Anteile eines sogenannten Branchenfonds, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Medizinproduktehersteller ausgerichtet ist? Besitzen Sie Patente für ein pharmazeutisches Erzeugnis, ein Medizinprodukt, eine medizinische Methode oder Gebrauchsmuster für ein pharmazeutisches Erzeugnis oder ein Medizinprodukt?

Frage 7: Sind oder waren Sie jemals an der Erstellung einer medizinischen Leitlinie oder klinischen Studie beteiligt, die eine mit diesem Projekt vergleichbare Thematik behandelt/e? Gibt es sonstige Umstände, die aus Sicht von unvoreingenommenen Betrachtenden als Interessenkonflikt bewertet werden können, z. B. Aktivitäten in gesundheitsbezogenen Interessengruppierungen beziehungsweise Selbsthilfegruppen, politische, akademische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen?