

# ThemenCheck Medizin



Dokumentation der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht

## Angststörungen

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

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

# Impressum

## **Herausgeber**

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

## **Thema**

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

## **HTA-Nummer**

HT17-05

## **Beginn der Bearbeitung**

14.03.2018

## **Anschrift des Herausgebers**

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen  
Im Mediapark 8  
50670 Köln  
Tel.: +49 221 35685-0  
Fax: +49 221 35685-1  
E-Mail: [themencheck@iqwig.de](mailto:themencheck@iqwig.de)  
Internet: [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)  
[www.themencheck-medicin.iqwig.de](http://www.themencheck-medicin.iqwig.de)

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>4</b>
<b>1 Dokumentation der Anhörung .....</b>	<b>5</b>
<b>Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen .....</b>	<b>6</b>

# Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
HTA	Health Technology Assessment (Gesundheitstechnologiebewertung)
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

## 1 Dokumentation der Anhörung

Am 08.10.2019 wurde der vorläufige HTA-Bericht in der Version 1.0 vom 23.09.2019 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 06.11.2019 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurde 1 Stellungnahme form- und fristgerecht abgegeben. Diese Stellungnahme ist im Anhang abgebildet.

Da sich aus den schriftlichen Stellungnahmen keine Unklarheiten ergaben, war die Durchführung einer wissenschaftlichen Erörterung der Stellungnahmen nicht erforderlich.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des vorläufigen HTA-Berichts überprüft. Eine Würdigung der in der Anhörung vorgebrachten wesentlichen Aspekte befindet sich im Kapitel „Würdigung der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht“ des HTA-Berichts. Im HTA-Bericht sind darüber hinaus Änderungen, die sich durch die Anhörung ergeben haben, zusammenfassend dargestellt. Der HTA-Bericht ist auf der Website des ThemenCheck Medizin unter [www.themencheck-medizin.iqwig.de](http://www.themencheck-medizin.iqwig.de) veröffentlicht.

## **Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen**

# Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen.....</b>	<b>A 2</b>
<b>A.1.1 – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik         und Nervenheilkunde (DGPPN).....</b>	<b>A 2</b>

## **A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen**

### **A.1.1 – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)**

#### **Autorinnen und Autoren**

- Bandelow, Borwin
- Domschke, Katharina



# Stellungnahme zum vorläufigen HTA-Bericht

Berichtnr: HT17-05

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

**Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht“ auf der Internetseite des ThemenCheck Medizin veröffentlicht.**

<b>Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden</b> <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Borwin Bandelow
Prof. Dr. Dr. med. Katharina Domschke, M.A. (USA)
<b>Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)</b>
<input type="checkbox"/> <b>als Privatperson(en)</b>

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

### Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

<p><b>Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum vorläufigen HTA-Bericht haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.</b></p>
<p>Hinsichtlich des Endergebnisses, der negativen Nutzenbewertung der EMDR, ist der Bericht aus der Sicht der DGPPN nicht zu beanstanden. Die Evidenzbewertung wurde sehr sorgfältig durchgeführt.</p>
<p>Im Folgenden werden Änderungsvorschläge zu einzelnen Aspekten des Berichts gemacht.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

### Stellungnahme zu spezifischen Aspekten (optional)

<b>Kapitel/ Abschnitt (Seite) im vorläufigen HTA-Bericht</b>	<b>Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung</b> <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
<p>S. 1 Titel</p>	<p><u>Anmerkung:</u> Der Titel des Berichts lautet: „Führt der ergänzende Einsatz der Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapie bei psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen zu besseren Ergebnissen?“ Dies erweckt den Eindruck, als ob alle aufgeführten Studien EMDR plus eine andere Psychotherapie untersuchten. Es gab aber nur 1 Studie, bei der der „ergänzende Einsatz“ zu einer Verhaltenstherapie stattfand (Ten Cate).</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Besser wäre der Titel: „Ist EMDR bei Angststörungen wirksam bzw. wirksamer als etablierte Methoden?“</p>
<p>S. 5</p>	<p><u>Anmerkung:</u> „(Angstbesetzte) Ereignisse sollen dabei herausgestellt werden und mit Hilfe der Aktivierung beider Gehirnhälften, zum Beispiel durch das Folgen eines Fingers mit den Augen, aufgearbeitet werden.“</p> <p>Es sieht so aus, als werde wird eine pseudowissenschaftliche Aussage der EMDR-Befürworter unverändert übernommen. Es soll mit dieser Aussage wohl suggeriert werden, dass immer nur eine</p>

<b>Kapitel/ Abschnitt (Seite) im vorläufigen HTA-Bericht</b>	<b>Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung</b> <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	<p>Gehirnhälfte aktiv ist und die andere erst durch Augenbewegungen oder Fingerschnipsen „angeknipst“ wird. Oder, dass Angst entsteht, weil „die beiden Gehirnhälften nicht zusammenarbeiten.“</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u>          „Nach Darstellung der Vertreter der EMDR sollen dabei (angstbesetzte) Ereignisse herausgestellt werden und mit Hilfe der Aktivierung beider Gehirnhälften, zum Beispiel durch das Folgen eines Fingers mit den Augen, aufgearbeitet werden.“          Auf S. 6 wird ja auch schon erwähnt, dass der Mechanismus umstritten ist, das sollte ausgeführt werden.</p>
S. 6	<p>Hier wird die Kontrollgruppe „Warteliste“ mit „Keine Behandlung“ gleichgesetzt. In der Studie (Doering et al 2013) wurde z. B. eine Warteliste als Kontrolle genommen. In einer Metaanalyse ergab sich, dass „Wartelisten“ sogar noch signifikant schlechtere Ergebnisse erbringen als „Keine Behandlung“ (Furukawa et al 2014). Daher sollte diese Bedingungen getrennt behandelt werden. Wartelisten-Kontrollbedingungen haben im Grunde keine Vorteile gegenüber unkontrollierten Studien, da sie</p> <p>(a) nicht verblindet sind und</p> <p>(b) in der Wartelistengruppe immer das gleiche Ergebnis haben, nämlich praktisch keine Vorher-Nachher-Veränderung (Cohens d = 0.2) (Bandelow et al 2015).</p> <p>Dies führt dazu, dass auch nur minimal wirksame Therapien es meist schaffen, diese Hürde zu nehmen.</p> <p>Zudem bedeutet eine Überlegenheit einer Psychotherapie gegenüber einer Warteliste nur, dass unspezifische Effekte gezeigt wurden, nicht aber spezifische Effekte (wie die Augenbewegungen). Dies kann nur durch einen Vergleich mit einem „psychologischen Placebo“ nachgewiesen werden. Darunter versteht man eine Kontrollbedingung, bei der in der Kontrollgruppe Gespräche von der gleichen Dauer wie in der aktiven Therapiegruppe geführt werden, nur, dass diese nicht von ausgebildeten Psychotherapeuten durchgeführt werden und dass keine spezifischen Techniken angewendet werden. Nur mit einer solchen Kontrollgruppe kann nachgewiesen werden, dass eine Psychotherapie besser wirkt als nur die reine Aufmerksamkeit, die man in einem Gespräch bekommt.</p>
S. 20	<p><u>Anmerkung:</u>          Dieser Satz muss geändert werden:          „Genutzt werden dabei vor allem trizyklische Antidepressiva, Monoaminoxidasehemmer, selektive Serotonin(-Noradrenalin)wiederaufnahme-Hemmer und Benzodiazepine.“</p>

<b>Kapitel/ Abschnitt (Seite) im vorläufigen HTA-Bericht</b>	<b>Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung</b> <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	<p>Die S3-Leitlinie (Bandelow et al 2014) empfiehlt in erster Linie selektive Serotonin- und Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer. In zweiter Linie können das trizyklische Antidepressivum Clomipramin und Pregabalin angeboten werden. Wenn Standardtherapien nicht wirksam sind, können den Patienten Opipramol, Buspiron und Moclobemid nach Expertenkonsens angeboten werden. Benzodiazepine sollten wegen der möglichen Suchtgefahr nur in Ausnahmefällen angewendet werden.</p>
S. 20	<p><u>Anmerkung:</u> Dieser Satz sollte weggelassen werden: „Jedoch ist es oftmals möglich auf eine medikamentöse Behandlung zu verzichten und ausschließlich psychotherapeutische Methoden einzusetzen (Bandelow et al 2014).“ Dies suggeriert, dass die S3-Leitlinie Angststörungen psychotherapeutischen Methoden den Vorrang gibt. In dieser Leitlinie wird jedoch nicht die Empfehlung gegeben, auf eine medikamentöse Behandlung zu verzichten und ausschließlich psychotherapeutische Methoden einzusetzen. Psychopharmakologische und psychotherapeutische Methoden werden in der S3-Leitlinie als gleichwertig angesehen. Auch die Kombination wird empfohlen. In einer später erschienenen Metaanalyse waren Medikamente im Übrigen sehr viel stärker wirksam als Psychotherapien (Bandelow et al 2015).</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Stattdessen könnte die Empfehlung lauten: „Nach der S3-Leitlinie werden psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlungen oder deren Kombination empfohlen.“</p>
S. 20	<p><u>Anmerkung:</u> „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ bezeichnet eine Therapiemethode, die bisher vor allem in der Traumatherapie erfolgreich eingesetzt wird [11].“ – Die Evidenz für EMDR bei PTBS ist zwar nicht Gegenstand des Berichts. Die Evidenz von EMDR bei PTBS basiert auf vier sehr kleinen Studien mit niedriger Qualität (Cusack et al 2016). Drei von diesen waren Vergleiche mit einer Warteliste; nur zwei der drei zeigten einen Unterschied. In der Meta-Analyse der drei Studien war EMDR dann wirksamer als Warteliste. In der vierten Studie, einem Vergleich zur „Behandlung wie üb ich“, zeigte sich kein Unterschied. Mit anderen Worten: Es ist nicht nachgewiesen, dass die EMDR-Technik (Augenbewegungen oder Fingerschnipsen) bei PTBS überhaupt eine Wirkung – verglichen mit einem einfachen</p>

<b>Kapitel/ Abschnitt (Seite) im vorläufigen HTA-Bericht</b>	<b>Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung</b> <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	<p>Gespräch – hat (siehe auch (Carrigan and Levis 1999)). Daher sollte nicht unkritisch die Behauptung übernommen werden, dass EMDR bei PTBS wirksam ist.</p> <p>Dass die EMDR bei PTBS durch die GKV erstattet wird, kann nicht als Nachweis der Wirksamkeit gelten, sondern zeigt lediglich, dass hier die Evidenzbewertung nicht mit der notwendigen wissenschaftlichen Stringenz durchgeführt wurde.</p>
S. 20	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Der Wirkmechanismus wurde offenbar von Vertretern der EMDR-Richtung unkritisch übernommen: „Neurobiologisch soll hierbei eine bilaterale Hemisphärenstimulation (eine wechselseitige Aktivierung der beiden Gehirnhälften um ein besseres Zusammenspiel zu ermöglichen) erzeugt werden.“ und „Diese ähnelt der Rapid Eye Movement (REM) Phase während des Schlafes.“</p> <p>Solche völlig aus der Luft gegriffenen, medizinisch sinnfreien Behauptungen sollen wohl den Eindruck erwecken, als würde jemals wissenschaftlich untersucht, was im Gehirn bei EMDR vorgeht (unter Verwendung von wohlklingenden, aber unsinnigen Fremdwörtern wie „Hemisphärenstimulation“).</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u></p> <p>Es sollte hier – zumal keine Belege in der im Bericht zitierten Literatur angeführt werden und richtigerweise auf S. 52 gesagt wird: „Es ist weiterhin nicht abschließend geklärt, wie genau EMDR wirkt. Die neuropsychologischen Grundlagen des Wirkmechanismus sind umstritten, sie sollen aber der REM-Phase im Schlaf gleichen. Welche Auswirkungen dies auf die Traumaverarbeitung hat, ist unklar.“ – eindeutig gekennzeichnet werden, dass dies eine Behauptung der EMDR-Befürworter ist.</p>
S. 20	<p>„Zur visuellen Stimulation:“</p> <p>Dies soll wohl heißen: „Zusätzlich zur visuellen Stimulation.“</p>
S. 21	<p>„Auch in der Therapie von Angststörungen wird zunehmend EMDR als Therapieverfahren angewendet [14].“</p> <p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Hier wird der Eindruck erweckt, als habe es eine Zunahme der EMDR-Behandlungen bei Angststörungen gegeben bzw. die EMDR sei als Therapieverfahren etabliert, und dies werde durch die Literaturstelle (Bandelow et al 2015) belegt. In diesem Artikel steht allerdings nicht, dass zunehmend EMDR angewendet wird, sondern lediglich, dass es Studien dazu gibt. Laut dieser Metaanalyse waren die prä-post-Effektstärken der EMDR in diesen Studien mit <math>d=1.03</math> sehr niedrig und unterschieden sich nicht von einem psychologischen Placebo (aktive Vergleichsgruppe) oder</p>

<b>Kapitel/ Abschnitt (Seite) im vorläufigen HTA-Bericht</b>	<b>Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung</b> <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	einem Pillenplacebo (d=1.29). Vielleicht sollte man das in dem Bericht noch erwähnen.
S. 29	<u>Anmerkung:</u> Die meisten Studien untersuchten Prüfungsangst bei Studenten. Wurden in allen diesen Studien ICD-10-Diagnosen angegeben? Es ist fraglich, ob die mit Studierenden mit Prüfungsangst oder Konzertpianisten mit Lampenfieber gewonnenen Ergebnisse auf alle erwachsenen klinischen Patienten mit einer sozialen Phobie generalisiert werden können. Da das Geschlechterverhältnis bei der sozialen Phobie ca. 50:50 ist (Bandelow and Schuller 2019), könnte sich ein zusätzlicher Bias dadurch ergeben, dass vor allem weibliche Studierende untersucht wurden.
S. 33	<u>Anmerkung:</u> Bei den Vergleichstherapien wird kein Unterschied gemacht, ob sie validiert sind oder nicht. Als etabliert (also durch randomisierte kontrollierte Studien abgesichert) kann nur eine Verhaltenstherapie gelten, nicht aber Biofeedback oder Hypnose, da diese Modalitäten nicht hinreichend in Hinblick auf ihre Wirksamkeit untersucht worden sind. Wenn die eine nicht etablierte Therapie (EMDR) mit einer anderen nicht etablierten Therapie gleichwirksam ist, kann das heißen, dass beide gleich gut oder aber gleich schlecht sind. Wenn EMDR mit einer Verhaltenstherapie verglichen wird und beide gleichwirksam erscheinen, kommt es darauf an, ob die Studie als Non-Inferiority-Trial ausgelegt ist, d. h., ob die Versuchspersonenzahl ausreichte, um die Nicht-Unterlegenheit der EMDR gegenüber der etablierten Verhaltenstherapie zu beweisen. Bei Vergleichen einer neuen mit einer bewährten Behandlung ohne Kontrollbedingung (Non-Inferiority Trial), besteht das Risiko, dass ein tatsächlich vorhandener Unterschied nicht aufgedeckt wird, wenn die Studie eine zu niedrige Teststärke hat – da für den Test auf Gleichwirksamkeit sehr große Stichproben erforderlich sind (bei Angststörungen ca. 200 Patienten pro Arm!). Dies erfüllen die aufgeführten Studien nicht. Daher kann auch nicht behauptet werden, dass EMDR ebenso gut wirkt wie eine Verhaltenstherapie. Zwar scheint es in dem Bericht darum zu gehen, ob EMDR besser wirkt als etablierte Therapien, gleichwohl sollte man darauf hinweisen, dass noch nicht einmal bewiesen ist, dass EMDR ebenso gut wirkt wie Verhaltenstherapie (die einzige derzeit ausreichend RCT-gestützte Psychotherapieform bei Angststörungen).
S. 52	„EMDR wird im Zuge einer Behandlung einer Angststörung eingesetzt. Da diese Intervention nicht als primäre Behandlungsstrategie laut S3-Leitlinie Behandlung von

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im vorläufigen HTA-Bericht	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	<p>Angststörung angesehen wird, geschieht dies gegenwärtig möglicherweise nach erfolgloser Verhaltenstherapie oder medikamentöser Therapie oder ergänzend zu einer der beiden Therapieformen [52] (Befragung einer Betroffenen).“</p> <p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Hier wird die S3-Leitlinie [52] zitiert. In dieser Leitlinie steht nicht, dass EMDR im Zuge einer Behandlung eine Angststörung eingesetzt wird. Sicherlich gibt es vereinzelte Behandler, die EMDR bei Angststörungen einsetzen, was aber nicht für die Wirksamkeit spricht. Es ist unklar, wie die Anmerkung in Klammern „Befragung einer Betroffenen“ gemeint ist.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u></p> <p>Es wird empfohlen, den Absatz zu streichen.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

## Literaturverzeichnis

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.*

- Bandelow B, Reitt M, Rover C, Michaelis S, Gorlich Y, Wedekind D (2015): Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol* 30:183-92.
- Bandelow B, Schuller K (2019): Mean age and gender distribution of patients with major mental disorders participating in clinical trials. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.
- Bandelow B, Wiltink J, Alpers GW, et al (2014): S3-Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen.
- Carrigan MH, Levis DJ (1999): The contributions of eye movements to the efficacy of brief exposure treatment for reducing fear of public speaking. *J Anxiety Disord* 13:101-18.
- Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, Feltner C, Brownley KA, Olmsted KR, Greenblatt A, Weil A, Gaynes BN (2016): Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 43:128-41.
- Doering S, Ohlmeier MC, de Jongh A, Hofmann A, Bisping V (2013): Efficacy of a trauma-focused treatment approach for dental phobia: a randomized clinical trial. *Eur J Oral Sci* 121:584-93.
- Furukawa TA, Noma H, Caldwell DM, Honyashiki M, Shinohara K, Imai H, Chen P, Hunot V, Churchill R (2014): Waiting list may be a placebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 130:181-92.