



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Wirksamkeit und Kosten-Nutzen- Verhältnis von Psychotherapien

Übersicht über die aktuelle empirische Literatur

Forschungsprotokoll 4

Natasa Milenkovic
Simone Schelling
Jürgen Margraf

März 2008

Neuchâtel
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Publikation auf www.obsan.ch



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch und auf www.nationalegesundheits.ch.

Natasa Milenkovic, Simone Schelling, Jürgen Margraf

Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Verhältnis von Psychotherapien
Übersicht über die aktuelle empirische Literatur

Forschungsprotokoll des Obsan
März 2008

Projektleitung Obsan:
Daniela Schuler, lic.phil.

© Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Anschrift der Erstautorin:

Natasa Milenkovic, M.Sc.
Institut für Psychologie
Universität Basel
Missionsstrasse 60/62
4055 Basel

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitende Bemerkungen.....	4
1.1	Literatursuche und -ergebnis.....	4
1.2	Leseanweisung für die Tabellen.....	5
2	Langzeiteffektivität von Psychotherapien	7
2.1	Originalarbeiten.....	7
2.2	Reviews	58
3	Kosten-Nutzen und Kosteneffektivität	88
3.1	Originalarbeiten.....	88
3.2	Reviews	172
4	Literaturverzeichnis.....	205

1 Einleitende Bemerkungen

Das vorliegende Forschungsprotokoll wurde im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) erstellt, welches den Auftrag hat, politikbezogene Analysen im Bereich des Gesundheitswesens durchzuführen. Die Ausgangslage des Forschungsprotokolls bildeten die Gesetzgebungsarbeiten des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zum Psychologieberufegesetz (PsyG). In diesem Rahmen sollte im Auftrag des BAG eine Kostenfolgeabschätzung vorgenommen werden, für den Fall, dass die im Vorentwurf PsyG definierten Psychologieberufe als selbstständige Leistungserbringer in das Krankenversicherungsgesetz (KVG) aufgenommen würden.¹ Darüber hinaus sollte eine aktuelle Literaturübersicht zu Kosten und Nutzen der Psychotherapie erstellt werden, deren Auswertung eine wesentliche Voraussetzung für die Kostenfolgeabschätzung ist.

Das Forschungsprotokoll beinhaltet eine Übersicht der aktuellen empirischen Literatur zur Wirksamkeit und dem Kosten-Nutzen-Verhältnis von Psychotherapien in Tabellenform. Es ist als Ergänzung zum Buch „Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine aktuelle Literaturübersicht“ (Margraf, in press) zu betrachten, welches eine aktuelle Literaturlauswertung zu Kosten und Nutzen der psychologischen Psychotherapie vor dem Hintergrund methodischer und epidemiologischer Überlegungen vornimmt.

1.1 Literatursuche und -ergebnis

Für die Erarbeitung der hier vorliegenden Tabellen wurde eine Literatursuche zu Studien über die Langzeiteffektivität sowie zu den Kosten und Nutzen von Psychotherapien durchgeführt. Es wurde versucht, alle publizierten Originalarbeiten und Reviews der vergangenen 10 Jahre (Januar 1995- Januar 2005) in englischer, deutscher und französischer Sprache zu erfassen. Die Suche erfolgte in elektronischen Datenbanken zur medizinischen und psychologischen Forschung (PubMed, Psynindex und PsycINFO), mittels Expertenbefragungen sowie manueller Durchsicht von Monografien und Handbüchern zur Psychotherapieforschung.

Im Bereich der Studien zur Langzeiteffektivität von Psychotherapie wurden 48 Originalstudien und 29 Reviews berücksichtigt. Für den Bereich der Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivitäts-Studien wurden 54 Originalstudien und 18 Reviews in das Forschungsprotokoll eingeschlossen. Die Studien decken die wichtigsten Indikationsfelder für Psychotherapie ab und wurden zwecks besserer Analysierbarkeit zu den folgenden Bereichen zusammengefasst: Abhängigkeits- und Essstörungen; Angst- und affektive Störungen; Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten; Somatoforme, Psychosomatische Störungen und gemischte Gruppen; Psychodynamische Therapien.

¹ Vgl. dazu: Spycher, Margraf & Meyer (2005)

Basis für diese Einteilung bildeten pragmatische Überlegungen:

- *Ess- und Abhängigkeitsstörungen* wurden in den letzten Jahren in zunehmendem Masse in Therapiestudien untersucht und es wird eine beiden Störungsbildern zugrunde liegende Ätiologie der Störung der Impulskontrolle diskutiert.
- *Angst- und affektive Störungen* sind zwei weit verbreite Störungsbilder, die oft gemeinsam auftreten. Therapiestudien sind für diesen Bereich am besten vertreten.
- *Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten* sind vergleichsweise seltene, im klinischen Alltag jedoch bedeutsame Störungsbilder und bisher ist eine eher geringe Anzahl an Therapiestudien vorhanden.
- *Somatoforme, Psychosomatische Störungen und gemischte Gruppen* sind für die Primärversorgung besonders wichtig und Therapiestudien rar.
- *Psychodynamischen Therapien*: Psychodynamische Therapieforschung hat sich im Vergleich zur Kognitiven Verhaltenstherapie deutlich weniger an spezifischen Störungsbildern ausgerichtet, so dass eine klare Zuordnung auf vordefinierte Störungsgebiete nicht möglich ist und eine adäquate Schlussfolgerung respektive Interpretation erschwert würde. Zudem soll durch diesen separaten Bereich hervorgehoben werden, dass Kosten-Nutzen-Studien bei psychodynamischen Therapien trotz bisheriger Unterrepräsentation in der Forschung durchgeführt wurden.

1.2 Leseanweisung für die Tabellen

Das Forschungsprotokoll gliedert sich in zwei Themenbereiche: 1) Langzeiteffektivität von Psychotherapien und 2) Kosten-Nutzen- und Kosten-Effektivitäts-Studien von Psychotherapien. Beide Themenbereiche bestehen aus je zwei Tabellensätzen, wobei im einen Originalstudien, im anderen Reviews aufgeführt sind. In der ersten Spalte der Tabellen findet sich jeweils der Störungsbereich. Die Studien innerhalb der einzelnen Bereiche sind nach alphabetischer Reihenfolge geordnet.

Langzeiteffektivität von Psychotherapien (Originalstudien), vgl. Kapitel 2.1:

Die zweite Spalte beinhaltet die Referenzangaben der identifizierten Studie d.h. Autoren, Titel, Publikationsort und Publikationsjahr. Die dritte Spalte führt die in der Studie untersuchten Therapieformen auf, die vierte Spalte beschreibt die Methode (Stichprobengröße, Design und Messzeitpunkte). In der fünften Spalte sind die verwendeten Messinstrumente aufgeführt, in der sechsten die Ergebnisse und in der siebten die Kritik/Einschränkungen.

Langzeiteffektivität von Psychotherapien (Reviews), vgl. Kapitel 2.2:

Die zweite Spalte beinhaltet die Referenzangaben der identifizierten Studie d.h. Autoren, Titel, Publikationsort und Publikationsjahr. Die dritte Spalte führt die in der Studie untersuchten Therapieformen auf, die vierte Spalte die Ergebnisse. In der fünften Spalte sind die Kritik/Einschränkungen aufgeführt und in der sechsten die Methode der Literatursuche.

Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien (Originalstudien), vgl. Kapitel 3.1:

Die zweite Spalte beinhaltet die Referenzangaben der identifizierten Studie d.h. Autoren, Titel, Publikationsort und Publikationsjahr. Die dritte Spalte führt die in der Studie untersuchten Therapieformen auf, die vierte Spalte beschreibt die Methode (Stichprobengröße, Design und Messzeitpunkte). In der fünften Spalte sind die verwendeten Messinstrumente getrennt nach Selbstbeurteilungs-, Fremdbeurteilungsinstrumenten und ökonomischen Massen aufgeführt. Der sechsten Spalte ist der berichtete Therapieerfolg zu entnehmen, in der siebten Spalte werden Kosten und Nutzen bzw. Effektivität der Therapieformen dargestellt und in der achten Spalte das Kosten-Nutzen bzw. Kosten-Effektivitäts-Verhältnis. Kritik und Einschränkungen werden in der neunten Spalte diskutiert.

Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien (Reviews), vgl. Kapitel 3.2:

Die zweite Spalte beinhaltet die Referenzangaben der identifizierten Studie d.h. Autoren, Titel, Publikationsort und Publikationsjahr. In der dritten Spalte wird die von den Autoren verwendete Methode der Literatursuche dargestellt, in der vierten Spalte im Review abgehandelte Störungen und Therapieformen. In der fünften Spalte wird der Therapieerfolg dargestellt und in der sechsten Spalte die Kosten und Nutzen bzw. Effektivität der untersuchten Therapieformen. In der siebten Spalte liegt der Fokus wiederum auf der Kosteneffektivität und in der achten Spalte wird ein Fazit gezogen bzw. Einschränkungen diskutiert.

2 Langzeiteffektivität von Psychotherapien

2.1 Originalarbeiten

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Alterman, A.I., Gariti, P., & Mulvaney, F. (2001). Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. <i>Psychology of Addictive Behaviors</i> , 15(3), 261-264.	<p>Effektivität & Kosten von 3 Intensitätsniveaus einer medizinisch-verhaltenstherapeutischen Behandlung in Verbindung mit einer Nikotinersatz-Therapie (NET)</p> <p>3 Gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niedrige Intensität (n = 80): 8-wöchige NET & 1 Beratungssitzung & Psychoedukationssitzung à 15-20 Minuten bei einer Krankenschwester • Moderate Intensität (n = 80): 8-wöchige NET & 4 Beratungssitzungen & Psychoedukationssitzungen à 15-20 Minuten bei einer Krankenschwester • Hohe Intensität (n = 80): 8-wöchige NET, 4 Beratungs- & Psychoedukationssitzungen à 15-20 Minuten bei einer Krankenschwester & 12 Wochen einer individuellen kognitiven Verhaltenstherapie à 45-50 Minuten 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 240 (49% Frauen, 51% Männer), in Analyse einbezogenes N = 202 • Alter: 21-65 J. • Diagnose: Nikotinabhängigkeit (DSM-IV) & mindestens ein erfolgloser Abstinenzversuch • Land: Vereinigte Staaten <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Nicht-kontrolliert • Prospektive & post-hoc Analysen • Completer-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor der Studie • Während der Studie in den Wochen 1, 3 & 6 • Follow-up in den Wochen 9, 26 & 52 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziodemographische Daten & Anamnese zum Rauchen • Zeitliche Rückverfolgung der Anzahl täglich konsumierter Zigaretten • Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ, Schweregrad der Nikotinabhängigkeit) • Biochemische Erhebungen: • Ausgeatmete Kohlenmonoxid-Konzentration • Kofinanalyse der Urinproben <p>Ökonomisches Mass:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kosten 	<p>Abstinenzraten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biochemisch abgesicherte Abstinenzraten zu den Messzeitpunkten 9, 26 & 52 Wochen nach der Behandlung am höchsten für die Gruppe mit hoher Intensität (45%, 37% & 35%), gefolgt von der Gruppe mit niedriger Intensität (35%, 30% & 27%) & der Gruppe mit moderater Intensität (27%, 12% & 12%) • Gruppenunterschiede bezüglich der Abstinenzraten in den Wochen 26 & 52 statistisch signifikant <p>Behandlungskosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niedrige Intensität: \$308 • Moderate Intensität: \$338 • Hohe Intensität: \$582 	<ul style="list-style-type: none"> • Post-hoc Analysen der Behandlungszufriedenheit & der unangenehmen Nebeneffekte erklären die schwachen Ergebnisse der Gruppe mit moderater Intensitätsbehandlung • Keine Kontrollgruppe ohne Intervention

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Carroll, K.M., Nich, C., Ball, S.A., McCance, E., Frankforter, T.L., & Rounsaville, B.J. (2000). One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol users: Sustained effects of treatment. <i>Addiction</i> , 95(5), 1335-1349.	5 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) & Alkoholentwöhnungsmittel (Disulfiram) (n = 26) •Twelve-Step Facilitation (TSF) & Disulfiram (n = 25) •Klinisches Management (KM) & Disulfiram (n = 27) •KVT ohne Disulfiram (n = 19) •TSF ohne Disulfiram (n = 25) <ul style="list-style-type: none"> •Behandlungsdauer: 12 Wochen 	Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> •Ursprüngliches N = 122 (30% Frauen, 70% Männer), N mit mindestens einem Follow-up-Termin = 96 •Durchschnittliches Alter: 31 J. •Diagnose: Gegenwärtige Kokainabhängigkeit und Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch (DSM-III-R) •Land: Vereinigte Staaten <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektiv •Blindstudie •1-jähriges naturalistisches Follow-up •Intent-to-treat-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Vor der Studie •Follow-up nach 1, 3, 6 & 12 Monaten 	Selbstbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> •Prozentanteil der Tage mit Kokain- & Alkoholkonsum während des Follow-ups <p>Tagebuch:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Substance Abuse Calendar •Klinisches Interview: <ul style="list-style-type: none"> •Addiction Severity Index (ASI) •Biologische Messungen: <ul style="list-style-type: none"> •Urinproben •Atemanalysen 	<p>Konsumhäufigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Signifikante Reduktion in der Häufigkeit des Kokainkonsums nach der Therapie mit anhaltender Reduktion des Kokainkonsums im Laufe des Follow-ups •Keine signifikante Reduktion des Alkoholkonsums nach Beendigung der Therapie •Aufrechterhaltung der Haupteffekte des Disulfirams auf den Kokain- & Alkoholkonsum über das 12-monatige Follow-up hinweg im Vergleich zu keiner Medikation (gegen Ende des Follow-ups jedoch nachlassender Effekt) <p>Abstinenz & Outcomes:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Signifikant bessere Outcomes während des Follow-ups durch Einleiten einer Abstinenz innerhalb einer Behandlung, selbst wenn nur für kurze Zeitspannen (1 oder 3 Wochen) <p>Effektivität während aktiver Behandlungsphase:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Während der Behandlungsphase signifikant bessere Effektivität bei KVT & TSF als bei der Psychotherapie-Kontrollbedingung (KM) •Während des Follow-ups knapp unsignifikanter Unterschied: p=0.06 	<ul style="list-style-type: none"> •Kleine Stichprobengröße (Drop-outs zum Follow-up) •Naturalistisches Follow-up (keine Kontrolle über zusätzliche Behandlungen) •Exploratorische Analysen (Primäre Hypothese betrifft Kurzzeiteffektivität)

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Devlin, M.J., Goldfein, J.A., & Carino, J.S., & Wolk, S.L. (2000). Open treatment of overweight binge eaters with phentermine & fluoxetine as an adjunct to cognitive-behavioral therapy. <i>International Journal of Eating Disorders</i> , 28, 325-332.	1 Gruppe: <ul style="list-style-type: none"> • Kombination von Antidepressiva (Phentermin und Fluoxetin) und einer individuellen kognitiven Verhaltenstherapie (KVT): 20 wöchentliche Sitzungen à 45 Minuten; zusätzlich monatliche Sitzungen bis zu 3 Jahren (während der Nachbehandlungsphase) 	Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> • In Analyse einbezogenes N = 16 Frauen, Completers N = 14 • Durchschnittliches Alter: 37.5±9.10 J. • Einschlusskriterium: 87.5% der Kriterien für Binge Eating Disorder (BED) für mindestens 6 Monate erfüllt (DSM-IV); auch komorbide Störungen: Major Depression früher/gegenwärtig & Substanzmissbrauch • Land: Vereinigte Staaten <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht-randomisiert • Nicht-kontrolliert • Prospektiv • Offene klinische Studie • Einzeltherapie • Intent-to-treat-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor/Nach der Behandlung • Alle 6 Monate während der Nachbehandlungsphase 	Selbstbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> • Binge Eating Scale (BES) • Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) • Beck Depressionsinventar (BDI) • Symptom Checklist-90 (SCL-90) 	Vergleich vor/nach der Therapie: <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Reduktion bezüglich der Häufigkeit der Essanfälle, des Gewichtsverlusts & psychologischen Distresses am Ende der aktiven Behandlungsphase • Langfristige klinische Nützlichkeit der Medikation als Ergänzung zu einer KVT jedoch fragwürdig: <ul style="list-style-type: none"> - Innerhalb eines Jahres erneute Zunahme eines grossen Teils des verlorenen Gewichts • Zum 18-monatigen Follow-up weitere Reduktion der Essanfälle bei denjenigen Patienten, welche die Nachbehandlung fortführten 	<ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Gewichtszunahme, insbesondere nach Einstellung der Medikation • Keine Vergleichsgruppe • Keine Generalisierung möglich: <ul style="list-style-type: none"> - Relativ kleine Stichprobe - Nur Frauen • Unklar, auf welche Komponente beobachtbare Daten zurückzuführen sind und keine klare Trennung der Effekte (Medikamente, KVT, Kombination derselben) • Effekte der Medikamenteneinnahme können sich über die Zeit hinweg verändern • Nebenwirkungen (Kombination Phentermin & Fluoxetin): Angst & Insomnie

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., & Báez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: Long-term outcomes. <i>Behavior Therapy</i> , 31, 351-364.	Zwei-Phasen-Behandlung 1 Gruppe: Phase 1 (alle Patienten) (n = 69): • Stimuluskontrolle & Exposition mit Reaktionsverhinderung • Nach der Behandlung randomisierte Zuordnung der abstinenten Patienten zu 3 Gruppen Phase 2 (randomisierte Zuordnung): • Individuelle Rückfallprävention (n = 23) • Rückfallprävention in Gruppen (n = 23) • Kontrollgruppe ohne Behandlung (KG) (n = 21) • Einschlusskriterium für Phase 2 (Rückfallprävention): Abstinenz nach der Therapie (Phase 1)	Stichprobe: • Ursprüngliches N = 69 (13% Frauen, 87% Männer) • Durchschnittliches Alter: 36±13,7 J. • Diagnose: Pathologisches Spielen (DSM-IV); primär mit Spielautomaten • Land: Spanien (Baskenland) Methode: • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Blindversuch (Phase 2) • Intent-to-treat-Analyse Messzeitpunkte: • Vor/Nach der Behandlung • Follow-up nach 1, 3, 6 & 12 Monaten	Selbstbeurteilung: <i>Variablen bezüglich des pathologischen Spielens</i> • South Oaks Gambling Screen (SOGS) • Geldmenge, Häufigkeit & Zeit, die wöchentlich für das Spielen investiert werden (→ Subjektiver Indikator des Patienten) - Durch den Patienten wahrgenommene Ernsthaftigkeit des Problems (bezogen auf Geld, Häufigkeit & Zeit) - Häufigkeit der Gedanken an das Spielen & das subjektive Bedürfnis zu spielen <i>Assoziierter psychopathologische Symptome:</i> • Beck Depressionsinventar (BDI) • State Trait Anxiety Inventory (STAI) • Fehlanpassungs-Skala („Inadaptation Scale“) Fremdbeurteilung: • Fragen zum pathologischen Spielen wurden auch Familienangehörigen gestellt Klinisches Interview: • Strukturiertes Interview zur Anamnese (Beginn und Entwicklung) des pathologischen Spielens	Abstinenzrate: • Nach der 1. Phase (Therapiebehandlung) der Studie vollständige Abstinenz aller Versuchspersonen • In der 2. Phase (Rückfallprävention) höhere Erfolgsrate bei individueller Rückfallprävention und bei Rückfallprävention in Gruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) - 3 Monate-Follow-up: Experimentalbedingungen: 91% vs. KG: 61 % - Aufrechterhaltung des signifikanten Unterschieds zum 12 monatigen Follow-up: Einzelbehandlung: 83%, Gruppenbehandlung: 78% & KG: 52% Variablen des Glücksspiels: • Einige signifikante Gruppenunterschiede bezüglich des subjektiven Indikators & der Einschätzung der Familienangehörigen Psychopathologische Variablen (Angst, Depressivität & Fehlanpassung): • Signifikante Verbesserungen im Vergleich Vor/Nach der Behandlung in den beiden Experimentalgruppen • Aufrechterhaltung bis zum 12 monatigen Follow-up (ausser Fehlanpassung) • In der KG keine signifikante Verbesserung bezüglich psychopathologischer Variablen	• Komorbidität als Ausschlusskriterium • Alle behandelten Patienten sind pathologische Spielautomaten-Spieler (eingeschränkte Generalisierbarkeit) • Künftige Studien sollten nicht nur die Anzahl Sitzungen in der Einzel- & Gruppentherapie ausgleichen, sondern auch die totale Therapiedauer • Fokus auf Rückfälle, nicht auf den Schweregrad (z.B. investierte Geldmenge)

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Golay, A., Buclin, S., Ybarra, J., Toti, F., Pichard, C., Picco, N., de Tonnac, N., & Allaz, A.F. (2004). New interdisciplinary cognitive-behavioural-nutritional approach to obesity treatment: A 5-year follow-up study. <i>Eating Weight Disorders</i> , 9(1), 29-34.	1 Gruppe: • Langzeiteffektivität von inter-disziplinärer kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ernährungstherapie kombiniert mit täglichen physischen Übungen & Relaxationssitzungen • Stationär über 6 Wochen • Elemente: - Physische Aktivität (1h Aerobic & 1h Wassergymnastik täglich) - Ernährungsberatung (2 mal wöchentlich; Einzel- & Gruppentherapie) - Kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken (6 Sitzungen)	Stichprobe: • Ursprüngliches N = 69 (82% Frauen, 18% Männer), zum Follow-up Zeitpunkt N = 55, • Alter: 49.5±2 J. • Durchschnittlicher BMI: 40±0.7 kg/m ² • Einschlusskriterium: Morbid fettleibige Patienten (>35 kg/m ²) • Land: Schweiz Methode: • Nicht-kontrolliert • Nicht-randomisiert • Prospektiv • Completer-Analyse Messzeitpunkte: • Vor der Behandlung • Nach der Behandlung: Biologische Parameter • Follow-up nach 5 Jahren (eintägige medizinische Evaluation)	Selbstbeurteilung: • Diätstruktur • Essstörung • Diätüberwachung • Gewichtsmanagement • Psychosoziale Schwierigkeiten • Physische Aktivität • Eating Disorder Inventory (EDI) • Beck Depressionsinventar (BDI) Biologische Messungen: • Glukosekonzentration • Insulin • Cholesterol	Gewichtsverlust: • Während 6-wöchiger Behandlung durchschnittlicher Verlust von 7.6±0.4kg Follow-up (nach 5 Jahren): • Bei 25.5% der Patienten weiterer Gewichtsverlust um 11.9±1.8kg • 20% ungefähre Gewichtsstabilisierung (0.6±0.4kg) • 54.5% Gewichtszunahme (10.4±1 kg) Totale Gewichtsveränderungen (Differenz vor Gewichtsreduktionsprogramm & 5 Jahre danach): • Gruppe mit Gewichtsverlust: -19.5±2.3 kg • Gruppe mit konstantem Gewicht: -6.6±0.8 kg • Gruppe mit Gewichtszunahme: +2.4±1.1 kg • Signifikant grösserer Gewichtsverlust bei Probanden mit einem anfänglich hohen BMI Signifikante Korrelation der Gewichtsveränderung mit: • Ausmass der psychosozialen Schwierigkeiten (p<0.001) • Essverhaltensproblemen (p<0.001) • Fettkonsum (p<0.005) • Totaler Kalorienaufnahme (p<0.05) Biologische Parameter Vor/Nach Gewichtsverlust (5 Jahres-Follow-up): <i>Nüchterne Glukosekonzentration im Plasma war:</i> • Signifikant tiefer bei Gewichtsreduktionsgruppe nach 5 Jahren (4.4±0.2 mmol/L vs. 5.2±0.3 mmol/L) Stabil in der Gruppe mit ähnlichem Gewicht (5.8±0.7 mmol/L vs. 5.3±0.2 mmol/L)	• Keine Kontrollgruppe • Ein Teil der Stichprobe erfüllte die Kriterien der Binge Eating-Disorder nach DSM-IV und/oder wies eine zusätzliche moderate Major Depression gemäss des Beck Depressionsinventars auf

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

				<ul style="list-style-type: none"> • Signifikant höher in der Gruppe mit Gewichtszunahme (6.6 ± 0.6 mmol/L vs. 5.6 ± 0.4 mmol/L) • Durchschnittliche Glukosekonzentration war in der Gruppe mit Gewichtszunahme zum 5. Jahres Follow-up signifikant höher als in der Gewichtsreduktionsgruppe <p><i>Insulinkonzentration & Cholesterol-Werte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Reduktion (Insulin und Cholesterol) in der Gewichtsreduktionsgruppe • Nicht-signifikante Reduktion (Cholesterol) bzw. unverändert (Insulin) in der Gruppe mit konstantem Gewicht • Signifikante Zunahme (Insulin und Cholesterol) in der Gruppe mit Gewichtszunahme • Signifikante Zunahme des HDL-Cholesterols in der Gewichtsreduktionsgruppe & in der Gruppe mit konstantem Gewicht nach 5-Jahres-Follow-up 	
--	--	--	--	--	--

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Henggeler, S.W., Clingempeel, W.G., & Brondino, M.J., & Pickrel, S.G. (2002). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. <i>Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 41(7), 868-874.	2 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> Multisystemische Therapie (MST) (n = 43): beinhaltet strategische & strukturelle Familientherapie, Verhaltenstraining für Eltern & kognitive Verhaltenstherapie (KVT); durchschnittlich 46 Stunden Kontakt pro Familie über einen Zeitraum von 130 Behandlungstagen; Behandlungsdauer zeitlich auf 4-6 Monate begrenzt Übliche gemeinschaftliche Dienstleistungen (n = 37): Wöchentliche Gruppentreffen gemäss einem 12-stufigen Programm (mit zusätzlichen stationären & Wohnsitz bezogenen Dienstleistungen, sofern Bedarf) 	<p>Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> Ursprüngliches N = 118 (24% Frauen, 76% Männer), zum Follow-up Zeitpunkt N = 80 Durchschnittliches Alter: 19,6 J. Diagnose: Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit (DSM-III-R) Land: Vereinigte Staaten </p> <p>Methode: <ul style="list-style-type: none"> Randomisiert Kontrolliert Prospektiv Completer-Analyse </p> <p>Messzeitpunkte: <ul style="list-style-type: none"> Vor/Nach der Therapie Follow-up nach 6, 12 Monaten (N = 118), 4 Jahren (N = 80) </p>	<p>Selbstbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> Kriminelles Verhalten (Self-Report Delinquency Scale; SRD) Konsum illegaler Drogen -1 Item aus dem Young Adult Self-Report (YAS) -1 Item aus dem Addiction Severity Index (ASI) -Youth Risk Behavior Survey (YRBS) -Psychische Symptome (Externalisierungs- & Internalisierungs-Skalen des YAS) </p> <p>Biologische Messungen: <ul style="list-style-type: none"> Urin- & Haarproben (Marihuana & Kokain) Archivdaten: Kriminelles Verhalten </p>	<p>Delinquenz: <ul style="list-style-type: none"> Signifikante Langzeiteffekte der Multisystemischen Therapie (MST) für aggressive, kriminelle Aktivitäten bezogen auf archivierte Aufzeichnungen & Selbstbeurteilung -Reduktion delinquenten Verhaltens um 75% seit dem 17. Lebensjahr im Vergleich zur gemeinschaftlichen Dienstleistungsgruppe -Keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der Reduktion der Eigentumsdelikte Abstinenzrate: Biologische Messungen deuteten auf signifikant höhere Abstinenzraten für MST-Gruppenmitglieder bezüglich Marihuana im Vergleich zur Referenzgruppe mit gemeinschaftlichen Dienstleistungen hin (55% vs. 28%) In den biologischen Messungen zeigte sich kein signifikanter Unterschied bezüglich der Abstinenzrate für Kokain zwischen den beiden Behandlungsgruppen (53% für MST vs. 40% bei üblichen Dienstleistungen) Indikatoren der Selbstbeurteilung des Konsums illegaler Drogen (Marihuana, Kokain) vermochten nicht die Behandlungsbedingungen zu differenzieren </p> <p>Psychische Symptome: <ul style="list-style-type: none"> Keine Langzeiteffekte für psychische Symptome </p>	<ul style="list-style-type: none"> Kleine Stichprobengrösse (Drop-outs) Keine signifikante Beeinflussung der externalisierenden & internalisierenden Probleme (→ Anpassung notwendig)

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Jacobi, C., Dahme, B., & Dittmann, R. (2002). Cognitive-behavioural, fluoxetine, and combined treatment for bulimia nervosa: Short- and long-term results. <i>European Eating Disorders Review</i> , 10(3), 179-198.	<p>3 Gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (n = 19): Gruppentherapien, 20 Sitzungen à 120 Minuten über 16 Wochen • Pharmakologische Behandlung mit einem Antidepressivum (Fluoxetin) (n = 16) • Kombination KVT & Fluoxetin (n = 18) <p>• Behandlungsdauer: 4 Monate</p>	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Analyse einbezogenes N = 53 Frauen, Completers N = 35 • Durchschnittliches Alter: 26.0±5.8 J. • Diagnose: Bulimia Nervosa (DSM-III-R) • Land: Deutschland <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Nicht-kontrolliert • Prospektiv • Completer-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor/Nach der Behandlung • Follow-up nach 6 Monaten, 1 Jahr 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eating Disorder Questionnaire (EDQ) • Eating Disorder Inventory (EDI) • Three-Factor-Eating Questionnaire (TFEQ) • Beck Depressionsinventar (BDI) • Symptom Checklist-90-R • Revised (SCL-90-R) • Frankfurt-Self-Concept Scale (FSKN) • Häufigkeit der Essanfällen & Gegenmassnahmen <p>Klinisches Interview:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R (SKID-I) 	<p>Essanfälle & Erbrechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Reduktion der Essanfälle & des Erbrechens bei allen 3 Behandlungen im Vergleich vor und nach der Behandlung • Aufrechterhaltung dieses Ergebnisses bis zum 1. Jahres Follow-up <p>Abstinenzrate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kleine, nicht-signifikante Überlegenheit der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) & Kombinationsbehandlung bezüglich der Anzahl abstinenten Patienten & der Reduktion depressiver Symptome im Vergleich zur Fluoxetin-Behandlungsgruppe • Höchste Abstinenzrate bei Patienten der KVT-Gruppe (nach der Behandlung & zum 1. Jahres Follow-up) <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kombination von KVT & Fluoxetin führt zu keinem besseren Ergebnis als die KVT-Bedingung allein 	<ul style="list-style-type: none"> • Relativ hoher Prozentanteil an Versuchspersonen hatte immer noch Essanfälle und Erbrechen am Ende der Studie & zum Follow-up • -Ev. zu kurze Therapie-dauer • Gruppensetting (weniger intensiv als Einzel-sitzungen) • Kleine Stichprobe zum Zeitpunkt nach der Behandlung & des Follow-ups (aufgrund Drop-outs) • Grosse Varianz innerhalb der Gruppen

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Jeffery, R.W., Wing, R.R., Sherwood, N.E., & Tate, D.F. (2003). Physical activity and weight loss: Does prescribing higher physical activity goals improve outcome? <i>American Journal of Clinical Nutrition</i> , 78, 684-689.	<p>2 Gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Standard-Verhaltenstherapie (SVT) (n = 93): Mit dem Ziel eines Kalorienverbrauchs von 1000 kcal/Woche ● Behandlung mit hoher physischer Aktivität (HPA) (n = 109): Mit dem Ziel eines Kalorienverbrauchs von 2500 kcal/Woche ● Behandlungsdauer: 18 Monate; wöchentliche Treffen in den ersten 6 Monaten, alle zwei Wochen vom 6.-12. Monat & monatlich vom 12.-18. Monat ● Gruppentherapie 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ursprüngliches N = 202 (58% Frauen, 42% Männer), Completers N = 168 ● Durchschnittliches Alter: 42.2±6.4 J. (Range: 25-50 J.) ● Einschlusskriterium: Übergewicht (>14 kg) ● Land: Vereinigte Staaten <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Randomisiert ● Nicht-kontrolliert ● Prospektiv ● Intent-to-treat-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vor der Studie ● Follow-up nach 6, 12 & 18 Monaten 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Körper-/ gewichtsbezogene Variabeln (u.a. Gewicht, BMI) ● Daten der physischen Aktivität (Paffenbarger Physical Activity Questionnaire) ● Block Diet Questionnaire (BDQ) 	<p>Physische Aktivität:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Höhere durchschnittliche Levels physischer Aktivität der Gruppe mit hoher physischer Aktivität (HPA-Gruppe) im Vergleich zur Standard-Verhaltenstherapie (SVT-Gruppe) zu allen Messzeitpunkten ● Erhöhung der physischen Aktivität der HPA-Gruppe bis auf das Doppelte der SVT-Gruppe (Aufrechterhaltung der hohen physischen Aktivität über 18 Monate) ● Kein signifikanter Einfluss auf das Gewicht bezogen auf 6 Monate (kurzfristig), jedoch nach 12 respektive 18 Monaten (langfristig) signifikant grösserer Gewichtsverlust in der Gruppe mit höherer physischer Aktivität ● Signifikante Korrelation der anstrengenden physischen Übungen mit der Gewichtsreduktion bei der HPA-Gruppe, jedoch nicht in der SVT-Gruppe ● Kumulativer Gewichtsverlust: <ul style="list-style-type: none"> ● Durchschnittlicher kumulativer Gewichtsverlust in der HPA-Gruppe: 9.0±7.1 kg (6 Monate), 8.5±7.9 kg (12 Monate), 6.7±8.1 kg (18 Monate); in der SVT-Gruppe: 8.1±7.4 kg, 6.1±8.8 kg, 4.1±7.3 kg - Signifikanter Gruppenunterschied zu den Messzeitpunkten 12 & 18 Monate (HPA-Gruppe signifikant mehr Gewichtsverlust) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Keine klare Unterscheidung zwischen dem Einfluss von anderen Faktoren & der höheren Aktivität per se (z.B. Involvement von Freunden, Training) ● Teilnehmer der Studie hatten schon bei der Baselineerhebung (durch den Paffenbarger Fragebogen) einen Energieverbrauch von >1200 kcal/Woche; somit stellte das Ziel von 1000 kcal/Woche nicht für alle Teilnehmer der SVT-Gruppe eine Erhöhung der körperlichen Aktivität dar. ● Konsistent höhere Verletzungsrate bei der HPA-Gruppe ● Zwischen dem 12. & 18. Monat wurde eine kleine Gewichtszunahme bei der HPA-Gruppe beobachtet (deutet auf eine Minderung des Interventionseffektes über die Zeit, trotz Aufrechterhaltung höherer physischer Aktivität hin)

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Keel, P.K., Mitchell, J.E., Davis, T.L., & Crow, S.J. (2002). Long-term impact of treatment in women diagnosed with bulimia nervosa. <i>International Journal of Eating Disorders</i> , 31, 151-158.	4 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressiva (Imipramin) • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • Kombination Antidepressiva & KVT • Placebo-Kontrollgruppe 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 102 Frauen, in Analyse einbezogenes N = 101 • Durchschnittliches Alter: 34±5 J. • Diagnose: Bulimia Nervosa (DSM-IV) • Land: Vereinigte Staaten <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektive & Post-hoc Analysen • Completer-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor der Studie • Follow-up: durchschnittliche Länge 10.0±0.7 J. 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hamilton Depression Rating Scale Interview (HDRSI) • Body Dissatisfaction Scale of the Eating Disorders Inventory (EDI) • Body Shape Questionnaire (BSQ) • Eating Disorder Questionnaire (EDQ) • Social Adjustment Scale-Self Report (SAS-SR) <p>Klinisches Interview:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I) 	<p>Follow-up:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte soziale Anpassung der Frauen mit einer Antidepressiva-, KVT- oder Kombinationsbehandlung beim Follow-up im Vergleich zu Frauen der Placebo-Bedingung • Keine signifikanten Effekte bezüglich einer Verbesserung der Depression, der körperlichen Unzufriedenheit oder bulimischen Symptome bei der Follow-up Erhebung im Vergleich zu den Baseline- und Follow-up Baseline- und Follow-up (EDI & BSQ) • Post-hoc Analyse (Verbesserungen des Funktionsniveaus in der SAS-SR): • Signifikanter Unterschied zwischen der Placebo-Gruppe & den 3 aktiven Behandlungsgruppen • Keine signifikanten Unterschiede zwischen den 3 Behandlungsgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • 18% der Zielstichprobe hat in der Follow-up Erhebung nicht teilgenommen. Ev. Selektionseffekt: - Frauen mit schlechterer sozialer Anpassung brechen Studie eher ab • Verschiedene Instrumente für die Messung der Unzufriedenheit mit dem Körper zu den Messzeitpunkten Baseline und Follow-up (EDI & BSQ) • Naturalistisches Follow-up (keine Kontrolle über zusätzliche Behandlungen)

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Klesges, R.C., Haddock, C.K., Lando, H., & Talcott, G.W. (1999). Efficacy of forced smoking cessation and an adjunctive behavioral treatment on long-term smoking rates. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 67(6), 952-958.	2 Gruppen: • Kurze verhaltensbezogene Intervention (n = 19497): 50-minütige Gruppensitzung zur Aufrechterhaltung der Abstinenz • Kontrollbedingung (n = 6499): Kein Programm • Zuvor: 6-wöchiges erzwungenes Rauchverbot für alle	Stichprobe: • N = 25,996 • Alter: > 19 J. (zur Baseline) • Land: Vereinigte Staaten • Militärdienstpflichtige der U.S. Air Force Methode: • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Completer-Analyse Messzeitpunkte: • Follow-up nach 1 Jahr	Selbstbeurteilung: • Demographische Daten • Anamnese des Nikotinkonsums • Andere gesundheitsbezogene Risikofaktoren (z. B. Alkoholkonsum, Einstellungen gegenüber Substanzkonsum u.a.)	1-jähriges Follow-up: • Vollständige Abstinenz bei 18% der regelmässigen Raucher • Bei Rauchern, die bei der Baseline-Erhebung nicht beabsichtigten, abstinenz zu bleiben, 1.79 Mal wahrscheinlichere Abstinenz durch kurze Verhaltensintervention • Beginn und Entwicklung zu regelmässigem Rauchen über die Zeit hinweg bei substantiellem Anteil der Nicht-Raucher (8% derjenigen, die nie zuvor geraucht hatten, 26% der experimentierenden Raucher & 43% der Ex-Raucher)	• Wichtig: Intervention künftig nicht nur bezüglich Rückfallprävention bei denjenigen, die vor dem Verbot geraucht haben, sondern ebenfalls bei denjenigen, die vor dem Verbot nicht regelmässig geraucht haben • Erhöhung der Prävalenz des Rauchens von der Baseline zum Follow-up (29% zu 37%) • Eingeschränkte Generalisierbarkeit (Population der U.S. Air Force) • Kein Vergleich zur spontanen Abstinenzrate ohne vorausgehendes Rauchverbot • Keine biochemische Verifikation der Angaben zum Follow-up

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Melchionda, N., Besteghi, L., Di Domizio, S., Pasquit, F., Nuccitelli, C., Migliorini, S., Baraldi, L., Natale, S., Manini, R., Bellini, M., Belsito, C., Forlani, G., & Marchesini, G. (2003). Cognitive behavioural therapy for obesity: One-year follow-up in a clinical setting. <i>Eating Weight Disorders</i> , 8, 188-193.	1 Gruppe: <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) 3 Behandlungsprogramme: - 14-wöchiges „LEARN“-Programm (n = 672) - 16-wöchiges „MOB“-Programm für krankhaft Fettleibige (n = 259) - 20-wöchiges „BINGE“-Programm für Versuchspersonen mit Essanfällen (n = 137) <ul style="list-style-type: none"> •85% der Patienten absolvierten die wöchentlichen Programme (Gruppentherapie) 	Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> •Ursprüngliches N = 1068 (81% Frauen, 19% Männer) •Durchschnittliches Alter: 44.2±12.15 J. •Einschlusskriterium: Hilfesuchende Personen wegen Fettleibigkeit •Ausschlusskriterium: psychische Erkrankung •Land: Italien Methode: <ul style="list-style-type: none"> •Nicht-randomisiert •Nicht-kontrolliert •Prospektiv •Während der Studie: Completer-Analyse, Zum Follow-up: Intent-to-treat-Analyse Messzeitpunkte: <ul style="list-style-type: none"> •Vor/Nach der Behandlung •Follow-up nach 1, 3, 6 & 12 Monaten 	Selbstbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> •Binge Eating Scale (BES) •Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) •Beck Depressionsinventar (BDI) •Symptom Checklist-90 (SCL-90) Fremdbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> •Vorgeschichte bezüglich Diäten •Body Mass Index (BMI) •Eating Disorder Examination (EDE) 	Gewichtsverlust: <ul style="list-style-type: none"> •Während der wöchentlichen Sitzungen durchschnittlicher Gewichtsverlust von 6% (am grössten in der „MOB“-Gruppe) •Am Ende der wöchentlichen Sitzungen 10% oder mehr Gewichtsverlust (im Vergleich zum ursprünglichen Gewicht) bei 200/914 Patienten, zusätzlich diese Gewichtsreduktion im Verlauf des 8 monatigen Follow-ups (Total 36% der Patienten mit 10% oder mehr Gewichtsreduktion) Drop-Outs: <ul style="list-style-type: none"> •Abnahme des Prozentanteils der Patienten, die im Laufe des Follow-up Jahres den geplanten Kontrollbesuchen beiwohnten, über die verschiedenen Follow-up Erhebungszeitpunkte hinweg (insbesondere in der „BINGE“-Gruppe) •Kumulative Wahrscheinlichkeit für ein Follow-up bei Patienten im „MOB“- oder „LEARN“-Programm höher als bei den „BINGE“-Patienten •Zudem reduzierte Wahrscheinlichkeit der Follow-up Teilnahme mit zunehmendem Schweregrad der Fettleibigkeit Compliance: Weibliches Geschlecht & eine Gewichtsreduktion >10% erhöhte Compliance für Follow-up	<ul style="list-style-type: none"> •Keine kontrollierte Studie •Keine Randomisierung •Keine direkten Vergleiche mit Pharmakotherapie möglich (bei medikamentöser Therapie wird Motivation/Compliance ev. durch Finanzierung der teuren Medikamente erhöht)

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Rawson, R.A., Huber, A., McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C., & Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 59, 817-824.	4 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Kontingenz-Management (KM) (n = 30): 3 Urinproben/Woche & kurze Treffen à 2-5 Minuten mit KM-Fachmann • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (n = 30): 48 Gruppensitzungen à 90 Minuten; 3/Woche über 16 Wochen hinweg • Kombination (n = 30): KM & KVT • Gewöhnliche Opiatbehandlung (n = 30): Methadon-Aufrechterhaltungsprogramm; 3 Urinproben/ Woche, tägliche Klinikvisiten für Methadon, 2 monatliche Beratungssitzungen, medizinische Versorgung & Fallmanagement-Dienstleistungen nach Bedarf • Behandlungsdauer: 16 Wochen mit 3 Visiten/Woche 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 120 (45% Frauen, 55% Männer), in Analyse einbezogenes N = 108 • Durchschnittliches Alter: 43.6 J. • Diagnose: Kokainabhängigkeit (DSM-IV) • Land: Vereinigte Staaten <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisierte Zuordnung (n=30/Bedingung) • Kontrolliert • Prospektiv • Intent-to-treat-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Während der Behandlung • Follow-up nach 17, 26 & 52 Wochen (nach Eintritt) 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beck Depressioninventar (BDI) • Addiction Severity Index (ASI) • Selbstbericht über wöchentlichen Kokainkonsum • Klinisches Interview: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID I und II) • Biologische Messungen: <ul style="list-style-type: none"> • Urinproben 	<p>Urinanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signifikant bessere Ergebnisse beider Gruppen mit Kontingenz-Management (KM) im Vergleich zu den beiden Behandlungen ohne KM • Keine signifikanten Unterschiede zwischen der kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und der gewöhnlichen Opiatbehandlung • Kokainkonsum (Selbstbericht): <i>17-wöchiges Follow-up</i>: • Signifikante Reduktion der Tage mit Kokainkonsum im Vergleich zur Baseline für alle 3 Behandlungsgruppen; jedoch nicht für die gewöhnliche Opiatbehandlung - Einziger signifikanter Kontrast zwischen KM und der gewöhnlichen Behandlung (Methadon) <i>26. & 52. Woche Follow-up</i>: • Substantielle Verbesserung der KVT-Patienten: die Häufigkeit kokainfreier Proben entsprach derjenigen oder übertraf diejenige der beiden Gruppen mit KM (Indikation durch Urinanalysen & Daten des selbstberichteten Kokainkonsums). Effekte der KVT in der Follow-up Periode ersichtlicher <p>Weitere Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Evidenz für einen additiven Effekt in der kombinierten Behandlungsgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Aspekt des fehlenden Effektes aller Behandlungen auf den zusammen-gesetzten ASI-Wert & den Opiatkonsum wird thematisiert

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Smith, S.S., Douglas, D.E., Fiore, M.C., Anderson, J.E., Mielke, M.M., Beach K.E., Piasecki, T.M., & Baker, T.B. (2001). Strike while the iron is hot: Can stepped-care treatments resurrect relapsing smokers? <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 69(3), 429-439.	3 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> ●Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (n = 226): Kurze Intervention (1 Sitzung) & 6 Gruppenberatungssitzungen à 90 Minuten ●Motivierende Interviewführung (n = 228): Kurze Intervention (1 Sitzung) & 6 Gruppenberatungssitzungen à 90 Minuten ●Kurze Intervention (n = 223): 3 kurze individuelle Abstinenzberatungs-Sitzungen ●Alle Teilnehmer erhielten eine 7-wöchige Nikotinpflaster-Therapie nach der randomisierten Gruppenzuordnung respektive vor Beginn der entsprechenden Behandlung 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Ursprüngliches N = 677 Raucher (57% Frauen, 43% Männer) ●Durchschnittliches Alter: 42.2 J. ●Diagnose: keine Ein-schluss: mind. 10 Zigaretten/Tag im letzten Jahr) ●Land: Vereinigte Staaten <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Randomisiert ●Kontrolliert ●Prospektiv ●Intent-to-treat-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Follow-up nach 6, 13, 26 & 52 Wochen 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Positive & Negative Affect Scale (PANAS) ●Wisconsin Smoking Withdrawal Scale (WSWS) ●Subskala "Stress Reaction Scale" des Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ) ●Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) ●Depression Proneness Inventory (DPI) ●Affective Information Processing Questionnaire (AIPQ-R) ●Personal Projects Analysis ●Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) ●Response Style Questionnaire (RSQ) ●Beck Depressionsinventar (BDI) ●Smoking Treatment Factors Questionnaire (STFQ) ●Self-Report Smoking Status ●Counselor Rating Form ●Demographic & Smoking History Questionnaire <p>Biologische Messungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Ausgasmetes Karbonmonoxid 	<p>Abstinenzrate:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Fehlende Überlegenheit der KVT und der Motivierenden Interviewführung bezüglich der langfristigen Abstinenzraten relativ zur kurzen Intervention <p>Wirksamkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Hypothese, dass riskoreiche Raucher mehr von der Motivierenden Interviewführung profitieren als von der KVT, konnte nicht gestützt werden 	<ul style="list-style-type: none"> ●Die Möglichkeit einer unsachgemässen oder schlechten Durchführung wird beispielsweise diskutiert ●Stichprobe: Alles Freiwillige, die auf "Eignung" geprüft wurden

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Thiels, C., Schmidt, U., Treasure, J., & Garthe, R. (2003). Four-year follow-up of guided self-change for bulimia nervosa. <i>Eating Weight Disorders</i> , 8, 212-217.	<p>2 Gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angeleitete Selbstveränderung (ASV) (n = 31): Self-Care Manual & 8 Sitzungen einer kognitiven Verhaltenstherapie (14-tägig) • Verhaltenstherapie (VT) (n = 31): 16 wöchentliche Sitzungen 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 62 Frauen, Completers N = 37 • Durchschnittliches Alter: 28.1 ± 7.97 J. • Diagnose: Bulimia Nervosa (DSM-III-R) • Land: Deutschland <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Nicht-kontrolliert • Prospektiv • Einzeltherapie • Completer-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor/Nach der Behandlung • Follow-up nach 3 oder 6 Monaten, 4 Jahren (N = 28) • Durchschnittliche Dauer des Follow-ups: 54.2 Monate (SD = 5.8) 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Global Five-Point Severity Scale • Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE) • Shape Questionnaire (SQ) • Beck Depression Inventory (BDI) • Self-Concept Questionnaire (SCQ) <p>Fremdbeurteilung (Experten-Ratings):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eating Disorder Examination (EDE) • Awareness Test (AT) • BMI • Wissen über Ernährung: Gewicht und Figur 	<p>Signifikante Verbesserungen nach einem durchschnittlichen Follow-up von 54.2 Monaten in beiden Gruppen (Angeleitete Selbstveränderung (ASV) & Verhaltenstherapie (VT)) für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EDE Subscores: Überessen, Erbrechen, gezügeltes Essverhalten & Einstellungen gegenüber Figur & Gewicht, BITE und GFPSS • BDI, Selbstkonzept Fragebogen und Wissen über Ernährung, Gewicht und Figur • Keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Behandlungseffekte zwischen den 2 Behandlungsgruppen <p>Abstinenzraten (d.h. in der Woche vor dem 4-Jahres Follow-up keine Heißhungerattacken bzw. nicht erbrochen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10/15 ASV Patienten (66,7%; 95% CI²: 38,4%-88,2%) • 8/13 VT Patienten (61,5%; 95% CI: 31,6-86,1%) <p>• Erhöhung der Abstinenzrate zum 4-Jahres-Follow-up um 10% seit 6-Monats-Follow-up in der ASV Gruppe bzw. 9% Reduktion in der VT-Gruppe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Drop-outs: Bei Erhebung des 4- Jahres-Follow-ups wurden nur 28 der ursprünglich 62 Patienten erfasst • Follow-up Outcomes wurden in einem Querschnitt erfasst ohne Informationen über Langzeitverläufe des Rückfalls bzw. der Remission • Formale Evaluation zur Entscheidungshilfe, ob ASV tatsächlich kostengünstiger ist, steht noch aus

²CI = Konfidenzintervall. Bezeichnet den Bereich um einen statistischen Kennwert einer Stichprobenverteilung, in dem mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit der entsprechende Parameter der Population liegt. (Häcker, H.O. und Stapf, K.-H., 2004. Dorsch. Psychologisches Wörterbuch).

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Voshaar, R.O., Gorgels, W., Mol, A., van Balkom, A., Breteier, M., van de Lisdonk, E., Mulder, J., & Zitman, F. (2003). Predictors of relapse after discontinuation of long-term benzodiazepine use by minimal intervention: A 2-year follow-up study. <i>Family Practice</i> , 20(4), 370-372.	1 Gruppe: <ul style="list-style-type: none"> • Minimale Interventionsstrategie: Brief vom Allgemeinarzt mit dem Ratschlag die Benzodiazepin-Einnahme graduell (bis zur Abstinenz) zu reduzieren • Studienziele: <ul style="list-style-type: none"> - Langzeiteffekte der minimalen Interventionsstrategie bei Patienten, die nach dieser Intervention abstinent waren - Suche nach Rückfallprädi-kto-ren 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 109 (69% Frauen, 31% Männer), in Analyse einbezogenes N = 108 • Durchschnittliches Alter: 63±4,3 J. • Diagnose: keine (Ei-pin-Einnahme über mind. 3 Monate) • Land: Niederlande <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht-randomisiert • Nicht-kontrolliert • Prospektiv • Intent-to-treat-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor der Studie • Follow-up nach 2 Jahren (819±100 Tage) 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koffein-, Nikotin- & Alkoholkonsum • General Health <p>Questionnaire (GHQ-12)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profile of Mood States (POMS) • Medical Outcome Studies Short-Form (MOS-SF-36) • Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) <p>• Erfassung der Rück-fallsquote</p>	<p>Abstinenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nach 819±100 Tagen vollständige Abstinenz bei 49% der Patienten <p>Prädiktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikation zweier unabhängigen Rückfallprädiktoren: <ul style="list-style-type: none"> - Konsum von mehr als 10mg Diazepam (RR=2.4 [CI: 1.2-4.7]) - Schlechte globale Wahrnehmung der Gesundheit ([RR=0.98 [CI: 0.97-0.99]]) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine Stichprobengröße • Selektionsbias beim Follow-up: <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer des Follow-ups hatten signifikant höhere Benzodiazepin-Dosen vor dem Erhalt des Briefes im Vergleich zu den nicht Teilnehmenden • Keine Kontrollgruppe: <ul style="list-style-type: none"> - Kein Vergleich zum natürlichen Verlauf des Benzodiazepin-Konsums

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	<p>Wilfley, D.E., Welch, R.R., Stein, R.L., Spurrell, E.B., Cohen, L.R., Saedens, B.E., & Douthett, J.Z. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. <i>Archives of General Psychiatry</i>, 59(8), 713-721.</p>	<p>2 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (n =81) • Interpersonelle Psychotherapie (IPT) (n =81) </p> <p>• Behandlungsdauer: 20 wöchentliche Gruppensitzungen à 90 Minuten & 3 Einzelsitzungen</p>	<p>Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 162 (83% Frauen, 17% Männer), Completers N = 133 • Durchschnittliches Alter: 45.25±9.6 J. • Diagnose: Kriterien für Binge-Eating Disorder (DSM-IV) • Land: Vereinigte Staaten </p> <p>Methode: <ul style="list-style-type: none"> • Prospektiv • Randomisiert • Nicht-kontrolliert • Completer-Analyse </p> <p>Messzeitpunkte: <ul style="list-style-type: none"> • Vor/Nach der Behandlung • Follow-up nach 4, 8, 12 Monaten </p>	<p>Selbstbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> • Rosenberg Self-Esteem Questionnaire • Inventory of Interpersonal Problems (IIP) • Social Adjustment Scale (SAS) • Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) • Body Mass Index (BMI) </p> <p>Fremdbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> • Eating Disorder Examination (EDE) • Klinisches Interview: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R (SKID-I) </p>	<p>Genesungsrate: <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): 64 (79%) von 81 • Interpersonelle Psychotherapie (IPT): 59 (73%) von 81 • Zum 1 Jahres-Follow-up: -48 (59%) von 81 vs. 50 (62%) von 81 - keine signifikanten Gruppendifferenzen </p> <p>Häufigkeit der Essanfälle: <ul style="list-style-type: none"> • Reduktion der Essanfälle (weniger als 1Mal/Woche): 123 (76%) von 162 • Leichte Zunahme der Essanfälle über das Follow-up Jahr hinweg, jedoch weiterhin signifikant unter dem Level vor der Behandlung. </p> <p>Assoziierte Essstörungen & psychiatrische Symptome: <ul style="list-style-type: none"> • Vergleichbar signifikante Reduktion bezüglich assoziierter Essstörungen & psychiatrischen Symptomen & Aufrechterhaltung der Verbesserung über den Follow-up Zeitraum in beiden Behandlungsgruppen </p> <p>Gezügeltes Essverhalten: <ul style="list-style-type: none"> • Schnellere Abnahme des gezügelten Essverhaltens in der KVT-Gruppe, die IPT-Gruppe erreichte in späteren Follow-ups (8, 12 Monate) ein ähnliches Niveau </p> <p>Gewichtsreduktion: <ul style="list-style-type: none"> • Leichte, aber statistisch signifikante Abnahme des relativen Gewichts für die KVT- und IPT-Behandlung über die gesamte Stichprobe hinweg • Grösste Reduktion bei denjenigen, die die „Genesung“ von den Essanfällen über den Zeitraum nach der Behandlung bis zum 1 Jahres-Follow-up </p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlen einer nicht-spezifischen Kontrollgruppe

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C., Dunn, E., Bell, B., Mills, M., Chalklin, L., Walilik, D., & Kraemer, J. (2002). Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 68, 317-330.	3 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> Pharmakotherapie (Sertralin) (n = 196) Interpersonelle Psychotherapie (IPT) (n = 178): durchschnittlich 10 Sitzungen Kombination Sertralin & IPT (n = 212) <ul style="list-style-type: none"> Therapiedauer: 6 Monate Angaben zur Stichprobengröße der drei Behandlungen beziehen sich auf den Zeitpunkt des 6 monatigen Follow-ups 	<p>Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> Ursprüngliches N = 707 (68% Frauen, 32% Männer), N mit mindestens einem Follow-up-Termin = 586 Completers N = 525 Alter: 18-74 J. (Range: 18-74) Diagnose: Dysthyme Störung mit/ohne vergangener oder/und gegenwärtiger Major Depression (DSM-IV) Land: Kanada </p> <p>Methode: <ul style="list-style-type: none"> Randomisiert Nicht-kontrolliert Prospektiv Intent-to-treat Analyse Blindstudie 18 monatiges natürliches Follow-up Completer-Analyse </p> <p>Messzeitpunkte: <ul style="list-style-type: none"> Vor der Studie Follow-up nach 6 Monaten, 1 & 2 Jahren </p>	<p>Selbstbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> Social Adjustment Scale Self Rating (SAS-SR) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Visual Analogue Scale (VAS) </p> <p>Fremdbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) Klinisches Interview: University of Michigan Composite International Diagnostic Interview (UM-CIDI) Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I) </p> <p>Ökonomische Masse: <ul style="list-style-type: none"> Behandlungskosten Nutzung anderer gesundheitsbezogener & sozialer Dienstleistungen </p>	<p>6 monatiges Follow-up (N = 586): <ul style="list-style-type: none"> Signifikanter Unterschied des durchschnittlichen MADRS-Wertes: 14.3 (Sertralin), 14.9 (Kombination), 16.8 (IPT) Response-Rate ($\geq 40\%$ige Reduktion im MADRS-Wert im Vergleich zu vor der Behandlung) für Sertralin 60.2%, für IPT 46.6% & für die Kombinationsbedingung 57.5% (p=0.02): - Grössere Effektivität von Sertralin oder der Kombinationsbehandlung im Vergleich zu IPT allein 2 Jahres-Follow-up (N = 525): - Reduktion der dysthymen Symptome durch alle 3 Behandlungen: Sertralin & Kombinationsbehandlung jedoch effektiver als IPT allein in der Reduktion der depressiven Symptome (p=0.03) - Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Bedingungen Sertralin und Kombination Sertralin mit IPT </p> <p>Kosten: <ul style="list-style-type: none"> Keine signifikanten Kostenunterschiede zum 6 monatigen Follow-up durch die Nutzung von gesundheitlichen & sozialen Dienstleistungen Jedoch signifikanter Gruppenunterschied in den Kosten zum 2-Jahres Follow-up : <ul style="list-style-type: none"> Niedrigere Kosten der IPT-Behandlungsgruppen Bezogen auf die beiden effektiveren Behandlungen (Sertralin & Kombination) geringere Kosten der Versuchspersonen in der Kombinationsbehandlung mit Kosteneinsparung von durchschnittlich \$480 pro Person </p>	<ul style="list-style-type: none"> Zwischenzeitliche Behandlungen (Psychotherapie/Psychopharmaka) nicht kontrolliert Drop-outs zum Follow-up Messzeitpunkt Keine Kontrollgruppe

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Cooper, P.J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression I. Impact on maternal mood. <i>British Journal of Psychiatry, 182</i> , 412-419.	4 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (n = 42) •Psychodynamische Therapie (n = 48) •Non-direktive Beratung (n = 42) •Übliche Primärversorgung als Kontrollgruppe (n = 52) <ul style="list-style-type: none"> •Therapie auf wöchentlicher Basis von der 8. - 18. Woche post-partum 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ursprüngliches N = 190 Frauen, Completers N = 171 •Bevölkerungsstichprobe •Diagnose: Post-partum Depression (DSM-III-R) •Land: England <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektiv •Completer-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Vor/Nach der Behandlung (4.5 Monate) •Follow-up nach 9, 18 & 60 Monaten 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) <p>Fremdbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Therapist Rating Scale •Kindliche kognitive & emotionale Entwicklung •Qualität der Mutter-Kind-Beziehung <p>Klinisches Interview:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R (SKID-I, Sektion Depression) 	<p>Depressive Symptomatik:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Signifikanter Einfluss aller 3 aktiven Behandlungsgruppen zum Messzeitpunkt 4.5 Monate auf die mütterliche Stimmung im Vergleich zur Kontrollgruppe (Reduktion betreffend depressiver Symptome im EPDS) •Signifikante Reduktion der Depression (DSM-III-R) nur durch die psychodynamische Therapie im Vergleich zur Kontrollgruppe <p>Langzeiteffektivität:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Der Nutzen der Behandlungen war zum Messzeitpunkt 9 Monate nicht mehr vorhanden: Frauen der Kontrollgruppe auf vergleichbarem Niveau wie Frauen der 3 Behandlungsgruppen durch spontane Remissionsrate <p>Präventive Wirkung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kein signifikanter Unterschied bezüglich der Risikoreduktion einer post-partum Depression zwischen den Behandlungsgruppen und der Kontrollgruppe zu den Follow-up Messzeitpunkten •Keine Reduktion nachfolgender Episoden einer post-partum Depression durch die Behandlungen 	<ul style="list-style-type: none"> •Unerwartet schlechte Outcomes bei kognitiver Verhaltenstherapie & non-direktiver Beratung -Kein signifikanter Unterschied bezüglich der Remissionsrate im Vergleich zur Kontrollbehandlung

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	De Beurs, E., van Balkom, A.J.L.M., van Dyck, R., & Lange, A. (1999). Long-term outcome of pharmacological and psychological treatment for panic disorders with agoraphobia: a 2-year naturalistic follow-up. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 99, 59-67.	4 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressiva (Fluvoxamin) & Exposition (n = 18) • Placebo & Exposition (n = 19) • Psychologisches Panikmanagement & Exposition (n = 16) • Exposition (n = 16) <ul style="list-style-type: none"> • 12 Sitzungen während 3 Monaten 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 71 • Diagnose: Panikstörung mit Agoraphobie (DSM-III-R) • Land: Niederlande <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Naturalistisches Follow-up • Completer-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Follow-up nach 2 Jahren 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fear Questionnaire (FQ) • Mobility Inventory (MI) • Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ) • Body Sensations Questionnaire (BSQ) • Symptom Checklist-90 (SCL-90) • Beck Depression Inventory (BDI) • Depression Adjective Check-List (DACL) • Tagebuch (Häufigkeit der Panikattacken) 	<p>Vermeidungsverhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Höhere Effektivität der Kombination Fluvoxamin & Exposition gegenüber den 3 anderen Behandlungen bezüglich der Reduktion agoraphobischer Vermeidung nach der Behandlung • Aufrechterhaltung der Effekte der Gruppe Fluvoxamin & Exposition zum 2. Jahres Follow-up - Überlegenheit dieser Bedingung gegenüber den 3 anderen Behandlungsgруппen nicht länger vorhanden, aufgrund weiterer Verbesserungen in diesen 3 Bedingungen über das Follow-up Zusätzliche Behandlungen/ Nachbetreuung: • Zusätzliche Behandlung während des Follow-ups bei den meisten Patienten • Tendenziell weniger Nachbetreuung der Gruppe Fluvoxamin & Exposition als der anderen Behandlungsgруппen nötig Reduktion der Medikation: • Allmähliche Aufgabe des Fluvoxamin-Konsums bei fast 50% der Patienten mit einer Medikation, ohne Wiederauftreten der Beschwerden 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei der Mehrzahl der Versuchspersonen erreichte die ursprüngliche Behandlung mit 12 Sitzungen keine genügende Verbesserung, so dass zusätzliche Behandlungen angeboten wurden • Aufgrund dieser Behandlungen während der Follow-up Periode geht die Unterscheidung zwischen Fluvoxamin vs. Placebo-Patienten, als auch zwischen psychologischem Panikmanagement & Exposition vs. Exposition allein verloren

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	De Jong, P. J., Vorage, I., & van den Hout, M.A. (2000). Counterconditioning in the treatment of spider phobia: Effects on disgust, fear and valence. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 38, 1055-1069.	<p>2 Gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Exposition (n = 16): Einzeltherapie (1 Sitzung) •Exposition mit Gegenkonditionierung (n = 18): Einzeltherapie (1 Sitzung) •In der Bedingung Exposition mit Gegenkonditionierung wurde den Probanden während der Exposition ihre Lieblingsmusik dargeboten & als schmackhaft eingeschätzte Lebensmittel wurden eingesetzt 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ursprüngliches N = 34 Frauen, Completers N = 24 •Durchschnittliches Alter: 30±8.2 J. •Diagnose: Spezifische Phobie (Spinnen; DSM-IV) •Land: Niederlande <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Randomisiert •Nicht-kontrolliert •Prospektiv •Completer-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Vor/Nach der Behandlung •Follow-up nach 1 Jahr 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Visual Analogue Scale (VAS, Valenz) •Disgust Questionnaire Spider (DQ-Spider) •Food-Preference List <p>Verhaltensbeobachtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Behavioural Approach Test (BAT) •Cookie-Test 	<ul style="list-style-type: none"> •Grosse Effektivität beider Behandlungsbedingungen in der Reduktion des Vermeidungsverhaltens & der selbstberichteten Angst vor Spinnen •Keine Überlegenheit der Exposition mit Gegenkonditionierung bezüglich der Veränderung der affektiven Valenz im Vergleich zur Expositionsbedingung •Ebenfalls keine Überlegenheit der Exposition mit Gegenkonditionierung gegenüber der Expositionsbedingung in Hinblick auf die Langzeiteffektivität der Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> •Ev. zu kurze Dauer der Gegenkonditionierung oder ungenügende Stärke derselben, um die negative Valenz der Spinnen weiter zu neutralisieren •Keine Kontrollgruppe ohne Intervention

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Dugas, M.J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M.H., Langlois, F., Provencher, M.D., & Boisvert, J.-M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 71(4), 821-825.	2 Gruppen: • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) in Gruppen (n = 25): 14 wöchentliche Sitzungen à 2 Stunden • Wartelisten-Kontrollgruppe (n = 27)	Stichprobe: • Ursprüngliches N = 52 (71% Frauen, 29% Männer), Completers N = 39 • Durchschnittliches Alter: 41.2±9.2 J. • Diagnose: Generalisierte Angststörung (DSM-IV) • Land: Kanada Methode: • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Intent-to-treat-Analyse Messzeitpunkte: • Vor/Nach der Warte- liste bzw. Behandlung • Follow-up nach 6, 12, & 24 Monaten	Selbstbeurteilung: • Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) • Worry and Anxiety Questionnaire (WAQ) • Intolerance of Uncer- tainty Scale (IUS) • Beck Angstinventar (BAI) • Beck Depressionsin- ventar (BDI) Fremdbeurteilung (Standardisierte Ratings durch Kliniker): • Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV, für kategoriales & dimensionales Rating der Generalisier- ten Angststörung) • Social Adjustment Scale (SAS)	Vermeidungsverhalten/Angst: • Grössere und signifikante Ver- besserungen in der KVT-Gruppe zum Zeitpunkt nach der Behand- lung bezüglich aller abhängigen Variablen (PSWQ, WAQ, IUS, BAI, BDI, SAS) im Vergleich zur Wartelisten-Kontrollgruppe Affektive Valenz: • Weitere Verbesserungen der Patienten der KVT-Gruppe im Laufe des Follow-ups (Aufrecht- erhaltung der Therapieeffekte zu den Follow-ups 6, 12, & 24 Mo- nate) Langzeiteffektivität: • Erzielte Effekte der KVT im Gruppensetting vergleichbar mit Ergebnissen anderer Studien mit Einzelsetzung (Interpretation mit Vorsicht zu sehen)	• Vergleich mit KVT Einzeltherapie innerhalb derselben Studie notwen- dig • Tonbandaufnahmen für Reliabilitätsüberprüfung bezüglich Diagnose; besser wäre es 2. Inter- view durchzuführen • Keine Sammlung von Reliabilitätsdaten (bzgl. Diagnose) zum Messzeit- punkt nach dem Test & Follow-up

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Durham, R.C., Chambers, J.A., MacDonald, R.R., Power, K.G., & Major K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. <i>Psychological Medicine</i> , 33, 499-509.	Studie 1: 4 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepin (Diazepam) • Placebo • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • KVT & Diazepam (Alle Patienten aus Erstversorgung) Studie 2: 3 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • Analytische Psychotherapie (AP) • Angst-Management-Training (AMT) (Patienten aus Erst- und Zweitversorgung)	Studie 1: Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 111 (58% Frauen, 42% Männer), zum Follow-up Zeit-punkt N = 33 • Durchschnittliches Alter: 53 J. (Range: 30-72 J.) • Diagnose: Generalisierte Angststörung (DSM-III) • Land: Schottland (Stirling) Methode: <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Intent-to-treat-Analyse Studie 2: Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> • N = 61 zum Follow-up (67% Frauen, 33% Männer) • Durchschnittliches Alter: 48 J. (Range: 27-71 J.) • Diagnose: Generalisierte Angststörung (DSM-III-R) • Land: Schottland (Dundee) Methode: <ul style="list-style-type: none"> • Prospektiv • Randomisiert • Nicht-kontrolliert • Intent-to-treat-Analyse Messzeitpunkte (gilt für beide Studien): <ul style="list-style-type: none"> • 8-14 Jahres Follow-up 	Selbst- und Fremdbeurteilung für beide Studien <ul style="list-style-type: none"> • Brief Symptom Inventory (BSI) • Fremdbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> • Clinical Global Severity (CGS) • Clinical Global Improvement (CGI) • UK SF-36 Health Survey version 2 • Nur für Studie 1: <ul style="list-style-type: none"> • Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) • Symptom Rating Test (SRT) • Nur für Studie 2: <ul style="list-style-type: none"> • Trait Version of the State Trait Anxiety Inventory (STAI-T) 	Symptomatik: <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung bei 50% der Teilnehmer - Studie 1: etwa 2/3 mit substantieller Verbesserung - Studie 2: 1/3 mit substantieller Verbesserung • Von diesen 50% remittierten 30-40% vollständig - Studie 1: 33-48% - Studie 2: 22-39% • Schwache Outcomes, mit einer anhaltenden Abhängigkeit von Medikation und/oder psychologischer Behandlung bei 30-40%, vornehmlich aus der Studie 2 (mit Zweitversorgung) • Vergleich der Behandlungen: <ul style="list-style-type: none"> • Signifikant niedrigere Symptomatik & weniger zwischenzeitliche Behandlungen in der KVT-Gruppe im Vergleich zu den Bedingungen ohne KVT: - Viele Behandlungen bei 9% (KVT) vs. 26% (ohne KVT) • Keine Evidenz, dass KVT den Status der Diagnose, die Wahrscheinlichkeit einer Remission oder die Wahrnehmung der globalen Verbesserung durch den Patienten beeinflusst • Genesungsrate: <ul style="list-style-type: none"> • Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungen (KVT vs. non-KVT) bezüglich der Genesungsrate in keiner der Studien: - Studie 1 (Aufrechterhaltung der Remission): 35% (KVT) vs. 30% (non-KVT) bzw. Erlangen der Remission: 5% vs. 0% - Studie 2 (Aufrechterhaltung der Remission): 10% (KVT) vs. 11% (non-KVT) bzw. Erlangen der Remission 26% vs. 32% 	<ul style="list-style-type: none"> • Repräsentativität der ursprünglichen Kohorte aufgrund Drop-Outs eingeschränkt • Interpretation der Unterschiede zwischen den Studien nicht unproblematisch, da unterschiedliche diagnostische Kriterien, klinisches Setting (Erst- vs. Zweitversorgung), etc.

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Gilroy, L.J., Kirkby, K.C., Daniels, B.A., Menzies, R.G., & Montgomery, I.M. (2003). Long-term follow-up of computer-aided vicarious exposure versus live graded exposure in the treatment of spider phobia. <i>Behavior Therapy</i> , 34, 65-76.	3 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> Abgestufte Exposition in vivo Computergestützte, stellvertretende Exposition (CAVE) Progressive Muskelrelaxation (PMR; Placebo) Einzeltherapie, 3 Sitzungen à 45 Minuten im Intervall von 2 Wochen 	<p>Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> Ursprüngliches N = 45 Frauen, zum Follow-up Zeitpunkt N = 42, Completers N = 32 Durchschnittliches Alter: 33.11±10.85 J. (Range: 17-59 J.) Diagnose: Spezifische Phobie (Tier-Typus, Spinnen) Land: Australien </p> <p>Methode: <ul style="list-style-type: none"> Randomisiert Kontrolliert Prospektiv Blindstudie Completer-Analyse </p> <p>Messzeitpunkte: <ul style="list-style-type: none"> Vor/Nach der Behandlung Follow-up nach 3 & 33 Monaten </p>	<p>Selbstbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> Subjective Units of Distress Scale (SUDS) Spider Phobia Questionnaire (SPQ) Fear Questionnaire (FQ) Phobic Targets (PT) Work and Adjustment Ratings Scales (WARS) Homework Questionnaire (HWQ) Treatment Helpfulness (TH) & Treatment Acceptability (TA) </p> <p>Verhaltensbeobachtung: <ul style="list-style-type: none"> Behavioural Approach Test (BAT) </p>	<p>Vergleich vor der Behandlung – Follow-up: <ul style="list-style-type: none"> Signifikante Verbesserungen zum 33 Monats-Follow-up im Vergleich zu vor der Behandlung über verschiedene Variablen hinweg bei allen Behandlungsgruppen; Interaktion Gruppe*Zeit statistisch nicht signifikant Keine signifikante Veränderung in irgendeiner Gruppe zwischen dem 3-monatigen & 33-monatigen Follow-up, was auf Langzeiteffektivität hindeutet. Aufrechterhaltung der erzielten Verbesserungen bezüglich subjektiver Messung der Symptomatik (SPQ, FQ, PT, & WARS) & der Verhaltensbeobachtung (BAT mit SUDS) Bei der Behandlungsgruppe mit progressiver Muskelrelaxation lediglich signifikante Verbesserung & Aufrechterhaltung bezüglich einer Variable, nämlich der PT 33 monatiges Follow-up: <ul style="list-style-type: none"> Keine signifikanten Unterschiede zwischen den 3 Gruppen jedoch - Klarer Trend für Überlegenheit der Exposition in vivo über das CAVE & PMR Die CAVE-Bedingung zeigt sich der PMR-Bedingung überlegen bzgl. subjektiver & verhaltensbezogener Messungen → Grosse Effektstärken bei allen Outcome-Massen der aktiven Behandlungsgruppen (Exposition und CAVE) und kleine bis mittlere Effektstärken der PMR-Gruppe </p>	<ul style="list-style-type: none"> 3 Teilnehmer der PMR-Gruppe erhielten zusätzlich eine psychologische Behandlung für Spinnenphobie & Angstlichkeit (könnte Unterschied zwischen Placebo- & den aktiven Behandlungsgruppen reduzieren) Kleine Stichprobengröße (limitiert möglicherweise statistische Power) Dieselbe Person führte die Behandlung & die Erhebung zum Messzeitpunkt Vor/Nach der Behandlung & zum 3-monatigen Follow-up durch → Keine Kontrolle des Versuchsleiter-effektes Ein Teil der Patienten hat BAT mit SUDS nicht absolviert (grosser Teil dieser Personen stammen aus der PMR-Gruppe; 7 von 10)

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Götestam, K.G. (2002). One session group treatment of spider phobia by direct or modelled exposure. <i>Cognitive Behavior Therapy</i> , 31(1), 18-24.	3 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Direkte Exposition (n = 14) • Modell-Exposition (n = 13) • Video-Exposition (n = 11) <ul style="list-style-type: none"> • Gruppentherapie à 2 Stunden 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 38 (92% Frauen, 8% Männer) • Durchschnittliches Alter: 30.3 J. (Range: 19-52 J.) • Diagnose: Spinnenphobie (DSM-III-R) • Land: Norwegen <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Nicht-kontrolliert • Prospektiv • Completer-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor Behandlung • Follow-up nach 1 Woche, 6 & 12 Monaten 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cognitions Questionnaire (Teil des Agoraphobic Cognition Questionnaire, ACQ) • Body Sensation Questionnaire (BSQ) • Selbstwirksamkeit (Ratings auf einer Skala von 0-100) • Evaluation des Langzeiteffektes mittels einer einzelnen Frage: „How is your phobia now, compared with before treatment?“ • Fear Survey Schedule III (FSS-III) <p>Klinisches Interview:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose nach DSM-III-R gemäss den Informationen aus einem offenen klinischen Interview 	<p>Cognitions Questionnaire (ACQ):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Reduktion der Angst nach der Behandlung mit signifikantem Zeiteffekt zum Messzeitpunkt Follow-up (6 & 12 Monate): - Aufrichterhaltung der Effekte über das Follow-up für die direkte Exposition - Reduktion derselben für Modell- und Video-Exposition <p>Body Sensation Questionnaire (BSQ):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Substantielle Reduktion der körperlichen Symptome nach der Behandlung mit signifikantem Zeiteffekt • Tendenz der Exposition, die besten Ergebnisse aufzuweisen <p>Selbstwirksamkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Substantielle Zunahme nach der Behandlung mit signifikantem Zeiteffekt und signifikanter Interaktion (Behandlung x Messzeitpunkt) <p>Evaluation der Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beste langfristige Ergebnisse durch direkte Exposition, gefolgt von der Modell-Exposition; geringste Verbesserungen durch Videoexposition • Bekräftigung dieses Trends lediglich durch einen signifikanten Gruppenunterschied (Evaluation der Therapieergebnisse durch die Patienten) 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Kontrollgruppe • Teilweise fehlende Patientendaten in den Zellen • Generalisierbarkeit (Komorbidität scheint in dieser Stichprobe ziemlich tief zu sein)

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B., & von Witzleben, I. (2001). Short- and long-term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 69(3), 375-382.	1 Gruppe: <ul style="list-style-type: none"> Individuelle Exposition in hohen Dosen bei Panikstörung mit Agoraphobie: täglich über 2-3 Wochen Durchschnittliche Dauer des direkten Therapeuten-Patienten Kontaktes: 36.2 Sitzungen à 50 Minuten 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> In Analyse einbezogenes N = 416 (67% Frauen, 33% Männer) Durchschnittliches Alter: 35.6±8.9 J. (Range 17-72 J.) Diagnose: Primärdiagnose Panikstörung mit Agoraphobie (DSM-III-R) Land: Deutschland <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nicht-randomisiert Nicht-kontrolliert Prospektiv Rekrutierung in 3 ambulanten Kliniken Completer-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vor/Nach der Behandlung Follow-up nach 6 Wochen; 1 & 5 Jahren 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Beck Angstinventar (BAI) Agoraphobic Cognition Questionnaire (ACQ) Body Sensations Questionnaire (BSQ) Mobility Inventory (MI) Beck Depressionsinventar (BDI) Symptom Checkliste-90-Revised (SCL-90-R) <p>Klinisches Interview:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R) Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen (DIPS) (DSM-III-R) 	<p>Unterschiede zwischen den Kliniken:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kein signifikanter Unterschied der Ergebnisse zwischen den 3 ambulanten Kliniken Effektivität: <ul style="list-style-type: none"> Klinische Effektivität der Exposition in hohen Dosen bei Patienten mit Panikstörung mit Agoraphobie durch Ergebnisse (6 Wochen, 1 Jahres-Follow-up) gestützt Hochsignifikante Reduktion der Symptome in allen klinischen Variablen (Angstsymptome, depressive Symptome, angstbezogene Kognitionen, agoraphobische Vermittlung, allgemeine Symptomatik) in der Erhebung nach der Therapie & Aufrechterhaltung über 1 Jahr hinweg Keine Abhängigkeit der Effektivität von der Störungsdauer, Anzahl Behandlungssitzungen & des Erhebungsgrades des Therapeuten Schlussfolgerung: <ul style="list-style-type: none"> Studie deutet an, dass Exposition in hohen Dosen vom Forschungssetting in das Feld der mentalen Gesundheit übertragen werden kann 	<ul style="list-style-type: none"> Alle Messungen basieren auf Selbstbeurteilungen Keine gründliche Erfassung der Achse-I Komorbidität seit dem Beginn der Datensammlung Fehlende Daten zur Behandlungsintegrität Nicht therapiemanualgestützt Therapeuten setzten Vielzahl an Methoden ein und waren nicht an eine festgelegte Anzahl Sitzungen gebunden Erfahrungsgrad der Therapeuten unterschiedlich Aussagen basieren ausschliesslich auf Selbstbeurteilungsfragebögen Komorbidie Störungen nicht durchgehend erfasst

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Hembree, E.A., Riggs, D.S., Kozak, M.J., Franklin, M.E., & Foa, E.B. (2003). Long-term efficacy of exposure and ritual prevention therapy and serotonergic medications for obsessive-compulsive disorder. <i>CNS Spectrums</i> , 8(5), 363-371.	3 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> Intensive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsverhinderung (EX/RV) (n = 23): 15 tägliche Sitzungen à 2 h über 3 Wochen Antidepressiva: Fluvoxamin (n = 18) oder Clomipramin (n = 6) vs. Placebo (n = 6): 10-wöchige Medikation Intensive Exposition mit Reaktionsverhinderung & Medikation mit Antidepressiva (n = 15) Keine Radomisierung über Bedingungen hinweg, jedoch erhielten Patienten, die der Medikation zugestimmt haben, entweder Medikament oder Placebo Clomipramin-Bedingung: Angebot nach 10-wöchiger Behandlungsdauer die erhaltene Medikation (Clomipramin oder Placebo) über 1 J. fortzusetzen (gilt nur für Probanden, die auf Medikation signifikant ansprachen) Fluvoxamin-Bedingung: Angebot nach 10-wöchiger Behandlungsdauer Fluvoxamin über 1 J. einzunehmen (gilt für alle Probanden, die Fluvoxamin bzw. Placebo erhalten haben) 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> In Analyse einbezogenes N = 62 (56% Frauen, 44% Männer), Completers N = 68 Durchschnittliches Alter: 35.1±10.5 J. Diagnose: Zwangsstörung (DSM-III-R) Land: Vereinigte Staaten <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kontrolliert Teilweise randomisiert; Patienten wählten zwischen EX/RV oder serotonerger Medikation; in der Bedingung mit serotonerger Medikation randomisierte Zuordnung zu Fluvoxamin oder Clomipramin bzw. Placebo Prospektiv Medikation: Doppelblindstudie Completer-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> Follow-up: Range 6-43 Monate (EX/RV: M = 17.5, SD = 10.0; Medikation: M = 14.1, SD = 7.1; EX/RV & Medikation: M = 17.3, SD = 11.5) 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) Fremdbeurteilung: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) Assessor Severity Rating 	<p>Schweregrad der Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wenn gegenwärtige Medikation unberücksichtigt bleibt: Kein Unterschied im Schweregrad der Symptome der 3 Behandlungsgruppen zum Follow-up Wenn Medikation berücksichtigt wird: Gruppenunterschiede zum Follow-up <p>-Patienten, die zum Zeitpunkt des Follow-ups keine Medikamente eingenommen haben (n = 37): Patienten der EX/RV-Gruppen mit und ohne Medikation schätzen den Schweregrad der Symptome (in 4 von 6 Masen) niedriger ein als Patienten der Medikations-Gruppe</p> <p>-Patienten, die zum Zeitpunkt des Follow-ups Medikamente eingenommen haben (n = 25): Keine Unterschiede</p> <p>-EX/RV-Gruppe mit Antidepressiva: konsistent die niedrigsten Ratings; langfristige Besserung unabhängig davon, ob Patienten noch gegenwärtig Medikamente eingenommen hatten oder nicht</p> <p>Langzeiteffektivität:</p> <ul style="list-style-type: none"> Langzeiteffekte der serotonergen Medikation vergleichbar mit denen der EX/RV, solange die Patienten weiterhin Medikamente einnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> Kleine Stichprobengröße Follow-up Evaluation per Telefon (ev. Einfluss auf die Antworten der Patienten bzw. auf die Ratings des Beurteilers, da kein Face-to-Face Kontakt) Keine randomisierte Zuteilung

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Himle, J.A., Rassi, S., Haghightagou, H., Krone, K.P., Nesse, R.M., & Abelson, J. (2001). Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: Seven vs. twelve-week outcomes. <i>Depression and Anxiety, 13</i> , 161-165.	2 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> •Verhaltensstherapie (n = 89): 7-wöchige Gruppentherapie à 2h •Verhaltensstherapie (n = 24): 12-wöchige Gruppentherapie à 2h (erste 7 Wochen) gefolgt von 5 einstündigen Sitzungen 	Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> •Ursprüngliches N = 113 (62% Frauen, 38% Männer), Completers N = 26 •Durchschnittliches Alter: 37±10.86 J. •Diagnose: Zwangsstörung (DSM-IV) •Land: Vereinigte Staaten Methode: <ul style="list-style-type: none"> •Nicht-randomisiert •Nicht-kontrolliert •Prospektiv •Completer-Analyse Messzeitpunkte: <ul style="list-style-type: none"> •Vor/Nach der Behandlung •Follow-up nach 3 & 49.19±16.64 Monaten 	Selbstbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> •Yale-Brown Obsessive-Compulsive Inventory (Y-BOCS) •Beck Depression Inventory (BDI) •Ökologisches Mass: •Kosten 	Symptomreduktion: <ul style="list-style-type: none"> •Signifikante Verbesserung der Ratings der Zwangstörung & Depression durch Exposition mit Reaktionsverhinderung •Aufrechterhaltung dieser Verbesserungen beim 3 Monats-Follow-up & beim Langzeit-Follow-up Kosten: •Kein signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen mit unterschiedlicher Therapiedauer (7 vs. 12 Wochen): Reduktion der Zeit & Kosteneinsparung durch kürzere Therapiedauer (\$350.00 pro behandeltem Fall) 	<ul style="list-style-type: none"> •Kleine Stichprobengröße •Keine Randomisierung (Verlängerung der Therapiedauer von 7 Wochen auf 12 Wochen, nachdem Patienten Wunsch geäußert haben) •Fehlender Vergleich mit anderer, möglicherweise wirksamer Therapie (z.B. ob die Kombination von Medikation & Gruppen-Verhaltenstherapie im Vergleich zur alleinigen Gruppen-Verhaltenstherapie effektiver ist)

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Kenardy, J.A., Dow, M.G.T., Johnston, D.W., Newman, M.G., Thomas A., & Barr Taylor, C. (2003). A comparison of delivery methods of cognitive-behavioral therapy for panic disorder: An international multicenter trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 71(6), 1068-1075.	<p>4 Gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurze Kognitive Verhaltenstherapie (KVT6) (n = 39): 6 wöchentliche Sitzungen à 1 h • Standardbehandlung (KVT12) (n = 41): 12-wöchige Kognitive Verhaltenstherapie à 1h • Computergestützte Kognitive Verhaltenstherapie (KVT6-CA) (n = 41): 6 wöchentliche KVT Sitzungen à 1h + Computer, der Patienten 5x pro Tag erinnert, die Therapiekomponenten zu üben • Warteliste (n = 41) 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Analyse einbezogenes N = 163 (75.5% Frauen, 25.5% Männer), Completers N = 93 • Durchschnittliches Alter: 36.8 ± 10.00 J. • Diagnose: Panikstörung mit/ohne Agoraphobie (DSM-IV), aktuelle Episode von mindestens 3 Monaten - 76.1% der Patienten leiden an Panikstörung mit Agoraphobie • Land: Schottland und Australien <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor/Nach Behandlung • Follow-up nach 6 Monaten 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeit von Panikattacken in den letzten 2 Wochen • Leid und Beeinträchtigung • Fear Questionnaire (FQ) • Mobility Inventory for Agoraphobia (MI) • Body Sensations Questionnaire (BSQ) • Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ) • State-Trait-Anxiety Inventory (STAI-T; Trait Subskala) • Beck Depressioninventar (BDI) • Medical Outcomes Survey Short Form 36 (SF-36) • Ökologisches Mass: • Kosten 	<p>Vergleich der Behandlungsgruppen nach der Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 aktive Behandlungsgruppen signifikant wirksamer als Warteliste • Standardtherapie (KVT12) signifikant wirksamer als Kurzzeittherapie (KVT6) • Keine signifikanten Unterschiede zwischen computergestützter Kurzzeittherapie (KVT6-CA) und KVT12 bzw. KVT6 • Effektivitäten (ES): <ul style="list-style-type: none"> • KVT6: ES=1.51 • KVT12: ES=2.16 • KVT6-CA: ES=1.96 • Einzig signifikanter Unterschied zwischen KVT6 und KVT12 zum Zeitpunkt nach der Behandlung <p>Vergleich der Behandlungsgruppen zum Follow-up:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle aktiven Behandlungsgruppen zeigen signifikante Verbesserungen und unterscheiden sich nicht signifikant voneinander • Panikfreier Status: <ul style="list-style-type: none"> • Alle aktiven Behandlungen waren ein signifikanter Prädiktor für den panikfreien Status im Vergleich zu der Wartebedingung • Kein signifikanter Unterschied zwischen KVT6-CA und KVT12; jedoch signifikant weniger panikfreie Patienten in der KVT6 Bedingung im Vergleich zu KVT12 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Objektivierung des Status der Diagnose nach der Behandlung • Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungen zum Follow-up

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	King, N., Tonge, B.J., Heyne, D., Turner, S., Pritchard, M., Young, D., Rollings, S., Myerson, N., & Ollendick, T.H. (2001). Cognitive-behavioural treatment of school-refusing children. Maintenance of improvement at 3- to 5-year follow-up. <i>Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 30</i> (2), 85-89.	2 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (n = 17): Intensive Therapie über 4 Wochen mit individuellen Sitzungen mit dem Kind respektive Eltern und Lehrern • Warteliste (n = 17) 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 34 (47% Mädchen, 53% Jungen), Completers N = 16 • Alter = 5-15 J. • Diagnosen: Trennungsangst (n = 8), Anpassungsstörung (n = 7), Überängstlichkeit (n = 5), Einfache Phobie (n = 3), Soziale Phobie (n = 2), Zwangsstörung (n = 1), Dysthymie (n = 1), vermeidende Persönlichkeitsstörung (n = 1), Angststörung NNS (n = 1) (DSM-III-R) <p>- 5 Kinder erfüllten trotz anhaltender Schulverweigerungsprobleme keine Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einschlusskriterium: Erfüllen der Kriterien von Berg, Nichols & Pritchard (1969) für Schulverweigerung • Land: Vereinigte Staaten <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Completer-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor/Nach der Behandlung • Follow-up nach 3 Monaten, 3 - 5 Jahren 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Self-Efficacy Questionnaire for School Situations (SEQ-SS) Fremdbeurteilung: • Follow-up nach 3-5 Jahren: Strukturiertes Telefon-Interview mit Eltern und Lehrern • Primäres Outcome Mass = zur Schule gehen 	<p>Schulvermeidung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wieder normaler Schulbesuch bei 88.2% der mit Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) behandelten Kinder im Vergleich zu 29.4% der Warteliste <p>Schulleistung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Schulleistungen bei den meisten Kindern; (sehr) unterdurchschnittliche Noten bei den 3 Kindern, die nach KVT noch die Schule verweigerten <p>Psychischer Status:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder in der KVT Bedingung berichteten weniger negative Gefühle wie Angst, Depression und Furcht, sowie grösseres Vertrauen in ihre Fähigkeit, mit angstauslösenden Situationen umzugehen <p>Follow-up (3 Monate):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufrechterhaltung der Therapieerfolge <p>Follow-up (3-5 Jahre):</p> <p><i>(Daten von 16 der 17 behandelten Kinder der KVT-Gruppe durch Eltern und Schulen erhalten, Daten der Kinder der Warteliste nicht nacherhoben):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Normaler Schulbesuch bei 13 der 16 Kinder (81.3%); gemäss Auskunft der Eltern keine weiteren Episoden von Schulverweigerung und keine zusätzliche Behandlung nötig • Diese 13 Kinder mit normalen Schulbesuch hatten keine neuen psychologischen Probleme; sie waren zuversichtlich und belastbar, konnten gewöhnlichen Stress zu Hause und in der Schule besser verarbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Follow-up Assessment durch telefonisches Interview mit Eltern und Lehrern (keine klinischen/psychologischen Tests mit Kindern) • Kein Follow-up bei Kindern der Warteliste

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Krampen, G. (1999). Long-term evaluation of the effectiveness of additional autogenic training in the psychotherapy of depressive disorders. <i>European Psychologist, 4</i> (1), 11-18.	3 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • 40 Psychotherapiesitzungen (Einzeltherapie) über 20 Wochen (n = 18) • Erlernen des autogenen Trainings (AT) in den ersten 10 Wochen, anschließend 20 Einzeltherapiesitzungen & Üben des autogenen Trainings in den folgenden 10 Wochen (n = 19) • Warteliste-Kontrollgruppe in den ersten 10 Wochen, anschließend 20 Psychotherapiesitzungen (Einzeltherapie) & Erlernen des autogenen Trainings in den folgenden 10 Wochen (n = 18) • Psychotherapie = Integrative psychotherapeutische Annäherung (verhaltensorientierte und problemzentrierte Behandlung, unterstützende Behandlung, psychodynamisch-orientierte Behandlung) 	Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 55 (69% Frauen, 31% Männer), Completers N = 48 • Alter: 22-69 J. • Diagnose: Depressive Störung (ICD-10) • Land: Deutschland Methode: <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Completer-Analyse Messzeitpunkte: <ul style="list-style-type: none"> • Vor der Behandlung • Follow-up nach der Behandlung (d.h. 10 bzw. 20 Wochen), 8 Monaten & 3 Jahren 	Selbstbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> • Beck Depressionsinventar (BDI) • Symptom Checklist for Autogenic Training (AT-SYM) • Klinisches Interview: • Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R (SKID-P) Zu den Follow-up Messzeitpunkten: <ul style="list-style-type: none"> • Krankheitsverlauf • Rückfall • Psychotherapie & medikamentöse Behandlung • Häufigkeit des autogenen Trainings im Alltag 	Wirksamkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Positivere Effekte durch kontrollierte & beaufsichtigte Anwendung des autogenen Trainings vor der Psychotherapie oder in Kombination mit Psychotherapie als durch die alleinige Psychotherapie • Langzeiteffektivität zum 3-Jahres Follow-up: • Bei den Gruppen der kombinierten Bedingungen im Vergleich zur Behandlungsgruppe Psychotherapie ohne autogenes Training: - Signifikant tiefere Rückfallraten - Signifikant seltenere Wiederaufnahme einer Therapie - Signifikant stabilere positive Behandlungseffekte bezüglich der Reduktion der Depression & der psychosomatischen Beschwerden 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeutische Techniken und Strategien, als auch Instruktion zum autogenen Training unterschiedlich vermittelt

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Murray, L., Cooper, P.J., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression II. Impact on the mother-child relationship and child outcome. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 182, 420-427.	4 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (n = 41) • Psychodynamische Therapie (n = 40) • Nicht-direktive Beratung (n = 42) • Routinemässige Primärversorgung (n = 48) <ul style="list-style-type: none"> • Therapie auf wöchentlicher Basis von der 8. - 18. Woche post-partum 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 193 Frauen, Completers N = 171 • Bevölkerungsstichprobe • Diagnose: Post-partum Depression (DSM-III-R) • Land: England <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor/Nach der Behandlungsphase (nach der Behandlung = 4.5 Monate post-partum) • Follow-up nach 18 Monaten, 5 Jahren 	<p>Selbstbeurteilung (Mutter):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) • Frühes mütterliches Management des kindlichen Verhaltens & der Probleme in der Mutter-Kind-Beziehung (Checkliste) • Fremdbeurteilung (<i>vorwiegend unabhängige Rater</i>): • Therapist Rating Scale (TRS) • Kindliche kognitive & emotionale Entwicklung (McCarthy Scales of Children's Abilities (SCA), Mental Development Index of the Bayley Scales of Infant Development (BSID)) • Qualität der Mutter-Kind-Beziehung • Mutter-Kind-Interaktion (Videoaufnahme von Face-to-face Interaktionen) • Bindung (Ainsworth; Strange Situation Procedure (SSP)) <p>Fremdbeurteilung (Mutter & Lehrer):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spätere kindliche emotionale & verhaltensbezogene Probleme (Behavioural Screening Questionnaire (BSQ); Skala nach Rutter, Pre-school Behaviour 	<p>Wirksamkeit (nach der Therapie):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signifikanter Einfluss aller 3 Therapiebehandlungen auf die mütterlichen Berichte von frühen Schwierigkeiten in der Beziehung zum Kind • 18-monatiges Follow-up: • Beratung unterscheidet sich als einzige der drei aktiven Behandlungsgruppen signifikant von der Kontrollgruppe: <ul style="list-style-type: none"> - Positivere Einschätzung der Emotionen & des Verhaltens der 18-monatigen Kinder - Mehr sensible frühe Mutter-Kind-Interaktionen • Kein signifikanter Einfluss der Behandlungen beim 5-Jahres-Follow-up auf: <ul style="list-style-type: none"> - Das mütterliche Management früh auftretender Verhaltensprobleme bei den Kindern - Die Sicherheit der Mutter-Kind-Bindung - Die kindliche kognitive Entwicklung - Andere auf das Kind bezogene Variablen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ev. zu kurze Interventionsdauer • Entwicklung & Evaluation von präventiven Programmen wäre äusserst sinnvoll & stellt eine Herausforderung für die Zukunft dar

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

				Checklist (PBC) Klinisches Interview: •Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R (SKID-I, Sektion Depression)		
--	--	--	--	---	--	--

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Peden, A.R., Rayens, M.K., Hall, L.A., & Beebe, L.H. (2001). Preventing depression in high-risk college women: A report of an 18-month follow-up. <i>Journal of American College Health</i> , 49(6), 299-306.	2 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention (n = 46): Dauer von 6 Wochen; Gruppentherapie • Kontrollgruppe (n = 46): Keine Behandlung 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 92 Frauen, Completers N = 42 • Durchschnittliches Alter: 19,3±1,4 J. (Range: 18-24 J.) • Einschlusskriterium: Risiko für klinische Depression • Land: Vereinigte Staaten <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Intent-to-treat-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor der Studie • Follow-up nach 1, 6 & 18 Monaten 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beck Depressionsinventar (BDI) • Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) • Crandall Cognitions Inventory (CCI) • Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) 	<p>Symptomveränderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grössere Abnahme depressiver Symptome und negativen Denkens, ebenso grössere Zunahme des Selbstwertes bei den Frauen der Interventionsgruppe im Vergleich zu den Frauen in der Kontrollbedingung - Signifikante Gruppenunterschiede für jede der erhobenen Variablen (zu jedem Messzeitpunkt über das gesamte 18-monatige Follow-up) • Aufrechterhaltung der günstigen Effekte über eine 18-monatige Follow-up-Periode 	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine Stichprobe von Studentinnen einer Universität - Generalisierbarkeit fragwürdig → Replikation der Studie an anderer College-Stichprobe wünschenswert • Reduktion des Gefühls der Isolation und gesteigertes Zugehörigkeitsgefühl könnten auf den Hawthorne-Effekt³ zurückzuführen sein

³ Einfluss, den die bloße Teilnahme an einem Experiment auf die Versuchsperson und damit auf das Experimentalergebnis auszuüben vermag. Wermke, M., Klosa, A., Kunkel-Razum, K. und Scholze-Stubenrecht, W. (2001). Duden, Fremdwörterbuch.

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Rohde, P., Clarke, G.N., Mace, D.E., Jorgensen, J.S., & Seeley, J.R. (2004). An efficacy/ effectiveness study of cognitive-behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> , 43(6), 660-668.	<p>2 Gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescent Coping With Depression (CWD-A) (n= 45): Gruppentherapie mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Komponenten • Life Skills Gruppe (LS) (n = 48): Gruppentherapie; Training von Lebensbewältigungsfertigkeiten, schulische Unterstützung • 89 nichtexperimentelle Teilnehmer, wurden separat auf die Behandlungen randomisiert, jedoch nicht in die Analyse miteinbezogen • Therapiedauer: 16 zweistündige Sitzungen über 8 Wochen hinweg verteilt 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 93 (48% Frauen, 52%), Completers N = 87 • Durchschnittliches Alter: 15.1±1.4; (Range: 13-17 J.) • Diagnosen: Major Depression und komorbide Störung des Sozialverhaltens (DSM-IV) • Land: Vereinigte Staaten <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Completer-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor/Nach der Therapie • Follow-up nach 6 & 12 Monaten 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beck Depressioninventar-II (BDI) • Social Adjustment Scale-Self-Report for Youth (SAS) <p>Fremdbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) • Children's Global Adjustment Scale (CGAS) • Child Behavior Checklist (CBCL) <p>Klinisches Interview:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (LIFE) • Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School Age Children-Epidemiologic Version 5 (K-SADS-E-5) <p>Archivaufzeichnungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strafregister der 12 Monate vor und nach Therapie 	<p>Genesungsrate: <i>Nach der Therapie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Genesungsrate der Major Depression signifikant grösser in der CWD-A- (39%) als in der LS-Gruppe (19%), Odds Ratio = 2.66 • Kein signifikanter Unterschied der Genesungsrate für Störung des Sozialverhaltens zwischen den Gruppen: 9% (CWD-A) vs. 17% (LS) <p>6-, 12-monatiges Follow-up:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kein signifikanter Gruppenunterschied der Genesungsrate der Major Depression: - Nach 6 Monaten 54% Remission in der CWD-A-Gruppe vs. 60% in der LS-Gruppe - Nach 12 Monaten bei beiden Gruppen Remission von 63% • Ebenfalls kein signifikanter Gruppenunterschied bezüglich der Störung des Sozialverhaltens: - Nach 6 Monaten 39% Genesung in der CWD-A-Gruppe vs. 33% in der LS-Gruppe - Nach 12 Monaten 41% vs. 39% Depressivität/Funktionsniveau: <p><i>Nach der Therapie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung mit CWD-A: Signifikant tiefere Werte im BDI, HDRS und verbessertes soziales Funktionsniveau (SAS) im Vergleich zur LS-Gruppe • 6-, 12-monatiges Follow-up: Wiederauftreten einer Major Depression Episode: • Nach 12 Monaten 25% in der CWD-A-Gruppe vs. 11% in der LS-Gruppe • Die Genesungsrate der Major Depression unterscheidet sich zwischen den beiden Gruppen zum 6- & 12- monatigen Follow-up nicht signifikant 	<ul style="list-style-type: none"> • Relativ geringe Stichprobe für die Berechnung des Wiederauftretens einer Major Depression (in beiden Behandlungsgruppen zusammen 36%) • Stichprobe (Generalisierbarkeit der Ergebnisse nicht gegeben) • Ungleiche Geschlechterverteilung durch Randomisierung • Möglicher Unterschied der Behandlungsglaubwürdigkeit der beiden Interventionen nicht untersucht • Behandlung ausserhalb der Studie möglich • Viele Outcome-Masse basieren auf Selbstbeurteilung der Jugendlichen: - Komorbide Störung des Sozialverhaltens stellt Richtigkeit der Angaben in Frage • Ev. verzerrte retrospektive Erinnerung zu den Follow-up Messzeitpunkten (beziehen sich auf vergangene 6 Monate) • Künftige Studien sollten längere Follow-up-Zeiträume erfassen

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Sherbourne, C.D., Wells, K.B., Duan, N., Miranda, J., Unützer, J., Jaycox, L., Schoenbaum, M., Meredith, L.S., & Rubenstein, L.V. (2001). Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 58, 696-703.	2 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> •Qualitätssteigernde Intervention (QI) mit zweit Unterformen: -QI-kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (n = 464): Einzel- oder Gruppensitzungen von 12-16 Sitzungen oder kurze KVT von 4 Sitzungen -QI-Medikation (n = 405): Antidepressiva -Beide Behandlungsgruppen konnten zusätzlich Antidepressiva bzw. Psychotherapiesitzungen erhalten •Gewöhnliche Behandlung (n = 430) 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ursprüngliches N = 1356 (70.5% Frauen, 29.5% Männer), in Analyse einbezogenes N = 1299 •Durchschnittliches Alter: 43. 7±14.9 J. •Einschlusskriterium: Gegenwärtige depressive Symptome •Land: Vereinigte Staaten <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Randomisierte Zuordnung der Kliniken (insgesamt 6) •Kontrolliert •Prospektiv •Intent-to-treat Analyse •Naturalistische Anwendungsbedingung <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Vor der Studie •Alle 6 Monate über 2 Jahre 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) •Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) <p>Klinisches Interview:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Composite International Diagnostic Interview (CID1) <p>„Overall poor outcome“ = eingesetzten Fragebögen zu affektiven Störungen integriert</p>	<p>Depressionsrate (nach 2 Jahren):</p> <ul style="list-style-type: none"> •Über alle Gruppen hinweg vergleichbar (Gewöhnliche Behandlung: 34%, QI-Medikation: 39%, QI-KVT: 31%) -QI-Medikation hatte signifikant höherer Depressionsrate als QI-KVT <p>Körperliches Funktionsniveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kein signifikanter Gruppenunterschied zu keinem Messzeitpunkt <p>Emotionales Wohlbefinden:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Verbesserungen bereits nach 6 Monaten in der QI-KVT-Gruppe im Vergleich zur gewöhnlichen Behandlung und Aufrechterhaltung derselben über 2 Jahre hinweg (signifikanter Gruppenunterschied zu jedem Messzeitpunkt) •Kein signifikanter Gruppenunterschied zwischen QI-Medikation und der gewöhnlichen Behandlung zu irgendeinem Messzeitpunkt <p>Integratives „Overall poor outcome“-Mass:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Signifikante Reduktion in der QI-KVT-Gruppe im Vergleich zur gewöhnlichen Behandlung zu jedem Messzeitpunkt (Reduktion gemittelt über die 2 Jahre: 8%) •Signifikante Reduktion in der QI-KVT-Gruppe im Vergleich zur QI-Medikation zu den Messzeitpunkten 18 Monate, 2 Jahre •QI-Medikation und gewöhnliche Behandlung unterscheiden sich zu keinem Zeitpunkt <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Beide Interventionen sind im Vergleich zur gewöhnlichen Behandlung über das 12-monatige Follow-up hinweg effektiver mit grösseren Verbesserungen für QI-KVT 	<ul style="list-style-type: none"> •Naturalistische Durchführungsbedingung: Freiheit, Intervention zu modifizieren und Patienten/Kliniker konnten Behandlung wählen •Art der Randomisierung (Klinikebene), Attribution der anhaltenden Verbesserungen auf die Psychotherapie fragwürdig •Drop-Outs •Für die meisten Outcomes konnten die Gruppenunterschiede (QI vs. gewöhnliche Behandlung) nicht über die gesamten 2 Jahre aufrechterhalten werden

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Psychodynamische Therapien	Blay, S.L., vel Fucks, J.S., Barruzi, M., di Pietro, M.C., Gastal, F.L., Neto, A.M., de Souza, M.P., Gladiusz, L.R.U., & Dewey, M. (2002). Effectiveness of time-limited psychotherapy for minor psychiatric disorders. <i>British Journal of Psychiatry, 180</i> , 416-422.	2 Gruppen: • Kurze dynamische Psychotherapie (KDP) (n = 43): 8 Gruppensitzungen à 90 Minuten • Klinisches Management (KM) (n = 41): Einmalige Einzelbehandlung bei Psychiater à 30-40 Minuten	Stichprobe: • Ursprüngliches N = 84 (80% Frauen, 20% Männer), Completers N = 36 • Durchschnittliches Alter: 35,9+9,5 J. (Range: 20-60 J.) • Diagnose: leichte oder mittelschwere affektive Störung, Angststörung, somatoforme Störung, Anpassungs- oder sexuelle Störung (DSM-IV), wobei Dauer nicht > 5 J. • Land: Brasilien Methode: • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Parallelisiert • Completer-Analyse • Naturalistisches Follow-up Messzeitpunkte: • Vor/Nach der Behandlung • Follow-up nach 2 Jahren	Selbstbeurteilung: • 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12) • Therapy Session Report (TSR) Fremdbeurteilung: • Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) Klinisches Interview: • Clinical Interview Schedule (CIS) Primäres Outcome-Mass: GHQ-12-Wert	Allgemeiner Gesundheitszustand: <i>Nach der Therapie:</i> • Basierend auf dem GHQ-12-Wert signifikante Verbesserung bei 54,8% der Patienten in der dynamischen Psychotherapie (KDP) vs. 26,8% der Patienten in der Gruppe mit klinischem Management (KM) → Signifikanter Gruppenunterschied mit Überlegenheit der KDP <i>Follow-up:</i> • KDP: Verbesserung (GHQ ≤ 3) bei 7 von 22 (31,8%) Patienten • KM: Verbesserung (GHQ ≤ 3) bei 10 von 25 Patienten (40%) → Keine Überlegenheit der KDP mehr ersichtlich • Unterschiedliche Veränderungsrate des GHQ-Wertes zwischen KDP und KM (signifikante Gruppe-Zeit-Interaktion): grösere Reduktion bei den Patienten mit KM zum 2-Jahres-Follow-up Sekundäre Outcome-Masse: CIS, HRSD & TSR: <i>Nach der Therapie:</i> • Verbesserte Werte in allen drei Fragebögen bei 21,4% der KDP-Gruppe vs. 0% in der Gruppe mit KM <i>Follow-up:</i> • Verbesserung bei 1 von 22 (5%) Patienten der KDP Gruppe vs. 6 von 25 (24%) Patienten der KM-Gruppe	• Naturalistisches Follow-up (keine Kontrolle über zusätzliche Behandlungen) • Follow-up-Rekrutierung: Patienten per Telefon oder Post kontaktiert, aufgrund von Kontakt-schwierigkeiten unterschiedliche Follow-up Intervalle: - KDP: zwischen 15-32 Monaten - KM: zwischen 9-30 Monaten • Vergleich von zwei sehr heterogenen Gruppen, die unterschiedliche Behandlungen erhalten haben (Differenzierung des Effektes auf die Behandlung oder auf die Gruppendynamik unklar) • Relativ schlechte Response Rate nach 24 Monaten. Möglichkeit eines Selektionseffektes besteht (Ev. weigerten sich vermehrt Probanden mit einer ausgeprägteren Symptomatik bzw. einem grösseren Schweregrad an der Follow-up Erhebung teilzunehmen)

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Psychodynamische Therapien	Keller, W., Westhoff, G., Dilg, R., Rohner, R., Studt, H.H., & die Arbeitsgruppe empirische Psychotherapieforschung in der Analytischen Psychologie (2001). Wirksamkeit und Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen bei Langzeitanalysen: Ergebnisse einer empirischen Follow-up-Studie zur Effektivität der (Jungianischen) Psychoanalyse und Psychotherapie. <i>Analytische Psychologie</i> , 32, 202-229.	<ul style="list-style-type: none"> Langzeiteffektivität von Langzeitpsychotherapie bzw. -analyse (mehr als 100 Stunden) 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ursprüngliches N = 107 Durchschnittliches Alter: 34,4±7,9 J. Diagnosen (adaptiert an ICD-9): Borderline (9,5%), narzisstische Neurose (52,6%), funktionelle Körpersymptome (75,5%), Persönlichkeitsstörung (36,1%), psychosomatische Erkrankung (25,7%), somatische Erkrankung (18,5%) Einschlusskriterien: Behandlung durch ausgebildeten Psychoanalytiker und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP), Behandlungsabschluss 1987 oder 1988 Land: Deutschland <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nicht-randomisiert Nicht-kontrolliert Retrospektiv Completer-Analyse Naturalistisch <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vor/Nach der Behandlung Katamnese im Durchschnitt nach 6 Jahren 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Symptom Checklist Revised (SCL-90-R) Fragen zur Lebenszufriedenheit (IRES) Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) Giessen-Test (GT) Diverse standardisierte Fragen zu Anlass und Verlauf der Therapie, Therapeutenbeziehung etc. <p>Fremdbeurteilung (Retrospektiv):</p> <ul style="list-style-type: none"> ICD-10 Diagnose Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) bei Behandlungsbeginn Globale Therapieerfolgsschätzung (für den Zeitpunkt nach der Therapie) Objektive Beanspruchungsdaten der Krankenkasse 	<p>Ergebnisse bei der Katamnese: <i>Psychische & körperliche Variablen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Gute bis sehr gute Verbesserungen im Vergleich zum Befinden vor der Behandlung bei 70-94% der Patienten auf verschiedenen Skalen hinsichtlich ihrer psychischen und körperlichen Befindlichkeit, globalen Befindlichkeit, Lebens- und Berufszufriedenheit, Partner- und Familienbeziehungen, als auch ihres allgemeinen sozialen Funktionsniveaus SCL-90-R: keine psychopathologischen Kennwerte zum Follow-up-Zeitpunkt 6 Jahre VEV: signifikante Verbesserung in der Gesamtgruppe Giessen-Test: Nachweis einer klinisch relevanten Störung bei Katamnese nicht mehr möglich <p><i>Therapiedauer:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Je länger die Therapie dauerte, desto erfolgreicher beschrieben die Patienten diese nach 6 Jahren <p><i>Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Arbeitsfähigkeitszeiten (Zeitraum 5 Jahre Vor/Nach der Therapie): Durchschnittlich 16 Tage/Jahr vor Therapie vs. 8 Tage/Jahr nach Therapie Krankenhaustage (Zeitraum 1 Jahr resp. 5 Jahre Vor/Nach der Therapie): 8 Tage/Jahr vor Therapie vs. 1 Tag/Jahr nach Therapie resp. 3,7 Tage/Jahr vs. 1,8 Tage/Jahr 	<ul style="list-style-type: none"> Vergabe von retrospektiven Diagnosen Nicht-kontrolliert und nicht-randomisiert

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Psychodynamische Therapien	Muratori, F., Picchi, L., Casella, C., Tancredi, R., Milonene, A., & Patamello, M.G. (2002). Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> , 71, 28-38.	<p>2 Gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurze Psychodynamische Psychotherapie (KPP, n = 15): - 5 Sitzungen mit der Familie - 5 Sitzungen alleine mit dem Kind - 1 Familiensitzung am Ende - 11 wöchentliche Sitzungen während 4 Monaten • Kontrollgruppe (n = 15): - 50% keine Behandlung, - 50% Behandlung in öffentlichen Dienstleistungen 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 30 (33% Mädchen, 67% Buben), Completers N = 5 • Durchschnittliches Alter: 8.9 ± 1.2 J.; (Range: 6.3-10.9 J.) • Diagnosen: Angststörung, dysthyme Störung, Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (DSM-III-R) • Land: Italien <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht-randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Naturalistisch • Gruppierung der Kinder in 2 Gruppen (ICD-10): Reine emotionale Störungen (F93) und gemischte emotionale Störungen (F92) • Intent-to-treat-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor Therapie • Follow-up nach 6 & 18 Monaten 	<p>Fremdbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Children's Global Assessment Scale (C-GAS) • Child Behavior Checklist (CBCL) • Klimatisches Interview: <ul style="list-style-type: none"> • Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children (K-SADS) 	<p>Verhaltensauffälligkeiten (CBCL):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine signifikante Verbesserung vom Messzeitpunkt vor der Therapie zum 6 monatigen Follow-up in beiden Gruppen • Jedoch signifikante Verbesserung zwischen den Messzeitpunkten 6 monatiges und 18 monatiges Follow-up in der KPP-Gruppe betreffend internalisierender (Rückzug, somatische Beschwerden und ängstliche/depressive Syndrome) und externalisierender Probleme (delinquentes und aggressives Verhalten) - Signifikante Reduktion der gesamten Verhaltensprobleme und externalisierenden Probleme zum Follow-up (Signifikante Zeit x Gruppe-Interaktion) Globales Funktionieren (C-GAS): • Zeiteffekt: Signifikante Verbesserung zwischen den Messzeitpunkten vor der Therapie und 6 monatiges Follow-up in beiden Gruppen: - Keine weitere signifikante Verbesserung vom 6 monatigen zum 18 monatigen Follow-up - Grosser Teil der Verbesserung des globalen Funktionierens in den ersten 6 Monaten nach der Behandlung - Werte beider Gruppen im dysfunktionalen Bereich vor der Therapie, beim 6 und 18 monatigen Follow-up sind nur die durchschnittlichen Werte der KPP im funktionalen Bereich <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Resultate des C-GAS deuten auf eine signifikante Verbesserung innerhalb einer kurzen Zeitspanne, die Resultate des CBCL auf eine langfristige Verbesserung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine Stichprobe • Keine Randomisierung • Kinder der Kontrollgruppe sind betreffend Behandlung nicht homogen (nur die Hälfte hat Behandlung bekommen)

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	Hood, K.K., & Eyberg, S.M. (2003). Outcomes of parent-child interaction therapy: Mother's reports of maintenance three to six years after treatment. <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> , 32(3), 419-429.	<ul style="list-style-type: none"> Langzeiteffektivität einer Eltern-Kind Interaktionstherapie für kleine Kinder mit einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ursprüngliches N = 23 (30% Mädchen, 70% Jungen) Durchschnittliches Alter der Kinder: 59.6±13.6 Monate; (Range: 3-6 J.) Durchschnittliches Alter der Mütter: 36.04±9.06 J. Diagnose: Störung mit oppositionellem Trotzverhalten oder Störung des Sozialverhaltens (DSM-III-R), häufige komorbide ADHS⁴ Land: Vereinigte Staaten <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nicht-randomisiert Nicht-kontrolliert Prospektiv Completer-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vor/Nach Behandlung Follow-up nach 3-6 Jahren (M = 55.43 Monate) 	<p>Selbstbeurteilung (Mütter):</p> <ul style="list-style-type: none"> Beck Depressions Inventar-II (BDI-II) Fremdbeurteilung (Mütter): Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) Parenting Locus of Control - Short Form (PLOC-SF) 	<p>Vor vs. nach der Therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> Signifikante Verbesserungen in den Werten des ECBI (ES⁴ = 1.5) und des PLOC-SF (ES = 1), aber nicht des BDI-II (ES = 0.5) <p>Vor der Therapie vs. Follow-up:</p> <ul style="list-style-type: none"> Signifikante Veränderungen in den Werten des ECBI (ES = 1.4) und des PLOC-SF (ES = 1.3), aber nicht des BDI-II (ES = 0.4) <p>Nach der Therapie vs. Follow-up:</p> <ul style="list-style-type: none"> Keine signifikanten Veränderungen in den Werten des ECBI (ES = 0.3), des PLOC-SF (ES = 0.1) oder des BDI-II (ES = 0.03) Aufrechterhaltung und Ausbau des Gelernten durch die Kinder über die Zeit hinweg Aufrechterhaltung des Vertrauens der Mütter in ihre eigene Fähigkeit, das Verhalten ihrer Kinder kontrollieren zu können 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Kontrollgruppe Befragung der Mutter über das Verhalten des Kindes (Ev. Bias in Form von „sozialer Erwünschtheit“; Gefühl der Mütter nach Eltern-Kind Interaktionstherapie kompetent erscheinen zu müssen) Hohe Drop-Out-Rate (Selektionsbias)

⁴ ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

⁴ Interpretation der Effektsrößen (ES) nach Cohen (1992): 0,2 = kleiner Effekt; 0,5 = mittlerer Effekt; 0,8 = starker Effekt

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	<p>Hormung, W. P., Feldmann, R., Klingberg, S., Buchkremer, G., & Reker, T. (1999). Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key persons - results of a five-year follow-up. <i>European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience</i>, 249, 162-167.</p>	<p>5 Gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukatives Training für Medikationsmanagement (n = 32) • Psychoedukatives Training & kognitive Psychotherapie (n = 34) • Psychoedukatives Training & Beratung der Bezugsperson (n = 35) • Psychoedukatives Training & kognitive Psychotherapie in Kombination mit Beratung der Bezugsperson (n = 33) • Kontrollgruppe (KG) (n = 57): Strukturierte, unspezifische Freizeitgruppe <p>• Gruppentherapie</p>	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 191 (42% Frauen, 58% Männer), zum Follow-up Zeitpunkt N = 126 • Durchschnittliches Alter: 31.3±7.0 J. • Diagnose: Schizophrenie (DSM-III-R) • Land: Deutschland <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Intention-to-treat-Analyse <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor/Nach Behandlung • Follow-up nach 1, 2 & 5 Jahren 	<p>Fremdbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Global Assessment Scale (GAS) • Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) • Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS) • Rehospitalisierungsrate 	<p><i>Rehospitalisierungsrate:</i> 2 & 5 Jahres Follow-up (N=126):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe (n=35) und den Interventionsgruppen (n=91) - Dennoch weniger rehospitalisierte Patienten in der Gruppe mit kombinierter psychoedukativer & kognitiver Behandlung inkl. Beratung der Bezugsperson im Vergleich zur KG: 24% vs. 50% zum 2-Jahres re-spektive 42% vs. 69% zum 5-Jahres Follow-up - Konsistent höhere Rehospitalisierungsraten der Behandlungsgruppen mit psychoedukativem Training mit/ohne kognitiver Psychotherapie und ohne Beratung der Bezugsperson als in den beiden Behandlungsgruppen mit Beratung der Bezugsperson (für die Follow-ups nach 2 bzw. 5 Jahren) - Beste Ergebnisse in der Gruppe der kombinierten psychoedukativen und kognitiven Behandlung mit Beratung der Bezugsperson <p><i>Allgemeines Funktionieren und Psychopathologie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen und der Kontrollgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • Selektionsbias • Intention-to-treat Analyse (ohne Berücksichtigung der gesamthaften Teilnahme)

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	Svensson, B., Hansson, L., & Nyman, K. (2000). Stability of outcome in a comprehensive, cognitive therapy based treatment programme for long-term mentally ill patients. A 2-year follow-up study. <i>Journal of Mental Health</i> , 9(1), 51-61.	2 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Therapie (n = 21): 2 Therapiesitzungen/Woche., tägliche Aktivitäten (Kochen, Einkäufen), wöchentliche Gruppenaktivitäten und formale Gruppentherapiesitzung 1x/Woche • Kontrollgruppe (n = 21): psychodynamisch orientierte, individuelle Sitzung: 1x/Woche (Kommunikationstraining, Training sozialer Fertigkeiten) 	Stichprobe (<i>Kognitive Therapie</i>): <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 33 (43% Frauen, 57% Männer), Completers N = 21 • Durchschnittliches Alter: 24.6 J.; (Range: 17 - 38 J.) • Diagnosen der Interventionsgruppe: Schizophrenie (n = 15), schizotypische Persönlichkeitsstörung (n = 2), bipolare Störung (n = 1), ADHS (n = 1), Angststörung (n = 1), gemischte Persönlichkeitsstörung (n = 1) (DSM-III-R) • Land: Schweden Methode: <ul style="list-style-type: none"> • Nicht-randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Naturalistisch • Completer-Analyse Messzeitpunkte: <ul style="list-style-type: none"> • Bei Aufnahme in Klinik, bei Entlassung • Follow-up nach 6 & 12 Monaten 	Interventionsgruppe: <i>Fremdbeurteilung</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Hopkin's Symptom Check List-90 (HSCCL-90) • Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) • Hauptbeschwerden nach Battle et al. (1966) • Global Assessment of Functioning Scale (GAF) nach Achse 5 des DSM-III-R • Strauss-Carpenter Scale (SCS) <i>Strukturiertes Interview</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Lebensqualität nach Kajandi (1994) Kontrollgruppe: <i>Archivaufzeichnungen</i> : Fragebogendaten, sondern Daten aus Krankenakten → Vergleich der beiden Gruppen bezüglich der Anzahl in stationärer Behandlung verbrachten Tage	Ergebnisse (allgemein): <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Verbesserung der Patienten mit kognitiver Therapie zu allen Messzeitpunkten von der Einweisung in die Klinik bis zum 24 monatigen Follow-up in allen Werten ausser dem HSCL-90-R Wohnsituation: • Signifikanter Gruppenunterschied bezüglich der Wohnsituation 2 Jahre nach Behandlung • Unabhängiges Leben bei 16 von 21 Patienten der kognitiven Therapie vs. 10 von 21 der Kontrollgruppe Arbeitssituation: <ul style="list-style-type: none"> • Kein signifikanter Gruppenunterschied beim Follow-up: Vollzeitstellen bei 8 von 21 Patienten der kognitiven Therapie vs. 6 von 21 der Kontrollgruppe Stationäre Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> • Kein signifikanter Unterschied in der Anzahl Tage stationärer Behandlung im Vergleich 2 Jahre vor der Therapie vs. 2 Jahre nach der Therapie innerhalb der Gruppen → Jedoch signifikanter Gruppenunterschied: - Kognitive Therapie: Abnahme um 83.6 Tage - Kontrollgruppe: Zunahme um 79.2 Tage 	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine, heterogene Stichprobe • Daten zur Kontrollgruppe aus Archivaufzeichnungen • Drop-out Rate von 25% (Generalisierbarkeit fragwürdig) • Nicht-randomisiert • Unabhängige, jedoch nicht blinde Rater • Angaben zu den Kontrollpersonen aus Krankenakten

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	Van den Bosch, L.M.C., Verheul, R., Schippers, G.M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems implementation and long-term effects. <i>Addictive Behaviors</i> , 27, 911-923.	2 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> •Dialektisch - behaviorale Therapie (DBT) (n = 27): Dauer 12 Monate; Einzel- und Gruppensitzungen •Gewöhnliche Behandlung (GB) (n = 31) 	Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> •In Analyse einbezogenes N = 58 Frauen •Alter: 18-70 J. •Diagnose: Borderline-Persönlichkeitsstörung (DSM-IV) mit (n = 31) & ohne (n = 27) Substanzmissbrauch •Land: Niederlande Methode: <ul style="list-style-type: none"> •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektiv •Intent-to-treat Analyse Messzeitpunkte: <ul style="list-style-type: none"> •Vor/Nach der Therapie •Follow-up nach 12 & 18 Monaten 	Fragebogen: <ul style="list-style-type: none"> •Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI) •Lifetime Parasuicide Count (LPC) Klinische Interviews: <ul style="list-style-type: none"> •Addiction Severity Index (EuropASI) •Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-II) Outcome Masse: <ul style="list-style-type: none"> •Reduktion der Borderline- Symptomatik •Reduktion des Schweregrades des Substanzmissbrauchs •Impulsives Verhalten 	Anwendung: <ul style="list-style-type: none"> •Keine bedeutenden Anwendungsprobleme der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) bei der Borderline-Patientengruppe mit & ohne Substanzmissbrauch Symptomatik: <ul style="list-style-type: none"> •Grösserer Reduktion der schwerwiegenden Borderline-Symptome durch die DBT im Vergleich zur GB (keine Modifizierung dieses Effekts durch das Vorhandensein eines komorbiden Substanzmissbrauchs) Substanzmissbrauch: <ul style="list-style-type: none"> •Kein Einfluss der Therapie auf den Substanzmissbrauch •Relative Stabilität des Problemverlaufs des Substanzmissbrauchs mit kaum einer Veränderung über das Follow-up von 18 Monaten •Das Problem des Substanzmissbrauchs wurde weder mit GB, noch in der DBT-Bedingung effektiv angegangen 	<ul style="list-style-type: none"> •Ausschlusskriterium: komorbide bipolare oder (chronisch) psychotische Störung •Zu kleine Stichprobe, um eine 3-fach-Interaktion zu berechnen •Fehlende Wirkung beider Therapien auf den Substanzkonsum

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme, Psychosomatische Störungen und gemischte Gruppe	Backhaus, J., Hohagen, F., Voderholzer, U., & Riemann, D. (2001). Long-term effectiveness of a short-term cognitive-behavioral group treatment for primary insomnia. <i>European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience</i> , 251, 35-41.	1 Gruppe: • Kurze kognitive Verhaltenstherapie (KVT): 6 Sitzungen à 90 Minuten (Gruppentherapie)	Stichprobe: • Ursprüngliches N = 20 (65% Frauen, 35% Männer), Completers N = 18 • Durchschnittliches Alter: 43.0±12.2 J. • Diagnose: Chronische primäre Insomnie (DSM-IV) • Durchschnittliche Dauer der Insomnie: 10.7±10.6 J. (Range: 1-38 J.) • 12 Patienten haben zum Zeitpunkt des Therapiebeginns Medikamente (Hypnotika) eingenommen • Land: Deutschland Methode: • Nicht-Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Completer-Analyse Messzeitpunkte: • Vor einer Wartezeit von 6 Wochen, vor und nach der Therapie • Follow-up nach 3 & 12 Monaten, Langzeit Follow-up nach mindestens 2 Jahren (M = 35±6.7 Monate; Range: 25-42.5 Monate)	Selbstbeurteilung: • Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) • Fragebogen zum Schlaf & zu Insomniegebundenen negativen Kognitionen • Beck Depressionsinventar (BDI) • State-Trait-Anxiety Inventory (STAI, trait anxiety scale)	• Erhöhung der totalen Schlafzeit/Schlafeffizienz und Reduktion der Schlaflosigkeit und negativen schlafbezogenen Kognitionen • Verminderung der Depressionswerte • Mehrheitlich signifikante Behandlungseffekte am Ende der Behandlung und Aufrechterhaltung derselben über die Follow-up-Periode • Signifikanter Profit von der Behandlung bei Patienten, die während der KVT Hypnotika einnahmen; jedoch nicht im gleichen Ausmass wie Patienten ohne Hypnotika-Einnahme	• Fehlen einer anderen Behandlungsguppe oder Placebogruppe (Wartezeit als Kontrollbedingung) • Keine komorbiden Störungen

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme, Psychosomatische Störungen und gemischte Gruppe	Baillargeon, L., Landreville, P., Verreault, R., Beauchemin, J.P., Grégoire, J.P., & Morin, C.M. (2003). Discontinuation of benzodiazepines among older in-somniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: A randomized trial. <i>Canadian Medical Association Journal</i> , 169(10), 1015-1020.	2 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Graduelle Reduktion der Benzodiazepin-Einnahme mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) (n = 35): Wöchentliche KVT-Gruppensitzungen • Graduelle Reduktion der Benzodiazepin-Einnahme (n = 30) <ul style="list-style-type: none"> • In beiden Behandlungsgruppen: Wöchentliche Supervision der Reduktion der Medikamenteneinnahme über 8 Wochen (Einzelsprache) 	Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 65 (58% Frauen, 42% Männer), Completers N = 62 • Durchschnittliches Alter: 67.4±6.8 J. • Einschlusskriterium: Chronische Insomnie (American Sleep Disorders Associations) mit nächtlicher Benzodiazepin-Einnahme während mehr als 3 Monate • Land: Kanada Methode: <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Completer-Analyse Messzeitpunkte: <ul style="list-style-type: none"> • Nach der Behandlung • Follow-up nach 3 & 12 Monaten 	Biologische Messung: <ul style="list-style-type: none"> • Blutuntersuchungen zu den 3 Messzeitpunkten 	Abstinenzrate: <ul style="list-style-type: none"> • Vollständige Aufgabe der Benzodiazepin-Einnahme unmittelbar nach der Therapie bei 77% der Patienten in der kombinierten Behandlung im Vergleich zu 38% bei der alleinigen graduellen Reduktion ohne KVT (signifikanter Unterschied) • Aufrechterhaltung der Abstinenz über das 12 monatige Follow-up (70% vs. 24%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Blindversuch • Keine Placebo-Kontrollgruppe (Rückschluss der Effekte in der kombinierten Gruppe auf KVT unsicher) • Generalisierung auf Population fraglich (Studie erfasst ältere Patienten ohne massgebliche psychische oder medizinische Probleme)

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme, Psychosomatische Störungen und gemischte Gruppe	Barsky, A.J., & Ahern, D.K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis. A randomized controlled trial. <i>JAMA</i> , 291(12), 1464-1470.	2 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (n = 102): Einzeltherapie mit 6 wöchentlichen Sitzungen à 90 Minuten •Übliche medizinische Versorgung (n = 85) 	<p>Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> •Ursprüngliches N = 187 (76% Frauen, 24% Männer) •Durchschnittliches Alter: 42.48±13.18 J. Kontrollgruppe •Diagnose: Klimische oder subklimische Hypochondrie (DSM-IV) •Land: Vereinigte Staaten </p> <p>Methode: <ul style="list-style-type: none"> •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektiv •Intent-to-treat Analyse </p> <p>Messzeitpunkte: <ul style="list-style-type: none"> •Vor der Behandlung •Follow-up nach 6 & 12 Monaten </p>	<p>Selbstbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> •Whitley Index (WI) •Health Anxiety Inventory (HAI) •Hypochondriacal Cognitions Questionnaire (HCQ) •Somatic Symptom Inventory (SSI) •Somatosensory Amplification Scale (SAS) •Functional Status Questionnaire (FSQ) •Hopkins Symptom Checklist (HSC) •Duke Severity of Illness Scale (DUSOI) </p> <p>Klinisches Interview: <ul style="list-style-type: none"> •Strukturiertes Klinisches Interview für Hypochondrie </p>	<p>Symptomatik (12 monatiges Follow-up): <ul style="list-style-type: none"> •Signifikant niedrigere Levels hypochondrischer Überzeugungen und Einstellungen ($p < .001$) und der gesundheitsbezogenen Ängstlichkeit ($p = .009$) bei den Patienten mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) im Vergleich zur Gruppe mit der üblichen medizinischen Versorgung - Evidenz dieser Effekte zum 6 Monats-Follow-up und Aufrechterhaltung derselben über das 12 monatige Follow-up •Keine signifikante Verbesserung der hypochondrischen-somatischen Symptome bei den KVT-Patienten im Vergleich zur Gruppe mit der üblichen medizinischen Versorgung •Signifikant geringere Beeinträchtigung des sozialen Funktionsniveaus ($p = .05$) und der zwischenge-schalteten Aktivitäten des täglichen Lebens ($p < .001$) bei den KVT-Patienten im Vergleich zur Gruppe mit der üblichen medizinischen Versorgung - Effekt des sozialen Funktionsniveaus zum 6 Monats-Follow-up noch nicht signifikant, jedoch beim 12 monatigen Follow-up </p>	<ul style="list-style-type: none"> •Keine Behandlung kor-morbider Störungen, die den Behandlungseffekt beeinflusst haben könnten (ausgeschlossen wurden nur Patienten mit somato-former Schmerzstörung, Psychosen oder Suizidge-fahr) •Generalisierbarkeit bezüglich Stichprobe fraglich: Studienteilnehmer vs. Verweigerer •25% aller Versuchspersonen haben an weniger als 4 Therapiesitzungen teilgenommen •Keine „Aufmerksamkeits“-Kontrollgruppe (um den Einfluss der positiven Therapieerwartung, Unterstützung etc. zu kontrollieren) •Beachtliche Verbesserung in der Kontrollgruppe •Versuchspersonen sind Freiwillige oder aus der Primärversorgung (Vermischung von zwei Quellen) •Hawthorne-Effekt (Erwartungseffekt) bei Ärzten der Kontrollbedingung; ev. grössere Anstrengung ihren Patienten zu helfen

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme, Psychosomatische Störungen und gemischte Gruppe	Espie, C.A., Inglis, S.J., Tessier, S., & Harvey, L. (2001). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: Implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 39, 45-60.	<p>2 Gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (n = 74): 6 wöchentliche Gruppensitzungen • Selbstüberwachungs-Kontrollgruppe (n = 65) • Versuchspersonen der Selbstüberwachungs-Kontrollgruppe kamen nach der Kontrollphase in eine „verzögerte“ KVT (ermöglicht Replikation der Behandlungs- & Langzeiteffekte) 	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 161 (68% Frauen, 32% Männer), Completers N = 109 • Durchschnittliches Alter: 51.4±17.1 J.; (Range: 18-83 J.) • Diagnose: Internationale Klassifikationskriterien von Schlafstörungen (ICSD) • Land: England <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Follow-up nach 12 Monaten 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlaftagebuch Pittsburgh Sleep Quality Index (SPSQ) • Beck Depressionsinventar (BDI) • State-Trait Anxiety Inventory (STAI) • Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) • Epworth Sleepiness Scale (ESS) <p>Aktigraphiedaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actiwatch für 5 Tage 	<p>Schlafparameter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überlegenheit der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) gegenüber der Selbstüberwachungs-Kontrollgruppe bezüglich signifikanter Reduktion der Schlafatenz (30 Minuten/Nacht) und wacher Episoden während der Nacht (60 Minuten/Nacht) nach der Behandlung - Aufrechterhaltung über 12-Monats Follow-up • Signifikante Zunahme der absoluten Schlafdauer über die Follow-up Spanne <p>Hypnotika-Einnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abstinenz bei 84% der Patienten, die eingangs Hypnotika eingenommen haben • Replikation ähnlicher Effekte bei Versuchspersonen der verzögerten KVT <p>Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gruppentherapie erwies sich als kosteneffektiv 	<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobe hoch selektiv (überwiegend aus universitären Zentren und spezialisierten Kliniken) • Placebo-Effekt durch die Selbstüberwachung während der Kontrollphase wurde nicht kontrolliert

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme, Psychosomatische Störungen und gemischte Gruppe	Huibers, M.J.H., Beurskens, A.J.H.M., van Schayek, C.P., Bazelmans, E., Meisemakers, J.F.M., Knotterus, J.A., & Bleijenberg, G. (2004). Efficacy of cognitive-behavioural therapy by general practitioners for unexplained fatigue among employees. <i>British Journal of Psychiatry, 184</i> , 240-246.	2 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (n = 76): 5-7 Sitzungen à 30 Minuten über 4 Monate • Kontrollgruppe (KG) (n = 75): keine Behandlung 	Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 151 krankgeschriebene Angestellte (55% Frauen, 45% Männer), Completers N = 138 • Durchschnittliches Alter: 43.45±8.3 J. • Einschlusskriterium: Schwere Müdigkeit • Land: Niederlande Methode: <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Completer-Analyse Messzeitpunkte: <ul style="list-style-type: none"> • Vor/Nach der Therapie • Follow-up nach 8 & 12 Monaten 	Selbstbeurteilung (computergestützt): <ul style="list-style-type: none"> • Schweregrad der Müdigkeit • Selbstbericht über Arbeitsausfall • Objektiv registrierter Arbeitsausfall • Genesung (CIS Müdigkeitswert von 34 oder weniger) • Globaler wahrgenommener Behandlungseffekt auf die Genesung (Rating auf einer 7-Punkte-Skala) • 36-item Short Form Health Survey (SF-36, Subskala „physisches Funktionieren“) • Symptom Checklist-90 (SCL-90) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zu keinem Zeitpunkt signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe bezüglich klinischer Outcomes oder kognitiver Prozesse • Keinen substantiellen Effekt der KVT während der Follow-ups über 12 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Angabe ob Einzel- oder Gruppentherapie • Form der Qualitätsüberprüfung der KVT: Keine audiovisuellen Aufnahmen • Keine erfahrenen Verhaltenstherapeuten, sondern relativ unerfahrene Allgemeinärzte führten Therapie durch • Mögliche Erklärung der fehlenden Wirksamkeit durch: • Charakteristika der Stichprobe: Heterogen bezüglich Beeinträchtigung, Prognose etc. • Zu kurze Therapiedauer • Intervention zielte nicht nur auf Müdigkeit, sondern zudem auf die Wiederaufnahme der Arbeit ab

Originalarbeiten zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme, Psychosomatische Störungen und gemischte Gruppe	Morin, C.M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. <i>JAMA</i> , 281(11), 991-999.	4 Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie, KVT (n = 18): 90-minütige wöchentliche Sitzungen, Gruppentherapie • Pharmakotherapie (n = 20): Benzodiazepine (Temazepam), wöchentliche 20-minütige Treffen zum Medikationsmanagement über 2 Monate • Kombination KVT & Pharmakotherapie (n = 20) • Placebo-Kontrollgruppe (n = 20) • Therapiedauer: 8 Wochen 	<p>Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> • Ursprüngliches N = 78 (64% Frauen, 36% Männer), in Analyse einbezogenes N = 72 • Durchschnittliches Alter: 65±7 J. • Diagnose: Chronische & primäre Insomnie (DSM-III-R) • Ausschlusskriterien: komorbide Störungen oder Unfähigkeit, Hypnotika-Einnahme vor Studienbeginn zu stoppen • Land: Vereinigte Staaten </p> <p>Methode: <ul style="list-style-type: none"> • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv • Completer-Analyse </p> <p>Messzeitpunkte: <ul style="list-style-type: none"> • Vor/Nach der Behandlung • Follow-up nach 3, 12 & 24 Monaten </p>	<p>Selbstbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> • Sleep Impairment Index (SII) • Schlaftagebuch: Schlaflatenz, Schlafeffizienz, schlaflose Zeit nach Schlafbeginn </p> <p>Biologische Messungen: <ul style="list-style-type: none"> • Polysomnographie </p>	<p>Schlafqualität zum Follow-up: <ul style="list-style-type: none"> • Grössere Effektivität der 3 aktiven Behandlungsgruppen als bei der Placebo-Gruppe • Grössere Verbesserung des Schlags durch die kombinierte Behandlung als durch die Monotherapien (Unterschied nicht signifikant) <ul style="list-style-type: none"> - z.B.: Höchste Reduktion der schlaflosen Zeit nach Schlafbeginn bei der kombinierte Behandlungsgruppe (63.5%), für KVT 55%, für Pharmakotherapie 46.5% und für Placebo 16.9% • Bessere Aufrechterhaltung der klinischen Verbesserungen bei Versuchspersonen mit KVT im Vergleich zur Pharmakotherapie bis zum Follow-up • Effektivität/Zufriedenheit: <ul style="list-style-type: none"> • Grössere, durch Versuchspersonen, Kliniker und andere wichtige Personen eingeschätzte Effektivität der KVT (einzeln oder in Kombination) als der Pharmakotherapie-Bedingung • Ebenfalls grössere Zufriedenheit der Versuchspersonen der Schlussfolgerung: <ul style="list-style-type: none"> • KVT & Pharmakotherapie sind bei der Behandlung von Insomnie im späteren Lebensalter kurzfristig effektiv • Bessere Aufrechterhaltung der Verbesserungen bezüglich des Schlafes durch KVT </p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relativ kleine Stichprobe: Ev. zu geringe Power, um weitere Unterschiede zwischen den Bedingungen zu finden • Generalisierbarkeit aufgrund der Ausschlusskriterien begrenzt • Medikamenteneinnahme zwischen Post-Treatment und Follow-up

2.2 Reviews

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Abhängigkeits- und Essstörungen	Ebbert, J.O., Rowland, L.C., Montori, V.M., Vickers, K.S., Erwin, P.J., & Dale, L.C. (2003). Treatment for spit tobacco use: A quantitative systematic review. <i>Addiction</i> , 98, 569-583.	Pharmakologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> •Bupropion •Nikotinpflaster •Nikotinaugummi Psychologische Intervention: <ul style="list-style-type: none"> •Verhaltenstherapie Störungsbild: <ul style="list-style-type: none"> •Pathologischer Gebrauch von Schnupf- oder Kautabak („Spit tobacco“) 	Pharmakotherapie: <ul style="list-style-type: none"> •Abstinenz nach 12 Wochen (Punktprävalenz) bei verzögerter Abgabe von Bupropion signifikant höher als bei Placebo-Gruppe •Abstinenz nach 6 Monaten bei Nikotinpflaster oder Kaugummi signifikant höher als bei Placebo-Gruppe Verhaltenstherapie: <ul style="list-style-type: none"> •Abstinenz nach mindestens 6 Monaten (Punktprävalenz) bei Verhaltenstherapie signifikant höher als bei Kontrollgruppe Schlussfolgerung: <ul style="list-style-type: none"> •Verhaltenstherapeutische Interventionen sind effektiv •Pharmakologische Interventionen sind ev. effektiv 	<ul style="list-style-type: none"> •Teilweise mangelnde methodologische Qualität (z.B. Drop-outs, Gruppenunterschiede bei Baseline) •Keine Unterscheidung zwischen Schnupftabakkonsum vs. Schnupftabak- und Kautabakkonsum •Follow-ups variieren von 1 Monat – 24 Monate 	Systematisch: <ul style="list-style-type: none"> •Systematische Literatursuche nach methodischer Qualität (z. B. randomisiert, Gruppen-Gleichheit bei Baseline, vollständige Follow-ups, Kontrollgruppe) •Nur randomisierte kontrollierte Studien, in denen pharmakologische oder verhaltenstherapeutische Einzel- oder Gruppeninterventionen zur Behandlung von Schnupf- oder Kautabakkonsum durchgeführt wurden •Zwei unabhängige Reviewer •„Random effects model“ Metaanalyse

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Abhängigkeits- und Essstörungen	<p>McTigue, K.M., Harris, R., Hemphill, B., Lux, L., Sutton, S., Buntion, A.J., & Lohr, K.N. (2003). Screening and interventions for obesity in adults: Summary of the evidence for the U.S. preventive services task force. <i>Annals of Internal Medicine</i>, 139(11), 933-966.</p>	<p>Pharmakologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> •Sibutramin •Orlistat Psychologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> •Beratende Intervention •Verhaltenstherapeutische Interventionen Chirurgische Massnahmen Störungsbild: <ul style="list-style-type: none"> •Übergewicht </p>	<p>Pharmakotherapie: <ul style="list-style-type: none"> •Evidenz für die Effektivität von Sibutramin und Orlistat ist gewachsen •Sibutramin und Orlistat haben eine vergleichbare Effektivität mit einem durchschnittlichen Gewichtsverlust von 3,5 kg über mindestens 6-12 Monate Beratende Intervention: <ul style="list-style-type: none"> •Durchschnittlicher Gewichtsverlust von 3-5 kg über mindestens 6-12 Monate •Beratende Intervention dann am wirksamsten, wenn intensiv und mit verhaltenstherapeutischer Intervention kombiniert Chirurgische Massnahmen: <ul style="list-style-type: none"> •Bei Patienten mit BMI > 40 eingesetzt oder bei BMI ≥ 35, falls verschiedene andere Massnahmen mehrmals fehlgeschlagen haben und schwerwiegende gesundheitliche Komplikationen vorhanden waren •Deutliche Gewichtsabnahme von 10-159 kg über 1-5 Jahre Weitere Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> •Gewichtsabnahme verbesserte Blutdruck, Lipid-Level und Glukose-Metabolismus und verringerte das Neuaufreten von Diabetes •Wichtigste Nebeneffekte der Psychopharmaka: Bluthochdruck bei Sibutramin, Verdauungsbeschwerden bei Orlistat •Tod bei chirurgischen Massnahmen: weniger als 1%, 25% benötigten nach 5 Jahren einen erneuten chirurgischen Eingriff •Aufrechterhaltungsstrategien waren allgemein hilfreich hinsichtlich des Beibehaltens der Gewichtsreduktion •Keine Ergebnisse zur alleinigen verhaltenstherapeutischen Intervention, sondern nur in Kombination mit anderen Interventionen Schlussfolgerung: <ul style="list-style-type: none"> •Intensive Interventionen mit mehreren Komponenten (inkl. Verhaltenstherapie) führten am häufigsten zu Gewichtsreduktion </p>	<ul style="list-style-type: none"> •Verschiedene Einschlusskriterien, verschiedene Arten der Datensynthese, unterschiedliche Stichprobengrößen, Follow-up Zeiträume und Behandlungen •Externe Validität reduziert, da häufig freiwillige Versuchspersonen aus ähnlichen Ethnien und mit gleichem Geschlecht (v.a. Frauen) •Follow-up Zeiträume für pharmakologische Interventionen kürzer im Vergleich zu anderen Behandlungssätzen •Chirurgische Massnahmen: limitiert, da keine oder wenige placebo-kontrollierte Studien •Einige Studien (v.a. Pharmakotherapiestudien) als „last-observation-carried-forward“ (LOCF-Methode) durchgeführt •Gewichtszunahme nach Absetzen der Medikation (z.B. Sibutramin, Orlistat) 	<p>Systematisch: <ul style="list-style-type: none"> •Medline und Cochrane Library (Themen: Gesundheitliche Folgen von Übergewicht oder Effektivität von Behandlungen des Übergewichts) •Randomisierte kontrollierte Studien (englische Artikel, zwischen Januar 1994 und Februar 2003 publiziert) oder systematische Reviews von randomisierten kontrollierten Studien (von U.S. National Institutes of Health, Canadian Task Force on Preventive Health Care, University of York for the U.K., National Health Service, U.S. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, British Medical Journal's Clinical Evidence) •Zwei unabhängige Reviewer •Erhebung der Langzeiteffektivität: Bei pharmakologischen Interventionen mindestens 6-Monats-Follow-up, bei allen anderen Interventionen mindestens 12-Monats-Follow-up </p>

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Abhängigkeits- und Essstörungen	Pietrzak, R.H., Ladd, G.T., & Petry, N.M. (2003). Disordered gambling in adolescents. <i>Pediatric Drugs</i> , 5(9), 583-595.	<p>Pharmakologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressiva: SSRI¹ • Opioid-Antagonisten • Stimmungsstabilisatoren <p>Psychologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • Motivationssteigerungstherapie („Motivational enhancement therapy“, MET) • Treffen der anonym Spielsüchtigen <p>Störungsbild:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pathologisches Spielen bei Jugendlichen 	<p>Pharmakotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fürs Erwachsenenalter Studien vorhanden, die Effektivität einiger Psychopharmaka zeigen • Weitere doppelblinde placebo-kontrollierte Studien nötig, um Langzeiteffektivität zu untersuchen <p>Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und Eklektische Therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hilfreich, um problematisches Spielverhalten zu reduzieren • Ebenfalls effektiv für die Reduktion von negativer Stimmung, Drogen- und Alkoholgebrauch; Verbesserung der Beziehungen zu Gleichaltrigen/Familie und Erhöhung der Kontrollwahrnehmung <p>Motivationssteigerungstherapie (MET):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effektivität für Erwachsene belegt <p>Treffen der anonym Spielsüchtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine kontrollierten Studien vorhanden • Regelmässige Teilnahme an Treffen kann pathologisches Spielverhalten reduzieren (weitere Studien notwendig) <p>Weitere Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risikofaktoren für gestörtes Spielverhalten bei Jugendlichen: Männliches Geschlecht, Alkohol- und Drogengebrauch; Gleichaltrige, die auffälliges Verhalten zeigen, Spielen in der Familiengeschichte, impulsives Verhalten <p>Empfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kombination aus KVT und MET plus ev. Psychopharmaka für komorbide Störungen <p>Weitere Studien unbedingt notwendig</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Generell wenige Studien mit Jugendlichen • Keine kontrollierten Studien • Keine Einigkeit über beste Behandlung pathologischen Spielverhaltens bei Jugendlichen • Keine systematische Literaturrecherche 	<p>Intuitiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lose Zusammenstellung von einzelnen Studien oder Reviews • Übersicht über Epidemiologie, Diagnose und Behandlung

¹ SSRI: Selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Abhängigkeits- und Essstörungen	Wilson, G.T. (1999). Cognitive behavior therapy for eating disorders: Progress and problems. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 37, 79-95.	Psychologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) •Behaviorale Gewichtsreduktionsprogramme Störungsbilder: <ul style="list-style-type: none"> •Anorexia Nervosa •Bulimia Nervosa •Binge-Eating Disorder 	Anorexia Nervosa: <ul style="list-style-type: none"> •Zu wenige Studien zur Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) → Effektivität bleibt fraglich Bulimia Nervosa: <ul style="list-style-type: none"> •Manualbasierte KVT empirisch überprüft und Methode der Wahl (trotz limitierender Effekte) •Durchschnittlich hören 50% der Patienten mit Binge-Purge-Verhalten auf •Langfristige Erfolge können meist über 6 bis 12 Monate aufrechterhalten werden •Es braucht effektivere Behandlungsmöglichkeiten für Non-Responders Binge-Eating Disorder: <ul style="list-style-type: none"> •Modifizierte KVT und Behaviorale Gewichtsreduktionsprogramme vergleichbar effektiv •Langfristige Gewichtsstabilisierung bleibt schwierig 	<ul style="list-style-type: none"> •Keine systematische Literatursuche 	Intuitiv: <ul style="list-style-type: none"> •Keine Angaben zur Literatursuche, lose Zusammenstellung von einzelnen Studien oder Reviews

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Abhängigkeits- und Essstörungen	Wonderlich, S.A., de Zwaan, M., Mitchell, J.E., Peterson, C., & Crow, S. (2003). Psychological and dietary treatments of binge eating disorder: Conceptual implications. <i>International Journal of Eating Disorders</i> , 34, 58-73.	Pharmakologische Intervention: <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressiva Psychologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • Interpersonelle Psychotherapie (IPT) • Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) Diätetische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> • Kalorienreduzierte Diät • Behaviorale Selbstmanagementstrategien zur Gewichtskontrolle Störungsbild: <ul style="list-style-type: none"> • Binge-Eating Disorder (BED) 	Abstinenzrate: <ul style="list-style-type: none"> • Abstinenzrate der Essanfälle beim 12 monatigen Follow-up: Ca. 50% (Range: 33-62%) bei psychologischen und diätetischen Behandlungen • Kein additiver Effekt der Psychopharmaka hinsichtlich der Reduktion der Essanfälle bei Kombinationsbehandlung mit Psychotherapie • Kurzfristig sind verschiedene Interventionen effektiv, weitere Follow-up Langzeitstudien sollten jedoch die Stabilität der Abstinenz untersuchen Gewichtsreduktion: <ul style="list-style-type: none"> • Bei psychologischen und diätetischen Massnahmen moderate, kurzfristige Gewichtsreduktion (ca. 5%), welche jedoch langfristig meist nicht aufrechterhalten werden kann • Langfristige Gewichtsreduktion wird vorausgesagt durch eine langfristige Binge-Abstinenz Weitere Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> • BED verbunden mit erhöhtem Risiko für (späteres) Übergewicht und für negative gesundheitliche Folgen • Dropout-Raten von ca. 20% bei psychologischen und diätetischen Behandlungen • Das Vorhandensein von Essanfällen führt nicht zu erhöhten Dropout-Raten 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine systematische Literatursuche • Definition und Messung der Essanfälle über Studien hinweg unterschiedlich 	Intuitiv: <ul style="list-style-type: none"> • Review von Studien, die entweder verschiedene BED-Behandlungen miteinander vergleichen oder die Effektivität von Behandlungen für übergewichtige Patienten mit oder ohne BED anhand 3 Variablen vergleichen: - Abstinenzrate von Essanfällen - Dropout-Raten - Gewichtsreduktion Einzel- und/oder Gruppensetting

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	Allgulander, C., Bandelow, B., Hollander, E., Montgomery, S.A., Nutt, D.J., Okasha, A., Pollack, M.H., Stein, D.J., & Swinson, R.P. (2003). WCA recommendations for the long-term treatment of generalized anxiety disorder. <i>CNS Spectrums</i> , 8 (suppl 1), 53-61.	<p>Pharmakologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Anxiolytika: Benzodiazepine; Azapirone •Antidepressiva: Trizyklische Antidepressiva; SSRI (<i>Paroxetin®</i>); SNRI² (<i>Venlafaxine®</i>) <p>Psychologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) •Verhaltenstherapie •Kognitive Therapie (KT) •Nondirektive Therapie •Angewandte Entspannung •Selbst-Kontroll-Desensibilisierung (Self-control desensitization) •Analytische Psychotherapie •Angstmanagement-training •Kombination pharmakologische und psychologische Interventionen <p>Störungsbild:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Generalisierte Angststörung (GAS) 	<p>Pharmakotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Anxiolytika häufig verschrieben, kurzfristig effektiv, aber wenige Langzeitstudien •Benzodiazepine nicht für den langfristigen Gebrauch empfehlenswert (Toleranzentwicklung, psychomotorische Einschränkung, Entzugssymptome bei Absetzen der Medikation etc.) •Paroxetin® kurz- und langfristig effektiver als Placebo •Venlafaxin® effektiver als Placebo über einen Zeitraum von 6 Monaten <p>Psychotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> •12-wöchige Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) am effektivsten von allen Psychotherapien; Aufrechterhaltung der Verbesserungen bis zu 1 Jahr •Klimisch signifikante Verbesserungen bei 50-70% der Patienten zum Zeitpunkt des 6 monatigen Follow-ups •KVT ist ungefähr gleich wirksam wie Medikation <p>Kombinationstherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Heterogene Ergebnisse, bedarf weiterer Forschung •Schlussfolgerung: Antidepressiva (SSRI) und KVT vergleichbar effektiv, sowohl kurz- wie auch langfristig •Es existieren momentan noch keine Empfehlungen der WCA, da es zu wenige Langzeitstudien gibt 	<ul style="list-style-type: none"> •Keine systematische Literatursuche •Wenige langfristige (6 Monate oder länger) Studien 	<p>Intuitiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Übersicht über Studien zur langfristigen Behandlung der Generalisierten Angststörung

² SNRI: Selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	<p>Arcan, P. A., & Cook, B. L. (2002). Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. <i>Biological Psychiatry</i>, 52, 293-303.</p>	<p>Pharmakologische Intervention: • Antidepressiva Psychologische Interventionen: • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • Problemlösestraining • Verhaltenstherapie • Dynamische Kurztherapie • Erinnerungstherapie • Interpersonelle Psychotherapie (IPT) • Gewöhnliche Behandlung Kombinationsbehandlung Psychotherapie und Antidepressiva Störungsbilder: • Major Depression • Dysthymie • Minor Depression</p>	<p>Major Depression: Vergleich von Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) und Problemlösestraining mit Kontrollgruppen (Wartliste, keine Behandlung) • KVT und Problemlösestraining effektiv bei der Behandlung von älteren Menschen mit einer Major Depression • KVT und Problemlösestraining effektiver als keine Behandlung (Wartliste-Kontrollgruppe) bzw. gewöhnliche Behandlung Vergleich von KVT und Problemlösestraining mit anderen Psychotherapien (Verhaltenstherapie, dynamischer Kurztherapie, Erinnerungstherapie) • KVT gleich effektiv wie Verhaltenstherapie und Dynamische Kurztherapie zum 1-Jahres Follow-up • Personen, die auf eine KVT ansprechen tendieren dazu, die Effekte auch über 2 Jahre aufrechtzuerhalten • Problemlösestraining: Stärkere und länger anhaltende Veränderung der depressiven Symptomatik im Vergleich zur Erinnerungstherapie Interpersonelle Psychotherapie (IPT): • Zu wenig wirksam, es wird eine Kombination mit anderen Therapien empfohlen, v.a. für chronische und wiederkehrende Formen der Depression Kombinierte Therapie mit IPT bzw. KVT und Antidepressiva: • Kombination KVT mit Medikation liefert inkonsistente Ergebnisse • Kombination IPT mit Medikation effektiv für die Prävention von Rückfällen, v.a. bei Patienten mit wiederkehrender Major Depression Dysthymie/Minor Depression: • KVT und Problemlösestraining effektiv, aber weniger wirksam als bei Major Depression Schlussfolgerung: • KVT, Problemlösestraining und IPT kombiniert mit Antidepressiva sind effektiv in der Behandlung von Major Depression bei ambulant behandelten älteren Patienten • KVT und Problemlösestraining sind bei Dysthymie/Minor Depression weniger effektiv</p>	<p>In den einzelnen Studien meist kleine Stichprobengrößen • Eingeschränkte Generalisierbarkeit, da zu wenig Ergebnisse über bestimmte Gruppen von älteren Menschen (z.B. ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder körperlichen Krankheiten unterrepräsentiert) • Wenige bis keine Studien zu Dysthymie und Minor Depression bei älteren Menschen</p>	<p>Intuitiv: • Übersicht über Studien zur Behandlung von Major Depression, Dysthymie und Minor Depression</p>

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	Culpepper, L. (2002). Generalized anxiety disorder in primary care: Emerging issues in management and treatment. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> , 63(suppl 8), 35-42.	Pharmakologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> •Anxiolytika: Benzodiazepine; Azapiron (Buspiron³) •Antidepressiva: SSRI (<i>Paroxetin</i>®); SNRI (<i>Venlafaxine</i>®) Psychologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) •Entspannungstechniken Störungsbild: <ul style="list-style-type: none"> •Generalisierte Angststörung (GAS) 	Pharmakotherapie: <ul style="list-style-type: none"> •Bei Benzodiazepinen rasche Besserung, aber langfristig nicht einsetzbar wegen verschiedenen Nebenwirkungen •Buspiron effektiv, aber keine Verbesserung bezüglich komorbider Ängste oder Depressionen •Paroxetin® bei kurzzeitiger Behandlung indiziert (wobei adäquate Daten zu anderen SSRI noch ausstehen) •Venlafaxin® kurz- und langfristig effektiv bezüglich der Symptomatik, einsetzbar zur Rückfallprophylaxe und Remissionsbehandlung Die Wichtigkeit der Langzeitmedikation wird betont, um die Rückfallwahrscheinlichkeit zu reduzieren Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und Entspannungstechniken kurz- und langfristig effektiv •Noch zu wenig verbreitet und daher selten angeboten Schlussfolgerung: <ul style="list-style-type: none"> •Studien beweisen kurz- und langfristige Effektivität von Pharmakotherapie, KVT und Entspannungstechniken 	<ul style="list-style-type: none"> •Keine systematische Literatursuche 	Intuitiv: <ul style="list-style-type: none"> •Übersicht über Studien zur langfristigen Behandlung von Generalisierter Angststörung

³ Buspiron: Angstlösender Arzneistoff (Anxiolytika). Wirkt nicht sedierend und erst nach einigen Wochen regelmässiger Einnahme.

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	Donnelly, C.L. (2003). Pharmacologic treatment approaches for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. <i>Child and Adolescent Psychiatric Clinics</i> , 12, 251-269.	Pharmakologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> •Anxiolytika: Benzodiazepine •Antidepressiva: SSRI; Trizyklische Antidepressiva Störungsbild: <ul style="list-style-type: none"> •Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) bei Kindern und Jugendlichen 	<ul style="list-style-type: none"> •Aufgrund des Mangels an empirischen Studien ist eine generelle Empfehlung schwierig, welche Behandlungen in welcher Reihenfolge bei PTB im Kindes- und Jugendalter indiziert sind -Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) häufig die Behandlung der Wahl (geringes Risiko bezügl. Nebenwirkungen im Vergleich zur Medikation und stützende Daten vorhanden) -Trotz Mangel an Daten stellt Medikation die aktuelle Standardbehandlung dar Schrittweises Vorgehen bei Medikation empfohlen: <ul style="list-style-type: none"> •Breit wirkende Psychopharmaka wie SSRI sind eine gute erste Wahl: -Effektiv bei der Behandlung der Kernsymptome und der oft existierenden komorbiden Angst- und depressiven Störungen -Verbesserung des sozialen Funktionierens und der individuell wahrgenommenen Lebensqualität <ul style="list-style-type: none"> •Pharmakotherapie wurde meistens als Komponente einer multimodalen Behandlung eingesetzt (kombiniert mit KVT, Familientherapie und Auffrischungssitzungen) 	<ul style="list-style-type: none"> •Keine systematische Literatursuche •Generell nur wenige Studien zur Effektivität der pharmakologischen Behandlung von PTB bei Kindern und Jugendlichen vorhanden 	Intuitiv: <ul style="list-style-type: none"> •Übersicht über Studien, in denen Kinder und Jugendliche mit einer PTB mit Psychopharmaka behandelt wurden

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	Doyle, A., & Pollack, M.H. (2004). Long-term management of panic disorder. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> , 65 (suppl 5), 24-28.	<p>Pharmakologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Anxiolytika: Benzodiazepine •Antidepressiva: SSRI; Trizyklische Antidepressiva <p>Psychologische Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) <p>Störungsbild:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Panikstörung 	<p>Pharmakotherapie (allgemein):</p> <ul style="list-style-type: none"> •Deutlich belegte Effektivität für kurz- und langfristige Behandlung der Panikstörung <p>Anxiolytika:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Studien mit Follow-ups zwischen 1 und 2.5 Jahren zeigen Remission bei 33-57% der Patienten (teilweise bei Follow-ups noch immer mit Benzodiazepinen behandelt) <p>Kombination Anxiolytika und Antidepressiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Verbesserter Effekt durch Kombination von Anxiolytika mit Antidepressiva: Remission bei 51% der Patienten mit Benzodiazepin-Einnahme vs. 63,3% der kombinierten Behandlung <p>SSRI:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Keine Daten zu langfristigen Effekten vorhanden <p>Trizyklische Antidepressiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Besserung während Medikamenteneinnahme bei 63% der Patienten, bei 12% vollständige Remission <p>Kombination von Trizyklischen Antidepressiva mit Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT):</p> <ul style="list-style-type: none"> •Zum Zeitpunkt des Follow-ups (2.8 Jahre nach Therapieende, bei der Hälfte der Patienten immer noch relativ niedrig dosierte Medikamenteneinnahme vorhanden): Remission bei 61% 	<ul style="list-style-type: none"> •Keine systematische Literatursuche •Teilweise nur wenige Studien pro Therapieform 	<p>Intuitiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Übersicht über Studien zur Behandlung von Panikstörung

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	Fedoroff, I.C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. <i>Journal of Clinical Psychopharmacology</i> , 21(3), 311-324.	<p>Pharmakologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Anxiolytika: Benzodiazepine (<i>Xanax®</i>) •Antidepressiva: SSRI; MAO-Hemmer <p>Psychologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Exposition •Kognitive Umstrukturierung •Exposition mit kognitiver Umstrukturierung •Soziales Kompetenztraining •Angewandte Entspannung <p>Störungsbild:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Soziale Phobie 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Grösste Effektstärke (ES) für Benzodiazepine (ES = 2.1) und SSRI (ES = 1.7) •Keine Unterschiede in der Effektivität zwischen Benzodiazepinen und SSRI <ul style="list-style-type: none"> -Beide effektiver als Kontrollbedingungen (Placebo oder Wartelisten-Kontrollgruppe) oder angewandte Entspannung •Benzodiazepine sind im Vergleich zu SSRI effektiver als MAO-Hemmer, kognitive Umstrukturierung, Exposition mit kognitiver Umstrukturierung und soziales Kompetenztraining •MAOs sind effektiver als Kontrollbedingungen oder angewandte Entspannung und unterscheiden sich nicht signifikant von den SSRI <p>Fremdbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Grösste ES von 3.5 für Exposition (Aussage basiert allerdings nur auf 2 Studien mit ES von 1.7 bzw. 8.7, die sich signifikant unterscheiden) •Zweitgrösste ES von 3.2 für Benzodiazepine, welche effektiver waren als die Placebo-Kontrollgruppe •Keine signifikanten Unterschiede zwischen Benzodiazepinen und SSRI, MAO-Hemmern, Exposition, Exposition mit kognitiver Umstrukturierung oder Placebo-Kontrollgruppe <p>Langzeiteffekte (Follow-ups von 1.6 bis 6 Monate nach Behandlungsende):</p> <ul style="list-style-type: none"> •Signifikante Effekte für vier verhaltenstherapeutische Behandlungen (Exposition, kognitive Umstrukturierung, Exposition mit kognitiver Umstrukturierung und Soziales Kompetenztraining) •Keine Resultate für Psychofarmaka, da zu wenige Studien mit Follow-ups vorhanden sind <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Effektivste kurzfristige Behandlungen (Selbstbeurteilung) sind Benzodiazepine und SSRI •Wenn die Effektivität anhand von Fremdbeurteilung erhoben wird, erweisen sich Exposition (mit kognitiver Umstrukturierung) und Benzodiazepine als sehr wirksam •Für langfristige Effekte liegen nur Resultate der psychologischen Behandlungen vor <p>Weitere Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Dropout-Raten über alle aktiven Behandlungsbedingungen hinweg etwa gleich 	<ul style="list-style-type: none"> •Unterschiedliche Follow-up-Zeiträume •Zum Teil kleine Studienzahl •Nur Completers untersucht, da für intent-to-treat-Analysen zu wenig Studien •Studien, die moderne Verhaltenstherapie mit neueren Methoden untersuchen, steht noch aus (könnte sich als wirksamer erweisen, so dass der Unterschied zu den Psychofarmaka kleiner wird) •Ungenügende Daten zur Langzeiteffektivität von Psychofarmaka •Zudem könnte zwischenzeitliche nicht-pharmakologische Behandlung nach Absetzen der Medikation einen Einfluss auf die Langzeiteffektivität haben 	<p>Systematisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Metaanalyse, Berechnung von gewichteten (d.h. nach Stichprobengrösse) Effektstärken (ES) •Separate Berechnung der ES für Selbst- und Fremdbeurteilung •Englischsprachige publizierte und unpublizierte Studien eingeschlossen, die eine Behandlung entweder mit einer Warteliste oder mit einer Placebo-Bedingung verglichen •Einschlusskriterien: Diagnose einer sozialen Phobie gemäss DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV mittels Einsatzes von strukturierten oder unstrukturierten Interviews •Mindestens 4 Patienten in einer Studie, genügend Information, um ES, Behandlungsdauer etc. zu berechnen

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	Flint, A.J., & Gagnon, N. (2003). Diagnosis and management of panic disorder in older patients. <i>Drugs Aging</i> , 20(12), 881-891.	Pharmakologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> •Anxiolytika: Benzodiazepine (<i>Lorazepam</i>®) •Antidepressiva: Trizyklische Antidepressiva; SSRI; MAO-Hemmer Psychologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) Störungsbild: <ul style="list-style-type: none"> •Panikstörung bei älteren Patienten 	Pharmakotherapie: <ul style="list-style-type: none"> •Benzodiazepine, Trizyklische Antidepressiva, SSRI und MAO-Hemmer sind effektive Behandlungen •Keine konsistenten Unterschiede bezüglich der Effektivität zwischen den einzelnen Medikamentenklassen •Häufig Rückfälle nach Absetzen des Medikamentes (auch bei gradueller Reduktion) Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist effektiv •Mehrzahl der Patienten der Standard-KVT blieben über ein 12-24-monatiges Follow-up frei von Panikattacken •Keine konsistenten Unterschiede bezüglich der Effektivität zwischen Pharmakotherapie und KVT Schlussfolgerung: <ul style="list-style-type: none"> •Wegen den Nebenwirkungen von Benzodiazepinen wird in erster Linie eine Medikation mit Antidepressiva (SSRI) empfohlen •In den ersten Wochen kann die Verabreichung von Lorazepam® bei bestimmten Patienten hilfreich sein (→ Mittlere Halbwertszeit, d.h. relativ rasch eintretende Wirkung) •Die Compliance kann erhöht werden, wenn mit einer niedrigen Dosis Antidepressiva gestartet wird und häufige Supervisionssitzungen in den ersten Wochen stattfinden Weitere Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> •Panikanfälle im höheren Alter sind häufig im Zusammenhang mit einer depressiven Erkrankung anzutreffen •Unter anderem ist aus diesem Grund die Verabreichung von Antidepressiva besser als Benzodiazepin-Gabe •Vermehrtes Angebot von KVT ev. sinnvoll 	<ul style="list-style-type: none"> •Keine systematische Literatursuche •Es existieren, mit Ausnahme von einer deskriptiven Pilotstudie, keine randomisierten kontrollierten Studien zur Behandlung von Panikstörungen im höheren Lebensalter •Ergebnisse mussten aus den Studien mit jüngeren Personen zusammengetragen werden 	Intuitiv: <ul style="list-style-type: none"> •Übersicht über Studien zur Behandlung von Panikstörung

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	Gorman, J.M. (2002). Treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> , 63(suppl 8), 17-23.	<p>Pharmakologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Anxiolytika: Benzodiazepine; Buspiron •Antidepressiva: SSRI (<i>Paroxetin</i>®); SNRI (<i>Venlafaxin</i>®) <p>Psychologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) •Kognitive Therapie (KT) •Entspannungstechniken <p>Störungsbild:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Generalisierte Angststörung (GAS) 	<p>Psychofarmaka:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Benzodiazepine kurzfristig wirksam, aber verschiedene Nachteile und (wie Buspiron) nicht wirksam bei depressiven Symptomen, die bei Generalisierter Angststörung häufig vorkommen •Antidepressiva (<i>Paroxetin</i>® und <i>Venlafaxin</i>®) effektiver als Benzodiazepine und auch effektiv bezüglich depressiver Symptomatik •Mehrheit der Patienten, die initial (innerhalb der ersten 8 Wochen) auf <i>Venlafaxin</i>® ansprechen, remittierten nach 6-monatiger Medikation; grosser Teil der Patienten, die initial nicht ansprechen, sprachen nach 6-monatiger Behandlung an <p>Psychotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Kognitive Therapie (KT) und Entspannungstechniken kurz- und langfristig effektiv •Können alleine oder in Kombination mit Psychofarmaka angewendet werden <p>Empfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Psychosoziale Therapie (wie KVT, KT, Entspannungstechniken) und Antidepressiva (z.B. SSRI oder SNRI) als beste Behandlung zur langfristigen Besserung 	<ul style="list-style-type: none"> •Keine systematische Literatursuche 	<p>Intuitiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Übersicht über Studien zur Behandlung von Generalisierter Angststörung

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	<p>Hegerl, U., Plattner, A., & Möller, H.J. (2004). Should combined pharmacological and psychotherapy be offered to depressed patients? A qualitative review of randomized clinical trials from the 1990s. <i>European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience</i>, 254, 99-107.</p>	<p>Pharmakologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressiva: Trizyklische Antidepressiva (<i>Imipramin</i>®, <i>Nortriptylin</i>®, <i>Amiriprylin</i>®) <p>Psychologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • Interpersonelle Psychotherapie (IPT) • Kombination KVT und IPT <p>Störungsbild:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Major Depression 	<p>Akute Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur geringe Evidenz für Überlegenheit einer Kombinationsbehandlung gegenüber einer alleinigen Pharmako- oder Psychotherapie bei der Behandlung akuter Symptome der Major Depression <p>Langzeitbehandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bezüglich langfristiger Behandlung, d.h. Prävention des Wiederauftretens weiterer Episoden, zeigte eine Studie (Frank et al., 1990) eine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung gegenüber einer Interpersonellen Psychotherapie (IPT), nicht jedoch gegenüber der Pharmakotherapie - Aufrechterhaltende IPT konnte das Wiederauftreten der Symptomatik nicht vollständig verhindern, die nächste Episode konnte jedoch hinausgezögert werden • Evidenz, dass folgende Subgruppen von Patienten ev. von einer Kombinationsbehandlung profitieren könnten: <ul style="list-style-type: none"> - Kurz- und langfristige Behandlung von Patienten mit schweren Formen von chronischer Depression - Langfristige Behandlung von älteren Patienten mit einer Major Depression (im Vergleich zu alleiniger Psychotherapie profitierten sie mehr und schneller bei Kombinationsbehandlung) • Kombination effektiver als Medikation alleine bei: <ul style="list-style-type: none"> - Patienten mit einer Dysthymie und zusätzlicher Major Depression - Bei Patienten mit einer persistierenden Major Depression - Bei Patienten mit einer aktuell voll ausgeprägten rezidivierenden Major Depression mit Teilremissionen zwischen Episoden <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurzfristig kaum bessere Resultate durch Kombinationsbehandlung als durch alleinige Psycho- oder Pharmakotherapie • Langfristig erweist sich die Kombinationsbehandlung in der Reduktion depressiver Symptome als effektiver als Psychotherapie alleine, nicht aber als die alleinige Medikation • Bei schweren Fällen von chronischen Depressionen und bei älteren Menschen mit einer Major Depression erweist sich die Kombinationsbehandlung als effektiver im Vergleich zur alleinigen Psychotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenige kontrollierte Studien • Bestimmte Resultate beruhen auf wenigen (d.h. 1-2) Studien 	<p>Systematisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einschlusskriterien: Publikationsjahr \geq 1990, Originalarbeiten von kontrollierten randomisierten Untersuchungen, bei denen Zellgröße mindestens 20 beträgt und Blindheit der Beurteiler gewährleistet ist • Einschluss von insgesamt 7 Studien: 4 untersuchten kurzfristige Resultate, 3 langfristige Behandlungen • Meist 3 Bedingungen: Psychotherapie, Pharmakotherapie und Kombination von beiden • Bei 2 Studien zusätzlich Tabletten-Placebo, bei einer (Frank et al., 1990) zusätzlich Tabletten-Placebo kombiniert mit klinischem Management • Meist ambulante Therapien, Medikation mit Trizyklischen Antidepressiva • Psychotherapie mehrheitlich IPT, teilweise KVT • Dauer der Behandlungen zwischen 8 und 12 Wochen

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	Keller, M.B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 108, (suppl 417), 85-94.	<p>Pharmakologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Anxiolytika: Benzodiazepine •Antidepressiva: SSRI; Trizyklische Antidepressiva <p>Psychologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) •Verhaltenstherapie •Soziales Kompetenztraining <p>Störungsbild:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Soziale Phobie 	<p>Pharmakotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Effektiv bezüglich Hauptsymptomatik <p>Psychotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Verhaltenstherapie und soziales Kompetenztraining wirksam •Für KVT liegen langfristige Wirksamkeitsüberprüfungen vor <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Pharmako- und Psychotherapie effektiv; Psychotherapie jedoch nicht so häufig angewendet <p>Weitere Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> •KVT wird zu selten angeboten •Unterstützende Psychotherapie und psychodynamische Methoden häufiger angeboten als KVT oder Entspannungsmethoden 	<ul style="list-style-type: none"> •Keine systematische Literatursuche 	<p>Intuitiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Übersicht über Studien zur langfristigen Behandlung der sozialen Phobie

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	Kjermisted, K.D., & Bleau, P. (2004). Long-term goals in the management of acute and chronic anxiety disorders. <i>Canadian Journal of Psychiatry</i> , 49(1), 51S-63S.	<p>Pharmakologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Anxiolytika: Benzodiazepine ●Antidepressiva: SSRI (<i>Citalopram</i>®, <i>Nefazodon</i>®, <i>Paroxetin</i>®, <i>Fluoxetin</i>®, <i>Fluvoxamin</i>®, <i>Sertraline</i>®), SNRI (<i>Venlafaxine</i>® XR (verzögerte Abgabe)); Trizyklische Antidepressiva (<i>Clomipramin</i>®); Tetrazyklische Antidepressiva (<i>Mirtazapin</i>®); MAO-Hemmer; Atypische Antidepressiva (Bupropion) <p>Psychologische Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) <p>Störungsbilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Soziale Phobie ●Generalisierte Angststörung (GAS) ●Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) ●Panikstörung ●Zwangsstörung 	<p>Soziale Phobie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●SSRI und Venlafaxin® XR effektiv mit Responder-Raten von 40-68% ●MAO-Hemmer und Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ebenfalls effektiv <p>Generalisierte Angststörung (GAS):</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Benzodiazepine, Paroxetin® und Venlafaxin® XR effektiv mit Remissionraten, die 15-25% höher lagen als bei Placebo <p>Posttraumatische Belastungsstörung (PTB):</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Antidepressiva effektiv mit Responder-Raten von 60-70% (40% bei Placebo) <p>Panikstörung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Bei Paroxetin® und Venlafaxin® doppelt so viele panikfreie Patienten wie bei Placebo <p>Zwangsstörung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●20-65% der Patienten berichteten eine 25-35%-ige Verbesserung der Symptome bei Verabreichung von SSRI, Venlafaxin® und Clomipramin® <p>Allgemeines:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Weiterlaufende Einnahme der Medikamente verbesserte Heilungsraten und reduzierte Rückfallraten ●Viele Angstpatienten benötigten verlängerte Behandlung, bevor sie eine Besserung verspürten ●In den meisten Studien bereits Besserung innerhalb von 3 bis 4 Wochen, noch deutlichere Besserung zu den 3 bis 6-Monats-Katamnesezeitpunkten <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Signifikante Verbesserung von Depressivität und Angstsymptomen bei Medikation mit Antidepressiva ●Mehrere Studien zeigen verbesserte langfristige Heilungsstrategien, wenn die Medikation fortgesetzt wurde 	<ul style="list-style-type: none"> ●Keine systematische Literatursuche 	<p>Intuitiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Übersicht von randomisiert kontrollierten Studien aus den letzten 5 Jahren

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	<p>Nordhus, I.H., & Palle- sen, S. (2003). Psychological treatment of late-life anxiety: An empirical review. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, 71(4), 643-651.</p>	<p>Psychologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> ● Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ● Unterstützende Psychotherapie ● Unterstützende Beratung ● Progressive Muskelrelaxation ● Rational-emotive Therapie <p>Störungsbilder: <i>Fremdbeurteilung</i> <ul style="list-style-type: none"> ● Subjektive Angst ● Panikstörung mit und ohne Agoraphobie ● Generalisierte Angststörung (GAS) ● Soziale Phobie <i>Selbstbeurteilung</i> <ul style="list-style-type: none"> ● Subjektive Angst </p> </p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Psychologische Interventionen signifikant effektiver als keine Behandlung (Selbstbeurteilung und Fremdbeurteilung durch Kliniker): Effektstärke (ES) = .55 bei Therapieende ● Psychologische Interventionen brachten signifikante Verbesserungen in der Angstsymptomatik älterer Patienten bei Therapieende (gilt für Selbst- und Fremdbeurteilung) ● Langfristige Effekte (mind. 6 Monate) ungenügend untersucht oder unterschiedliche Follow-up-Zeiträume, sodass keine verlässlichen Schlüsse gezogen werden können - Befristete Studien zeigten jedoch stabile Effekte über 12 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> ● Häufig keine Diagnose nach DSM-IV ● Berechnung der Effektstärken basierend auf Selbstbeurteilung und Interviewerurteil: Ev. wurde nicht das selbe Konstrukt erfasst 	<p>Systematisch: <ul style="list-style-type: none"> ● Metaanalyse von nicht-pharmakologischen Interventionen ● Studien eingeschlossen, die Vergleiche zwischen aktiver Behandlung vs. Kontrollgruppe oder vs. andere Behandlung vornahm ● Selbstberichtete (→ Subjektive Angst) oder diagnostizierte Angststörung ● Alter der Versuchspersonen: mindestens 55 Jahre ● Erfolgsrate beibehalten ● mindestens ein Rating durch den Kliniker oder eine Selbstbeurteilungsskala bezüglich der Angst ● Insgesamt 15 Studien (1975-2002, Computersuche) mit entsprechenden Kriterien gefunden ● Berechnung von gewichteten Effektstärken (nach Stichprobengröße) </p>

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	Pollack, M.H., Allgulander, C., Bandelow, B., Cassano, G.B., Greist, J.H., Hollander, E., Nutt, D.J., Okasha, A., & Swinson, R.P. (2003). WCA recommendations for the long-term treatment of panic disorder. <i>CNS Spectrums</i> , 8(suppl 1), 17-30.	Pharmakologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> •Anxiolytika: Benzodiazepine •Antidepressiva: SSRI (<i>Sertraline</i>®); Trizyklische Antidepressiva; MAO-Hemmer Psychologische Intervention: <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) Störungsbild: <ul style="list-style-type: none"> •Panikstörung 	Pharmakotherapie: <ul style="list-style-type: none"> •SSRI hat beste Wirksamkeit, zudem geringe Nebenwirkungen und keine körperliche Abhängigkeit zur Folge •Hochpotente Benzodiazepine, Trizyklische Antidepressiva und MAO-Hemmer ebenfalls effektiv (wobei der Nachweis der Langzeiteffektivität weiterhin erforderlich ist) •Langfristige Behandlung mit SSRI (<i>Sertraline</i>®) effektiv und gut verträglich (Follow-ups bis zu 80 Wochen) Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als kurz- und langfristige Behandlung (bis zum 6-monatigen Follow-up) effektiv Schlussfolgerung: <ul style="list-style-type: none"> •Kombination von Pharmakotherapie und KVT empfehlenswert •Response-Rate bei Psychopharmaka und KVT ungefähr gleich (langfristig für KVT etwas besser) Pharmakotherapie: SSRI Methode der Wahl <ul style="list-style-type: none"> •Für langfristige Erfolge muss die Behandlung mindestens 12-24 Monate andauern 	<ul style="list-style-type: none"> •Keine systematische Literatursuche •Nur wenige Studien zu Langzeiteffekten und Langzeitbehandlung (meist 12 Wochen oder kürzere Behandlungsdauer) 	Intuitiv: <ul style="list-style-type: none"> •Übersicht über Studien zur langfristigen Behandlung der Panikstörung

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	Rouillon, F. (2004). Long-term therapy of generalized anxiety disorder. <i>European Psychiatry</i> , 19, 96-101.	<p>Pharmakologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Anxiolytika: Benzodiazepine; Buspiron ●Antidepressiva: SSRI (<i>Paroxetin</i>®); SNRI (<i>Venlafaxin</i>®) ●Antihistaminika (<i>Hydroxyzin</i>®) <p>Psychologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ●Psychoedukative Techniken ●Entspannungstechniken <p>Störungsbild:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Generalisierte Angststörung (GAS) 	<p>Pharmakotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Anxiolytika (Benzodiazepine, Buspiron, Hydroxyzin®) effektiv für subklinische und kurz andauernde GAS, aber wegen Nebenwirkungen weniger angewendet - Resultate mit Benzodiazepinen inkonsistent und kaum kontrollierte langfristige Studien vorhanden ●Antidepressiva (v.a. Paroxetin® und Venlafaxin®) vermehrt verwendet, kurz- und langfristig effektiv und Verbesserung des sozialen Funktionierens <p>Psychotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) effektiv; effektiver als Analytische Psychotherapie oder Nondirektive Verfahren (Follow-ups bis zu 1 Jahr) ●Noch immer weniger verbreitet als analytische Therapien, welche sich jedoch als uneffektiv herausgestellt haben <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Empfehlungen: In erster Linie Antidepressiva, v.a. aufgrund der häufig komorbiden Depressivität und der Langzeiteffektivität ●KVT effektiv und empfehlenswert in Kombination mit Antidepressiva v.a. bei komorbider Depression ●Antidepressiva und KVT scheinen auch langfristige Effekte zu haben (30-40% der Patienten zeigen Remission bei 8-14-Jahre Follow-ups) 	<ul style="list-style-type: none"> ●Keine systematische Literatursuche ●Behandlung sollte langfristig untersucht werden: <ul style="list-style-type: none"> - Nur wenige Studien vorhanden, die Effektivitätsüberprüfung über einen längeren Zeitraum als 6-8 Wochen aktiver Behandlung durchgeführt haben (ausser für Paroxetin® & Venlafaxin®) 	<p>Intuitiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Übersicht über Studien zur langfristigen Behandlung von Generalisierter Angststörung

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	<p>Rufer, M., Hand, I., & Peter, H. (2001). Kombinationstherapie bei Angststörungen: Aktuelle Datenlage und Empfehlungen für den klinischen Alltag. <i>Verhaltenstherapie</i>, 11, 160-172.</p>	<p>Pharmakologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Anxiolytika: Benzodiazepine •Antidepressiva <p>Psychologische Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Verhaltenstherapie <p>Kombination Verhaltenstherapie und Psychopharmaka</p> <p>Störungsbilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Panikstörung •Agoraphobie •Soziale Phobie •Generalisierte Angststörung •Spezifische Phobie 	<p>Panikstörung und Agoraphobie:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kombinationstherapie am besten untersucht → Widersprüchliche Ergebnisse, ob Kombinations- oder Monotherapie effektiver •Kurzfristige Effekte: Insgesamt kein überzeugender kurzfristiger Additions- oder Potenzierungseffekt bei der Kombination von Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie •Mittel- und langfristige Effekte: Keine Unterschiede zwischen alleiniger Verhaltenstherapie und der Kombination mit Antidepressiva •Teilweise eher schlechtere Resultate bei Kombination der Verhaltenstherapie mit Medikamenten (insbesondere mit Benzodiazepinen) im Vergleich zur alleinigen Verhaltenstherapie •Alleinige pharmakologische Behandlung (Benzodiazepine und Antidepressiva) war einer Mono-Verhaltenstherapie oder der Kombinationstherapie langfristig deutlich unterlegen; bis zu 80% erleiden Rückfälle nach Absetzen der Medikation •Diese hohe Rückfallrate lässt sich bei Benzodiazepinen durch eine sequentielle Kombination mit einer Verhaltenstherapie vermindern <p>Soziale Phobie:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kombination insgesamt nicht ausreichend untersucht, eher enttäuschende Resultate und nicht effektiver als Mono-Verhaltenstherapie <p>Generalisierte Angststörung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Keine verlässlichen Aussagen möglich, da zu wenige Untersuchungen, v.a. mit Antidepressiva <p>Spezifische Phobie:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Anerkennung der erfolgreichen alleinigen verhaltenstherapeutischen Behandlung als erste Wahl <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Unter Berücksichtigung des Langzeitverlaufs kann für keine der Angststörungen eine generelle Überlegenheit der Kombinationstherapie belegt werden •Eine sequentielle Kombination (mit späterer Verhaltenstherapie) senkt die Rückfallrate beim Absetzen einer initial alleinigen Medikation (Benzodiazepine) 	<ul style="list-style-type: none"> •Keine systematische Literatursuche 	<p>Intuitiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Übersicht über bis heute durchgeführte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit der Kombination von Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie für die einzelnen Angststörungen

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	Ruhmland, M., & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. <i>Verhaltenstherapie</i> , 11, 27-40	<p>Psychologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) •Kognitive Therapie (KT) •Psychodynamische Therapie •Nondirektive Therapie •Konfrontation •Entspannung •Angewandte Entspannung •Desensibilisierung •Biofeedback •Training sozialer Kompetenzen •Reine Informationsvermittlung <p>Störungsbilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Generalisierte Angststörung •Soziale Phobie 	<p>Generalisierte Angststörung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Grösste Effektstärke (ES) für angewandte Entspannung bezüglich der Veränderung der Hauptsymptomatik (ES = 1.65), allerdings Resultate nur aus 2 Behandlungsgruppen •Für Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und Kognitive Therapie (KT) je 5 Behandlungsgruppen, daher besser abgesichert: <ul style="list-style-type: none"> -ES für KVT = 1.43, für KT = 1.20 -Effekte stabil bis zu 6 Monaten nach Behandlungsende •Positive Effekte konnten mit der Psychodynamischen Therapie über den Zeitraum von 6 Monaten nicht aufrechterhalten werden <p>Soziale Phobie:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Grösste ES für Konfrontation bezüglich der Veränderung der Hauptsymptomatik (ES = 1.76) •Kein signifikanter Unterschied zwischen Konfrontation und KVT (ES = 1.07) •Therapieergebnisse (Konfrontation und KVT) blieben bis zu 18 Monaten nach Therapieende stabil •In 2 Studien Dauerhaftigkeit der KVT für Zeitraum zwischen 3 und 5 Jahren nach Therapieende erwiesen <p>Weitere Ergebnisse:</p> <p><i>Generalisierte Angststörung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Angewandte Entspannung mit hoher Dropout-Rate von 25% (v.a. wegen einer Studie mit 38% Dropouts) <p><i>Soziale Phobie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Mit KVT auch gute und langfristige Ergebnisse bei anderen vorhandenen Ängsten, allgemeiner Ängstlichkeit und Depressivität 	<p>Bestimmte Ergebnisse beruhen auf geringer Studiendanzahl</p> <ul style="list-style-type: none"> •Studien, die Patienten mit komorbiden Störungen erfassten, wurden ausgeschlossen •Ein Grossteil der Patienten wies depressive Symptome auf (jedoch ungenügender Schweregrad für eine Diagnose) 	<p>Systematisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Einschluss von deutschen oder englischen Studien, die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung von sozialer Phobie und Generalisierter Angststörung untersuchten •Nur Studien eingeschlossen, die mindestens 3 Erfolgsmasse untersuchten •Ausschluss von Einzelfallstudien, Analogstudien, Studien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, Medikamentenstudien und Studien mit Komorbidität •Einteilung der Studien anhand eines Kodierschemas zu einer bestimmten Behandlungsbedingung und einer Outcome-Kategorie •Berechnung von Effektstärken (ES): Prä-Post, Prä-Follow-up I (bis zu 6 Monate nach Therapieende) und Prä-Follow-up II (7-24 Monate nach Therapieende) •Nur Vergleich jener mittleren ES, für die mehr als 4 ES zur Berechnung des mittleren Effekts eingegangen waren •Generalisierte Angststörung: 14 Studien, alle ambulant, davon 2 im Gruppensetting •Soziale Phobie: 15 Studien, alle ambulant, ca. gleich häufig Einzel- und Gruppentherapie

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	Ruhmland, M., & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. <i>Verhaltenstherapie</i> , 11, 41-53.	<p>Psychologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) •Kognitive Therapie (KT) •Psychodynamische Therapie •Nondirektive Therapie •Konfrontation in vivo •Entspannung •Angewandte Entspannung <p>Störungsbilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Panikstörung mit Agoraphobie •Panikstörung ohne Agoraphobie 	<p>Panikstörung mit Agoraphobie:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Für alle Behandlungsformen mittlere bis grosse Effekte in allen Erfolgsmassen •Konfrontation in vivo bezüglich der Veränderung der Hauptsymptomatik am wirksamsten mit einer Effektivität (ES) von 1.64 nach Therapieende •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit ES = 1.19 signifikant weniger effektiv als Konfrontation in vivo bezüglich der Hauptsymptomatik •Bezüglich der Anzahl Panikanfälle kein signifikanter Unterschied zwischen KVT und Konfrontation in vivo •In den Bereichen Depressivität, andere Ängste, Beeinträchtigung durch die Störung und allgemeine Psychopathologie für KVT und Konfrontation in vivo deutliche und dauerhafte Verbesserungen •Kognitive und verhaltenstherapeutische Verfahren bezüglich Depressivität und anderen Ängsten/Ängstlichkeit signifikant effektiver als non-direktive Therapien <p>Panikstörung ohne Agoraphobie:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Höchste mittlere Effekte bezüglich der Veränderung der Hauptsymptomatik für KVT und angewandte Entspannung (ES = 1.32 bzw. 1.12) •Für beide Behandlungsformen auch Verbesserungen in der Anzahl der Panikanfälle (KVT: ES = 1.24, angewandte Entspannung: ES = .97) und den Bereichen Depressivität und andere Ängste/Ängstlichkeit <p>Alle Behandlungserfolge konnten bis zu 2 Jahre nach Therapieende aufrechterhalten oder sogar gesteigert werden</p> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Bei Panikstörung mit Agoraphobie mittlere bis grosse Effekte für alle Behandlungsformen in allen Erfolgsmassen; die besten Effekte erzielen Konfrontation in vivo und KVT; Effekte bleiben bis über 2 Jahre stabil •Bei Panikstörung ohne Agoraphobie höchste Effekte für KVT und angewandte Entspannung; grosse kurz- und langfristige Effekte für die Bereiche Hauptsymptomatik, Anzahl der Panikanfälle, Depressivität und andere Ängste/Ängstlichkeit <p>Weitere Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Panikstörung mit Agoraphobie: Starke Schwankungen zwischen den Abbruchraten (0.4 - 23%) 	<p>Panikstörung mit Agoraphobie: Dauer der einzelnen Follow-up-Zeiträume unterscheidet sich stark zwischen den Studien</p> <ul style="list-style-type: none"> •Panikstörung ohne Agoraphobie: Nur sehr wenige Studien, unsichere Datengrundlage, geringe Anzahl mit Kognitiver Therapie •Aufgrund der geringen Anzahl an Studien können einzelne Untersuchungen das Bild der Wirksamkeit einer Behandlung stark beeinflussen 	<p>Systematisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Einschluss von deutschen oder englischen Studien, die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung von Panikstörung mit/ohne Agoraphobie untersuchten •Nur Studien eingeschlossen, die mindestens 3 Erfolgsmasse untersuchten •Ausschluss von Einzelfallstudien, Analogstudien, Studien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, Medikamentenstudien und Studien mit Komorbidität •Einteilung der Studien anhand eines Kodierschemas zu bestimmten Behandlungsbedingungen und zu Outcome-Kategorien •Berechnung von Effektivitäten (ES): Prä-Post, Prä-Follow-up I (bis zu 6 Monate nach Therapieende) und Prä-Follow-up II (7-24 Monate nach Therapieende) •Nur Vergleich jener mittleren ES, für die mehr als 4 ES zur Berechnung des mittleren Effekts eingegangen waren •Panikstörung mit Agoraphobie: 36 Studien, davon 4 stationär, mehrheitlich Einzeltherapie •Panikstörung ohne Agoraphobie: 6 Studien, alle mit KVT und ambulant, 2 im Gruppensetting

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	<p>Ruhmland, M., & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von spezifischer Phobie und Zwangsstörung: Meta-Analysen auf Störungsebene. <i>Verhaltenstherapie</i>, 11, 14-26.</p>	<p>Psychologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) •Kognitive Therapie (KT) •Nondirektive Therapie •Konfrontation •Desensibilisierung •Angewandte Anspannung •Angewandte Entspannung •Kombination der angewandten Anspannung und Entspannung •Stress-Management •Reine Informationsvermittlung <p>Störungsbilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Spezifische Phobie •Zwangsstörung 	<p>Spezifische Phobie:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Für Kognitive Therapie (KT), Desensibilisierung, Konfrontation, angewandte Anspannung und angewandte Entspannung sehr grosse Effektstärken (ES) zwischen 1.42 und 2.06 in der Veränderung der Hauptsymptomatik (Prä-Post-Vergleich) •Für Stress-Management und reine Informationsvermittlung ES < 0.50 bezüglich der Veränderung der Hauptsymptomatik •Langfristige Wirksamkeit selten untersucht, für Konfrontation, angewandte Anspannung und angewandte Entspannung stabile Behandlungseffekte zum 12-monatigen Follow-up •Bestimmte Behandlungsformen nur effektiv für bestimmte spezifische Phobien (Desensibilisierung hauptsächlich bei Zahnarztphobie, angewandte Anspannung bei Blut-, Verletzung- und Injektionsphobien) •Vor allem Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), KT und Konfrontation untersucht; alle erzielten mittlere bis grosse Effekte in allen Erfolgsmassen •ES (Prä-Post-Vergleich) für Hauptsymptomatik: <ul style="list-style-type: none"> - KVT: ES = 1.84 - KT: ES = 1.78 - Konfrontation: ES = 1.44 <p>→ Unterschiede der ES zwischen den Therapieformen nicht signifikant</p> <p>Follow-up I (bis 6 Monate nach Therapieende):</p> <ul style="list-style-type: none"> •KVT hat in allen Bereichen ausser Beeinträchtigung durch die Störung höhere mittlere ES im Vergleich zur reinen Konfrontation •Sehr hohe ES für KVT •Effekte blieben bis 2 Jahre stabil bzw. erhöhen sich teilweise Schlussfolgerungen: •Für Behandlung spezifischer Phobien existieren wirksame Psychotherapien (KT, Desensibilisierung, Konfrontation, angewandte Anspannung und angewandte Entspannung) •Auch langfristig (bis zu 14 Monate) stabile Erfolge •Für Behandlung von Zwangsstörungen existieren ebenfalls wirksame psychologische Behandlungsmöglichkeiten (v.a. Konfrontation und KVT) •Auch langfristig (bis zu 2 Jahren) stabile Effekte 	<p>Spezifische Phobie:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Alle Studien zur angewandten Anspannung und Entspannung plus Kombination derselben von einer Forschergruppe durchgeführt → Behandlungssetting ähnelt sich über Studien hinweg •Konfrontationsbehandlung auch mehrheitlich durch dieselbe Gruppe evaluiert (jedoch auch vergleichbare Ergebnisse von anderen Forschergruppen vorhanden) 	<p>Systematisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Einschluss von deutschen oder englischen Studien, die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung von spezifischer Phobie und Zwangsstörung untersuchten •Ausschluss von Einzelfallstudien, Analogstudien, Studien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, Medikamentenstudien und Studien mit Komorbidität •Nur Studien, die mindestens 3 Erfolgsmasse untersuchten •Einteilung der Studien anhand eines Kodierschemas zu bestimmten Behandlungsbedingungen und zu Outcome-Kategorien •Berechnung von Effektstärken (ES): Prä-Post, Prä-Follow-up I (bis zu 6 Monate nach Therapieende) und Prä-Follow-up II (7-24 Monate nach Therapieende) •Nur Vergleich jener mittleren ES, für die mehr als 4 ES zur Berechnung des mittleren Effekts eingegangen waren •Spezifische Phobie: 19 Studien, alle ambulant; 2 Studien untersuchten Wirksamkeit von Gruppentherapien •Zwangsstörung: 23 Studien, ausser 1 Studie alle ambulant, 1 Studie untersuchte Wirksamkeit von Gruppentherapie

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	<p>Segal, Z., Vincent, P., & Levitt, A. (2002). Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. <i>Journal of Psychiatry & Neuroscience</i>, 27(4), 281-290.</p>	<p>Pharmakologische Intervention: <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressiva Psychologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • Kognitive Therapie (KT) • Kognitiv-behaviorales Analyse-System der Psychotherapie • Interpersonelle Psychotherapie (IPT) 3 Vorgehensweisen: <ul style="list-style-type: none"> • Kombinationstherapie - Gleichzeitiger Beginn der psychologischen und pharmakologischen Interventionen • Sequentielle Behandlung - Psychotherapie wird zeitlich nachgeschaltet eingesetzt um eintretende Effekte der Pharmakotherapie zu erhöhen oder vice versa • Crossover-Behandlung - Häufig erfolgt der Wechsel von einer Behandlung zu einer anderen, wenn die Patienten auf die erste adäquat reagiert haben Störungsbild: <ul style="list-style-type: none"> • Major Depression </p>	<p>Kombinationstherapie: <ul style="list-style-type: none"> • Gleich effektiv wie Monotherapie (Pharmako- oder Psychotherapie) bei der Behandlung von milden bis moderaten Depressionen • Effektiver bei schwereren Depressionen, chronischen Depressionen und wiederkehrenden Episoden Sequentielle Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> • Zum Teil effektiver für Patienten, die nur teilweise oder gar nicht auf die erste Behandlung ansprechen • Mehrheit der Patienten remittierte vollständig • Effektiver bezüglich der Prävention von Rückfällen oder Wiederauftreten der Störung (besonders bei schwereren Fällen) Crossover-Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> • Effektiv bezüglich der Prävention von Rückfällen oder Wiederauftreten der Störung Kognitive Therapie (KT): <ul style="list-style-type: none"> • Scheint eine Rolle zu spielen bei der Verbesserung der Remissionsraten und der Senkung der Rückfall- und Wiederauftretenstraten Schlussfolgerung: <ul style="list-style-type: none"> • Sequentielle und Crossover-Behandlungen scheinen bezüglich der Prävention und der Remissionsraten Vorteile zu bieten: Mehr voll remittierte Patienten, weniger Rückfälle und geringere Wiederauftretenstraten • Zusätzlicher Erfolg durch Kombination, v.a. bei schwereren Störungsbildern </p>	<ul style="list-style-type: none"> • Keine systematische Literatursuche • Meist kleine Stichproben (Daher kleine Power) • Sequentielle Behandlung: nur 2 Studien (1. Psychotherapie gefolgt von kognitiver Therapie, 2. Kognitive Therapie gefolgt von Psychopharmaka) 	Intuitiv: <ul style="list-style-type: none"> • Übersicht über Studien zur Behandlung von Major Depression

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	Stein, D.J., Bandelow, B., Hollander, E., Nutt, D.J., Okasha, A., Pollack, M.H., Swinson R.P., & Zohar, J. (2003). WCA recommendations for the long-term treatment of posttraumatic stress disorder. <i>CMS Spectrums</i> , 8(suppl 1), 31-39.	Pharmakologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressiva: SSRI (<i>Sertraline</i>®); Trizyklische Antidepressiva; MAO-Hemmer Psychologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • Exposition • Angstmanagement Störungsbild: <ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) 	Pharmakotherapie: <ul style="list-style-type: none"> • SSRI als einzige Klasse langfristig überprüft, erwiesen sich als effektiv und sicher bezüglich der Nebenwirkungen Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> • Als Behandlung der Wahl bei milden und ev. mittleren PTB-Symptomen und in Kombination mit Psychopharmaka bei schwereren Fällen Schlussfolgerung: <ul style="list-style-type: none"> • SSRI kurz- und langfristig effektiv; für Sertraline® Effektivität der Langzeitbehandlung zur Rückfallprävention erwiesen • Empfehlung für Pharmakotherapie: Medikation weiterführen für mindestens 12-24 Monate • Empfehlung für Kognitive Verhaltenstherapie : Auffrischungssitzungen durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine systematische Literatursuche • Nur sehr wenige Studien (hauptsächlich für Sertraline®) zu langfristigen Effektivität und Sicherheit von Psychopharmaka 	Intuitiv: <ul style="list-style-type: none"> • Übersicht über Studien zur langfristigen Behandlung von PTB

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Angst- und affektive Störungen	Van Ameringen, M., Allgulander, C., Bandelow, B., Greist, J.H., Hollander, E., Montgomery, S.A., Nutt, D.J., Okasha, A., Pollack, M.H., Stein, D.J., & Swinson, R.P. (2003). WCA recommendations for the long-term treatment of social phobia. <i>CNS Spectrums</i> , 8(suppl 1), 40-52.	Pharmakologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> •Anxiolytika: Benzodiazepine (<i>Clonazepam</i>®) •Antidepressiva: SSRI (<i>Sertraline</i>®), <i>Paroxetine</i>®); Reversible MAO-Hemmer (<i>Moclobemid</i>®); Irreversible MAO-Hemmer (<i>Phenelzine</i>®) Psychologische Intervention: <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) Störungsbild: <ul style="list-style-type: none"> •Soziale Phobie 	Pharmakotherapie: <ul style="list-style-type: none"> •SSRI als das Medikament der Wahl; nachgewiesene Effektivität im Vergleich zu Placebo •Paroxetin® als einziges Medikament, das für die Behandlung der Sozialen Phobie von der Food and Drug Administration in den USA zugelassen ist Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): <ul style="list-style-type: none"> •Effektivität erwiesen, jedoch nicht überall verbreitet •Behandlungseffekte konnten meist über langfristige Follow-ups aufrechterhalten werden Weitere Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> •Wird die effektive Kurzzeittherapie zu rasch abgesetzt, kommt es zu Rückfällen (siehe dazu auch Empfehlung für 12-monatige Behandlung) Schlussfolgerung: <ul style="list-style-type: none"> •Einige Benzodiazepine, einige MAO-Hemmer, SSRI und KVT kurz- und langfristig effektiv •Empfehlung für Pharmakotherapie: Langfristige Behandlung während mindestens 12 Monaten 	<ul style="list-style-type: none"> •Keine systematische Literatursuche 	Intuitiv: <ul style="list-style-type: none"> •Übersicht über Studien zur langfristigen Behandlung der Sozialen Phobie

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J., & Campbell, C. (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review). In: <i>The Cochrane Library</i> (Ausgabe 4) Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.	Pharmakologische Intervention: <ul style="list-style-type: none"> Standardbehandlung („standard care“ = Antipsychotika) Psychologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) Unterstützende Psychotherapie Kombinierte Behandlungen: KVT als Ergänzung zu anderer psychosozialer oder psychoedukativer Behandlung Störungsbilder: <ul style="list-style-type: none"> Schizophrenie Schizophrenie-ähnliche Krankheiten (z.B. Schizoaffektive Störung, Psychotische Störungen mit Wahn (DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10)) 	<p><i>Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) plus Standardbehandlung vs. alleinige Standardbehandlung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Rückfallraten und die Klinik-Wiedereinlieferungsrate: Kombinationstherapie reduzierte diese nicht signifikant im Vergleich zur alleinigen Standardtherapie Entlassungsrate: Signifikante Verbesserung bei zusätzlicher KVT bezüglich der Rate der aus der Klinik entlassenen Patienten Generelles psychologisches und psychiatrisches Funktionsniveau: Zusätzliche KVT kurz- und mittelfristig signifikant effektiver <ul style="list-style-type: none"> Unterschied nach 26 Wochen nicht mehr signifikant Psychische Befindlichkeit: Zusätzliche KVT mittelfristig signifikant effektiver <ul style="list-style-type: none"> Unterschied nach 1 Jahr nicht mehr signifikant <p><i>Kognitive Verhaltenstherapie plus Standardbehandlung vs. unterstützende Psychotherapie plus Standardbehandlung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Im Vergleich zur unterstützenden Psychotherapie plus Standardbehandlung hatte die Kombination mit KVT keine signifikanten Resultate bezüglich der Rückfallrate und der klinisch bedeutsamen Verbesserungen im psychischen Befinden Schlussfolgerung: <ul style="list-style-type: none"> Momentan keine klaren Hinweise darauf, dass KVT eine substantielle Verbesserung im Vergleich zur Standardbehandlung oder unterstützenden Psychotherapie bringt 	<ul style="list-style-type: none"> Wenige Studien eingeschlossen → keine endgültige Schlussfolgerung über die Wirksamkeit von KVT möglich Eingeschränkte Vergleichbarkeit der Studien aus den folgenden Gründen: <ul style="list-style-type: none"> Unterschiedliche Studiendauer (8 Wochen bis 5 Jahre, Durchschnitt = 20 Monate) Ambulante und stationäre Settings Grosse Variabilität in den Resultaten 	Systematisch: <ul style="list-style-type: none"> Elektronische Suche in verschiedenen Datenbanken und Journals Nur Einbezug von randomisierten Studien mit KVT, in denen Patienten mit Schizophrenie oder einer Schizophrenie-ähnlichen Diagnose teilnahmen Alle Studien untersuchten KVT als Ergänzung zur Standardbehandlung In allen Studien beinhaltet Standardbehandlung auch Antipsychotika Methodische Qualität der einzelnen Studien wurde erfasst Begutachtung (Reliabilitätsprüfung) durch 2 unabhängige Reviewer: 22 Artikel, die 13 randomisierte kontrollierte Studien beschreiben Ergebnisse eingeteilt in kurzfristig (innerhalb 12 Wochen nach Therapiebeginn), mittelfristig (13-26 Wochen nach Therapiebeginn) und langfristig (über 26 Wochen nach Therapiebeginn)

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A Meta-Analysis. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 160(7), 1223-1232.	<p>Psychologische Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) •Psychodynamische Therapien (PT) •Kombination KVT und PT <p>Störungsbilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Persönlichkeitsstörungen 	<p>Um Langzeiteffekte zu bestimmen, wurde das längste Posttreatment Follow-up für die Evaluation verwendet (die Effektstärken (ES) geben daher eher langfristige Resultate wieder):</p> <p>Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):</p> <ul style="list-style-type: none"> •Overall-ES aufgrund von Selbstbeurteilung = 1.20 •Overall-ES aufgrund von Fremdbeurteilung = 0.87. <p>Psychodynamische Therapien:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Overall-ES aufgrund von Selbstbeurteilung = 1.08 •Overall-ES aufgrund von Fremdbeurteilung = 1.79 <p>Kombination Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und Psychodynamische Therapien (PT):</p> <ul style="list-style-type: none"> •2 Studien, ES = 0.79 (Selbstbeurteilung) <p>Mittlere Genesungsrate:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Bei KVT 47% (keine Angaben zu Therapiedauer, nur 1 Studie) •Bei PT 59% nach einer mittleren Behandlungsdauer von 15 Monaten (3 Studien) <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •KVT und PT sind bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen effektiv •Es sind nur vorläufige Schlussfolgerungen möglich, da nur wenige Studien in die Analyse einbezogen werden konnten 	<ul style="list-style-type: none"> •Wenige Studien eingeschlossen (nur vorläufige Schlussfolgerungen möglich) <p>Eingeschränkte Vergleichbarkeit der Studien aus den folgenden Gründen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Sehr unterschiedlich lange Therapiedauer und Follow-up Zeiträume: -PT: Im Durchschnitt 37 Wochen (Range: 1.4-102), 23 Sitzungen (Range: 12-40), 78 Wochen (Range: 1-208) bis zum Follow-up -KVT: Im Durchschnitt 16 Wochen (1-52), 13 Sitzungen (6-32), 13 Wochen (1-52) bis zum Follow-up <ul style="list-style-type: none"> •Meist ambulante Behandlungen, einige aber auch stationär oder teilweise stationär •Behandlung von verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, teilweise komorbide Störungen in den Studien zugelassen oder sogar Voraussetzung •Unterschiedliche Vergleiche: Teilweise mit Wartekontroll-Bedingung, unspezifischer Behandlung, randomisierter Vergleich von 2 aktiven Behandlungen, naturalistische Beobachtungen •Messinstrumente: Unterschiedlich, d.h. z.T. nur Selbstbeurteilung, z.T. nur Fremdbeurteilung 	<p>Systematisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Studien mit PT oder KVT •Publikationen zwischen 1974 und 2001 (Medline, Psycinfo, Current Contents) •Nur Studien, die: <ul style="list-style-type: none"> -Standardisierte Methoden zur Diagnostik verwendeten -Reliable und valide Messinstrumente zur Erfolgsmessung verwendeten -Resultate enthielten, die eine Berechnung der ES oder der Genesungsrate ermöglichten •14 Studien mit psychodynamischen Therapien, 11 Studien mit KVT wurden eingeschlossen

Reviews zu Langzeiteffektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieformen	Langzeiteffektivität	Kritik/Einschränkungen	Methode der Literatursuche
Somatoforme, Psychosomatische Störungen und gemischte Gruppe	Nord-Rüdiger, D. (2002) Metabolisches Syndrom und Rehabilitation: Gibt es vorzeigbare Langzeitergebnisse aus psychologischer Sicht? <i>Zeitschrift für Gastroenterologie</i> , 40(S1), 15-17.	Pharmakologische Intervention Psychologische Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> •Diätetische Behandlung •Bewegungstherapeutische Behandlung •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) Störungsbild: <ul style="list-style-type: none"> •Übergewicht 	Gewichtsabnahme: <ul style="list-style-type: none"> •Gewichtsabnahme durch diätetische, bewegungstherapeutische und pharmakologische Behandlung war durch Kombination mit Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) verbesserbar; KVT auch als singuläre Therapiemethode bei der Gewichtsabnahme erfolgreich •Vergleich kurz- und langfristiger Ergebnisse: •Langzeitergebnisse (mindestens 1-Jahres Follow-up) weniger gut als Kurzeitergebnisse: Stabilität der Verhaltensveränderung nahm mit zunehmender Dauer des Follow-ups ab, das Gewicht hingegen zu - Möglicher Einfluss der Therapiedauer auf das Langzeitergebnis wird diskutiert Allgemeines: <ul style="list-style-type: none"> •Die konkrete Therapiemassnahme schien für den Gewichterhalt keine so grosse Rolle zu spielen •Langfristiger therapeutischer Kontakt führte zur Stabilisierung des Erfolgs und zur Erhöhung der Motivation •Langzeitmassnahmen waren aus psychologischer Sicht die entscheidende strukturelle Voraussetzung für ein effektives Rückfallmanagement Schlussfolgerungen: <ul style="list-style-type: none"> •Ergänzung von diätetischer, bewegungstherapeutischer oder pharmakologischer Behandlung mit KVT hilft bei Gewichtsabnahme •Langzeitergebnisse zeigen weniger gute Resultate •Einbindung in ein langfristiges Therapiekonzept und ein ständiger Therapeutenkontakt werden als wichtige Einflussvariablen auf den Gewichterhalt diskutiert 	Generalisierbarkeit der Ergebnisse aufgrund methodischer und theoretischer Aspekte eingeschränkt, u.a.: <ul style="list-style-type: none"> •Anzahl der Langzeitstudien in der Adipositasbehandlung noch immer relativ gering •Nicht immer klar ersichtlich, was unter Verhaltenstherapie verstanden wird •Stichprobenselektion: - Moderat Übergewichtige und Personen im mittleren Lebensalter sind generell überrepräsentiert, aber ältere Menschen haben bessere Langzeitergebnisse - Replikation der Studie mit grösserem Anteil älterer Menschen wünschenswert, um akkuratere Ergebnisse zu erzielen •Keine systematische Literatursuche •Keine konkrete Angabe, was die pharmakologische Intervention beinhaltet 	Intuitiv: <ul style="list-style-type: none"> •Keine Angaben, lose Zusammenstellung von einzelnen Studien oder Reviews

3 Kosten-Nutzen und Kosteneffektivität

3.1 Originalarbeiten

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Williamson, D.A., Thaw, J.M., & Varnado-Sullivan, P.J. (2001). Cost-effectiveness analysis of a hospital-based cognitive behavioral treatment program for eating disorders. <i>Behavior Therapy</i> , 32, 459-477.	2 Gruppen: •Zuerst stationäre Behandlung (n = 20 mit Anorexia Nervosa (AN), n = 8 mit Bulimia Nervosa (BN)) •Zuerst teilstationäre Behandlung (n = 16 mit Anorexia Nervosa (AN), n = 7 mit Bulimia Nervosa (BN)) •Beide Gruppen dieselbe Therapie: 5 Tage/ Woche Aktivitätsplan von 9:00-18:30. Beinhaltet supervidiertes Essen, Gruppen-, Einzel- und Familientherapie. Die meisten Patienten erhielten Psychopharmaka	Stichprobe: •N = 51 (100% Frauen) •Alter: - AN stationär: M = 22.95 ± 8.15 Jahre - AN teilstationär: M = 22.5 ± 9.43 Jahre - BN stationär: M = 28.00 ± 10.58 Jahre - BN teilstationär: M = 25.57 ± 6.02 Jahre •Diagnose: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), nicht näher spezifizierte Essstörung (EDNOS), erfasst mit Interview for Diagnosis of Eating Disorders (IDED-IV) •Land: Louisiana, USA Methode: •Nicht randomisiert •Nicht kontrolliert •Prospektiv Messzeitpunkte: •Baseline •Therapieende •Follow-up 12 Monate nach Therapieende	Selbstbeurteilung: •Multifactorial Assessment of Eating Disorder Symptoms (MAEDS) •BMI Ökonomische Masse: •Behandlungskosten (Quelle: Spitalakten) •Dauer Spitalaufenthalt (Quelle: Spitalakten)	MAEDS: •Signifikante Verbesserung für Bulimia Nervosa (BN) Patienten beider Gruppen. Aufrechterhaltung bis 1-Jahres Follow-up •Bei Anorexia Nervosa (AN) Patienten beider Gruppen Verbesserung in 5 Skalen (Binge eating keine Verbesserung). Aufrechterhaltung bis 1-Jahres Follow-up BMI: •Keine signifikante Veränderung für BN Patienten •Bei AN Patienten Zunahme zum Behandlungsende, Aufrechterhaltung bei 1-Jahres Follow-up •10 der Patienten aus teilstationärer Therapie mussten zeitweise in stationäre Therapie aufgenommen werden	Kosten: •Totale Behandlungskosten stationärer Behandlung (M = \$ 22'385 ± 18'024) signifikant höher als für teilstationäre Behandlung (M = \$12'740 ± 16'414) •Grund: längerer Krankenhausaufenthalt stationärer Patienten (M = 15.8 ± 13.9 Tage, teilstationäre Patienten: M = 5.7 ± 10.8 Tage) •BN Patienten signifikant kürzere Aufenthaltsdauer (M = 45.73 ± 34.96) als AN Patienten (M = 52.69 ± 39.52) Nutzen: •Nach Entlassung besuchten 94% weiterführende ambulante Therapie, 86% nahmen Psychopharmaka, 4% wieder in stationäre und 12% in teilstationäre Behandlung eingewiesen •Kosten für 35 Patienten im 1-Jahres Follow-up für durchschnittlich 11.6 Therapiesitzungen = \$ 557 (\$ 48 pro Sitzung) •Patienten, die zuerst stationäre Therapie erhielten, unterschieden sich hinsichtlich Wiedereinweisungen, Medikamenteneinnahme oder ambulanter Therapie nicht von Patienten mit teilstationärer Therapie	•Studie zeigt, dass Patienten mit schwerer Essstörung nicht stationär behandelt werden müssen, ambulante Behandlung bringt gleichen Erfolg, ist zudem kostengünstiger •Gesparte Kosten pro Patientin, die zuerst ambulante Behandlung bekam = \$ 9'645 (entspricht 43% der totalen Kosten eines stationären Patienten)	•Kleine Stichprobe •geringe Power, deshalb möglicherweise keine Gruppendifferenzen gefunden •Nicht randomisiert •keine Auskunft, ob Kosten-Effektivität der einen Behandlung besser ist als die der anderen Behandlung •Direkte Kosten der Behandlung aus Krankenakten für teilstationäre Patienten wurden Haushalts- und Esskosten nicht einberechnet

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Shakeshaft, A.P., Bowman, J.A., Burrows, S., Doran, C.M., & Sanson-Fisher, R.W. (2002). Community-based alcohol counseling: a randomized clinical trial. <i>Addiction</i> , 97(11), 1449-1463.	2 Gruppen: • Kurze Intervention (KI; Sitzungen à insgesamt max. 90 Min.; n = 147) • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT; 6 wöchentliche Sitzungen à 45 Min.; n = 148)	Stichprobe: • N = 295, Anteil Frauen unbekannt • Alter: unbekannt • Diagnose: Alkoholabhängigkeit • Land: Australien Methode: • Randomisiert • Nicht kontrolliert • Prospektiv Messzeitpunkte: • Baseline • Während Behandlung • Follow-up nach 6 Monaten	Selbstbeurteilung: • Wöchentlicher Alkoholkonsum • Binge Alkoholkonsum • Alkoholkonsum, Binge- Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen und AUDIT Wert (> 8) • Verbesserte signifikante Verbesserung • Zufriedenheit mit Behandlung Ökonomische Masse: • Effektivitätsindex (basierend auf Werten für wöchentliche Konsumation, Anzahl binge Episoden, Trinkintensität, Anzahl mit Alkohol assoziierter Probleme und AUDIT Wert) • Behandlungskosten	In allen 4 Behandlungsauscomes (wöchentlicher Alkoholkonsum, totaler Binge Alkoholkonsum, Binge- Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen und AUDIT Wert > 8) signifikante Verbesserung • Verbesserung des Alkoholkonsums: Kein signifikanter Gruppenunterschied • Effektivitätsindex: - KI = 11.12 - KVT = 11.45 • Drop-out Rate beim 6-Monats Follow-up = 45% (n = 133)	Kosten: Geschätzte durchschnittliche Behandlungskosten pro Klient: • Intention-to-treat Analysis: - Kurze Intervention (KI) = \$ 32.84 - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) = \$ 76.53 • On-treatment Analyse: - KI = \$ 34.62 - KVT = \$ 103.38 Nutzen: Keine Angaben	Kosten-Effektivitäts Ratio (Kombination Behandlungskosten pro Klient und Effektivitätsindex): Intention-to-treat Analyse: - KI = 2.95 - KVT = 6.69 • On-treatment Analyse: - KI = 12.35 - KVT = 12.68 ↑ Für beide Analysen ist die Kosten-Effektivitäts Ratio signifikant tiefer bei KI im Vergleich zu KVT ↑ KVT ist 2-3x teurer als KI, zudem keine Überlegenheit in Effektivität und Patientenzufriedenheit	Kritik/Einschränkungen • Hohe Drop-out Rate (KI = 42%, KVT = 37%) • Selbstbeurteilungsdaten ev. nicht korrekt • Keine Beschreibung der Stichprobe

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	<p>Alterman, A.I., Garti, P., & Mulvaney, F. (2001). Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. <i>Psychology of Addictive Behaviors</i>, 15(3), 261-264.</p>	<p>3 Gruppen: • Niedrige Behandlungsintensität (NI; 8 Wochen Nikotin Substitutionstherapie + 1 Beratung- und Psychoedukations-sitzung; n = 80) • Mittlere Behandlungsintensität (MI; 8 Wochen Nikotin Substitutionstherapie + 4 Beratungen- und Psychoedukations-sitzungen; n = 80) • Hohe Behandlungsintensität (HI; 8 Wochen Nikotin Substitutionstherapie + 4 Beratungen- und Psychoedukations-sitzung + 12 Wochen Kognitiv Verhaltenstherapeutische Einzeltherapie; n = 80)</p>	<p>Stichprobe: • N = 240 (48% Frauen) • Alter: Range = 21-65 Jahre • Diagnose: Nikotinabhängigkeit (DSM-IV) • Land: USA</p> <p>Methode: • Randomisiert • Prospektiv • Nicht kontrolliert</p> <p>Messzeitpunkte: • Baseline • Behandlungswoche 1, 3, 6 • Follow-ups in Woche 9, 26, 52</p>	<p>Selbstbeurteilung: • Anzahl täglicher Zigaretten in der Woche vor einem Messzeitpunkt</p> <p>Fremdbeurteilung: • Cotinin Analyse der Urinprobe • Carbon Monoxid Konzentration in der ausgearmeten Luft</p> <p>Ökonomische Masse: • Behandlungskosten</p>	<p>Abstinenzraten: • Woche 9: - Niedrige Intensität (NI): 35.4% - Mittlere Intensität (MI): 26.9% - Hohe Intensität (HI): 45.1% ↑ Kein signifikanter Gruppenunterschied</p> <p>Woche 26: - NI: 29.9% - MI: 11.6% - HI: 36.8% ↑ Signifikanter Gruppenunterschied, da MI signifikant tiefer als NI und HI</p> <p>Woche 52: Abstinenzraten ähnlich wie bei Woche 26: - NI: 27.0% - MI: 12.0% - HI: 34.7% ↑ Signifikanter Gruppenunterschied, da MI signifikant tiefer als NI und HI</p>	<p>Kosten: • Direkte Behandlungskosten: - NI = \$ 138 + Nikotin-pflaster = \$ 170 ↑ \$ 308 - MI = \$ 174 + Nikotin-pflaster ↑ \$ 338 - HI = \$ 402 + Nikotin-pflaster ↑ \$ 582</p> <p>Keine Angaben ob Unterschiede signifikant</p> <p>Nutzen: Keine Angaben</p>	<p>Keine genauen Angaben zur Kosten-Effektivität</p> <p>Aus Ergebnissen ableitbar: - NI: Abstinenzrate von ca. 26% nach 1 Jahr zu Kosten von \$ 308 pro Patient - MI: Abstinenzrate nach 1 Jahr nur ca. 12% - HI: 7-8% höhere Abstinenzrate als NI, aber auch Kosten pro Patient (\$ 582) sind höher</p>	<p>Schlechtes Abschneiden von MI kann nicht erklärt werden</p>

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/ Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Driessen, M., Veltrup, C., Junghans, K., Przywara, A., & Dilling, H. (1999). Kosten-Nutzen-Analyse klimisch-evaluierter Behandlungsprogramme. <i>Nervenarzt</i> , 70, 463-470.	2 Gruppen: •Konventionelle Entgiftung (Entzug I = somatische Entgiftung + Beratung; n = 37) •Erweiterte Entzugsbehandlung (Entzug II = Entzug I + 21-tägige Motivations-therapie; n = 57)	Stichprobe: •N = 94 (74,5% Männer) •Alter: M = 42,4 ± 11,1 Jahre •Diagnose: Alkoholabhängigkeit (ICD-10) •Land: Deutschland Methode: •Nicht randomisiert •Nicht kontrolliert •Pro- und retrospektive Betrachtung über 10 Jahre Messzeitpunkte: •5 Jahre vor Therapie •5 Jahre nach Therapie	Ökonomische Masse (Quelle: Krankenversicherung AOK): •Hospitalisierungshäufigkeit und -dauer •Arbeitsunfähigkeit •Krankengeldbezug	Keine Angaben	Kosten: •Basis: Durchschnittlicher allgemeiner Pflegesatz pro Tag (1995) = DM 416.- ± 86.- •Entzug II über 1,5x teurer (DM 12324.-) als Entzug I (DM 9152.-) •Kumulative stationäre Kosten 5 Jahre nach Entzug II (= DM 23296.-) signifikant tiefer als nach Entzug I (= DM 56576.-) Nutzen: •Anzahl Hospitalisierungen: - Entzug I: ca. 7 - Entzug II: ca. 3-4 •Hospitalisierungsdauer: - 5 Jahre vor Therapie kein signifikanter Gruppenunterschied - Nach Therapie signifikanter Gruppenunterschied: Bei Entzug II Abnahme um ca. 9,5 Tage, bei Entzug I Zunahme um 73,1 Tage •Verlauf der Arbeitsunfähigkeitstage 5 J. vor und nach Entzug: Kein signifikanter Gruppenunterschied •Krankengeldtage (ab 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit): Entzug II Patienten bezogen signifikant weniger Krankengeld als Entzug I Patienten, hatten also weniger lange Arbeitsunfähigkeitsperioden	Kosten-Nutzen Analyse: •Gesamtbehandlungskosten (Indextherapie + Folgekosten) bei Entzug II Patienten ca. 50% tiefer •Abstimmraten 12 Monate nach Therapie bei Entzug II ca. 14% höher als bei Entzug I, erheblich geringere Folgehospitalisierungen und Folgekosten ↑ ausreichend hohe Effizienz der erweiterten Entzugstherapie •Bewusster Verzicht auf Berechnung einer Kosten-Effektivitäts Ratio	•Nicht randomisiert ↑ Behandlungsmotivation in den Gruppen möglicherweise unterschiedlich •Kleine Stichprobe für Untersuchung der Arbeitsunfähigkeit und des Krankengeldbezugs •AOK konnte keine Daten zu ambulanten Behandlung liefern

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	O'Farrell, T.J., Choquette, K.A., Cutter, H.S.G., Floyd, F.J., Bayog, R., Brown, E.D., Lowe, J., Chan, A., & Deneault, P. (1996). Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment. <i>Journal of Substance Abuse</i> , 8(2), 145-166.	3 Gruppen: • Individuelle Alkoholberatung für Ehemann + Verhaltenstherapeutische Eheberatung (VET; n = 10) • Individuelle Alkoholberatung für Ehemann + Interaktive Gruppe für Paare (n = 12) • Kontrollgruppe (KG): Individuelle Alkoholberatung für Ehemann (n = 12) • Jeweils 10 wöchentliche Sitzungen	Stichprobe: • N = 34 Ehepaare • Seit kurzem abstinent-alkoholiker, Ehefrauen gesund • Alter: M = 42.4 ± 9.3 Jahre • Ehedauer: M = 15.8 ± 10.1 Jahre • Dauer Alkoholproblematik Ehemann: M = 13.6 ± 10.0 Jahre • Land: USA Methode: • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv Messzeitpunkte: • Baseline (= das Jahr vor Studienbeginn) • Nach Therapie • Follow-ups nach 2, 6, 12, 18, 24 Monaten	Selbstbeurteilung: • Marital Adjustment Test (MAT) • Time-line Follow Back (TLFB) Drinking Behavior Interview Ökonomische Masse: • Behandlungskosten • Kosten aufgrund mit Alkoholmissbrauch in Beziehung stehender Beanspruchung des Gesundheits- und Justizsystems (z.B. Hospitalisierung, Gefängnistage...)	Keine Angaben	Kosten: • Behandlungskosten: - Individuelle Beratung + Verhaltenstherapeutische Eheberatung (VET) = \$ 857 - Individuelle Beratung + Interaktive Gruppe = \$ 895 - Individuelle Beratung (KG) = \$ 450 • Kosten im Gesundheitssystem: - Individuelle Beratung + VET: vor Therapie = \$ 7821, nach Therapie = \$ 1'140 ↑ Abnahme - Individuelle Beratung + Interaktive Gruppe: vor Therapie = \$ 4'877, nach Therapie = \$ 7'124 ↑ Zunahme - Individuelle Beratung (KG): vor Therapie = \$ 9'579, nach Therapie = \$ 1'988 ↑ Abnahme ↑ VET signifikant grössere Reduktion der Kosten durch Inanspruchnahme des Gesundheits- und Justizsystems als interaktive Gruppen, jedoch kein Unterschied zu Beratung alleine (KG) Nutzen: • Monetärer Nutzen der reduzierten Kosten im Gesundheits- und Justizsystem in den 24 Monaten nach Behandlung:	Kosten-Nutzen Ratios: - Individuelle Beratung + VET = 8.64 - Individuelle Beratung + Interaktive Gruppe = 2.82 - Individuelle Beratung (KG) = 20.77 ↑ Signifikanter Unterschied nur zwischen Individueller Beratung + VET und Individueller Beratung + Interaktive Gruppe Kosten-Effektivität Ratios (= Differenz von Baseline und Follow-up Werten dividiert durch Behandlungskosten) ↑ Schätzwert für Anzahl Verbesserungseinheiten, die pro \$ 100 Kosten erreicht wurden: • Für Prozent abstinenter Tage kein signifikanter Unterschied von VET (4.4 Verbesserungseinheiten) und Interaktiver Gruppe (4.1 Verbesserungseinheiten), aber VET signifikant weniger kosten-effektiv als Individuelle Beratung alleine (12.8 Verbesserungseinheiten) • Kosten um bei einem Patienten konstante Abstinenz zu erreichen (totale Behandlungskosten für alle Patienten pro	• Relativ kleine Stichprobe • Alle Männer in Partnerschaft, keine zusätzliche Abhängigkeit ↑ Resultate eher nicht generalisierbar auf andere Alkoholabhängige • Viele Kosten durch Inanspruchnahme von Leistungen, die mit nicht reitertierem Alkoholismus zusammenhängen wurden nicht mit einberechnet (z.B. Kosten, die über die stationäre Behandlung per se hinausgehen, Gesundheitsvorsorgekosten für die Ehefrau und Kinder, juristische Kosten aufgrund von Scheidung etc.) • Ungenaue Kostenschätzungen möglich, da Daten zur Inanspruchnahme nur durch Ehefrau oder Patienten erhoben wurden

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Fals-Sterward, W., O'Farrell, T., & Birchler, G.R. (1997). Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: a cost outcome analysis. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 65(5), 789-802.	2 Gruppen: • Verhaltenstherapeutische Ehe-therapie (VET); 1 Einzeltherapie à 60 Min. + 1 Gruppentherapie à 90 Min. pro Woche für Mann + 1x/Woche 60 Min. VET fürs Ehepaar über 12 Wochen; n = 40 • Individual-based Treatment (IBT); Nur Mann erhält Therapie, 2 Einzeltherapien à 60 Min. + 1 Gruppentherapie à 90 Min. pro Woche; n = 40	Stichprobe: • N = 80 Paare • Männer beginnen Therapie für Substanzmissbrauch • Alter: M = 34.1 ± 7.6 Jahre • Verheiratet seit 6.1 ± 3.9 Jahren • Diagnose: Substanzabhängigkeit (DSM-III-R), primäre Substanzabhängigkeit darf nicht Alkoholabhängigkeit sein • Land: USA Methode: • Randomisiert • Nicht kontrolliert • Prospektiv • Versuchsablauf: - 4 Wochen Orientierungsphase - 12 Wochen Behandlungsphase - 8 Wochen Austrittsphase (nur Männer sehen Therapeut noch 1x/Woche für Einzelsitzungen) Messzeitpunkte: • Baseline • Austrittsphase • Follow-ups nach 3, 6, 9, 12 Monaten	Selbstbeurteilung: • Areas of Change Questionnaire (ACQ) • Responses to Conflict Scale (RCS) • Time-Line Follow-Back Interview (TLFB) Fremdbeurteilung: • Addiction Severity Index (ASI), halbstруктуриertes Interview • Locke-Wallace Marital Adjustment Test (MAT) Ökonomische Masse: • Behandlungskosten • Soziale Kosten: - Mit Substanzmissbrauch in Verbindung stehende Gesundheitskosten - Kosten für Inanspruchnahme des Justizsystems - Von Patienten	• Dauer Abstinenz: Männer in der Verhaltenstherapeutischen Ehe-therapie (VET) nach Behandlung signifikant länger abstinent als Männer des Individual-based Treatments (IBT) • Anteil Patienten mit Rückfall: - VET: 50% - IBT: 70% ↑ kein signifikanter Gruppenunterschied	Kosten: • Behandlungskosten: - 1h VET = \$ 40.85 pro Patient - 1h IBT = \$ 40.85 pro Patient - 90 Min. Gruppentherapie = \$ 11.56 pro Patient • Totale Kosten (= Anzahl besuchte Therapiestunden x Kosten pro Stunde): - VET = \$ 1'372.72 - IBT = \$ 1'359.94 Nutzen: Totale Gesundheitskosten: • VET: Signifikante Abnahme von Baseline (\$ 2'617.13) zu Follow-up (\$ 815.9) • IBT: Kostenreduktion von Baseline (\$ 2'362.30) zu Follow-up (\$ 2'013.10) ↑ signifikanter Gruppeneffekt Kosten im Justizsystem: • VET: Signifikante Abnahme von Baseline (\$ 2'832.15) zu Follow-up (\$ 925.80) • IBT: Kostenreduktion von Baseline (\$ 3'493.50) zu Follow-up (\$ 2'383.33) nicht signifikant ↑ signifikanter Gruppeneffekt Illegale Einnahmen: • VET: Signifikante Reduktion von Baseline zu Follow-up	Kosten-Nutzen Analyse: • Monetärer Nutzen für VET (M = \$ 6'627.73 ± 6'954) über 3x höher als für IBT (M = \$ 1'904.13 ± 6'380) • Kosten-Nutzen Ratio (= monetärer Nutzen dividiert durch Behandlungskosten): Fast 4x höher für VET (M = \$ 5.01 ± 6.62) als für IBT (M = \$ 1.37 ± 4.37) • Für VET wurden Behandlungskosten durch die Geldersparungen aufgewogen (Cost offset), bei IBT nicht ↑ Mittlere Kosteneinsparung an sozialen Kosten pro Patient bei VET = \$ 7'000, Netto-Nutzen = \$ 5'000 ↑ Mittlere Kosteneinsparung an sozialen Kosten pro Patient bei IBT = \$ 2'000, Netto-Nutzen = \$ 550 Kosten-Effektivitäts Analyse (in Verbesserungseinheiten pro \$ 100): • VET ist kosten-effektiver als IBT in Bezug auf Länge der Abstinenz und Prozent abstinenten Tage im Verlaufe des Jahres nach Behandlung und Reduktion der Probleme mit dem Gesetz, der Familie und dem sozia-	• Resultate nicht generalisierbar auf andere Ehepaar-Typen oder Behandlungsorte • Vergleichsweise geringe Anzahl sozialer Kosten untersucht ↑ Kosten hier an der unteren Grenze • Kosten für die Familie, Kosten für verlorene Lohn, Reisezeit etc. nicht miteinbezogen • Kosten und Einsparungen nur über kurze Zeitspanne betrachtet, kann zu Überschätzung der Einsparungen führen • Daten hauptsächlich durch Selbstbericht der Patienten und Ehefrauen erhalten ↑ Verzerrung möglich

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

				berichtetes Einkommen aus illegalen Quellen und staatlicher Unterstützung		<ul style="list-style-type: none"> •IBT: Reduktion nicht signifikant <p>Totale soziale Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> •VET: Bei Baseline = \$ 11'115.55, im Follow-up = \$ 4'886.83 ↑ signifikante Reduktion •IBT: Bei Baseline = \$ 11'758.55, im Follow-up = \$ 9'854.43 ↑ keine signifikante Reduktion 	len Funktioniern	
--	--	--	--	---	--	--	------------------	--

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	French, M.T., Roebuck, M.C., Dennis, M.L., Diamond, G., Godley, S.H., Tims, F., Webb, C., & Herrell, J.M. (1997). The economic cost of outpatient marijuana treatment for adolescents: findings from a multi-site field experiment. <i>Addiction</i> , (Suppl 1), 84-97.	5 Gruppen: •MET/KVT5: Verbesserung der Motivation + 5 Sitzungen Kognitive Verhaltens-therapie, davon 2 Einzel- und 3 Gruppensitzungen •MET/KVT12: Verbesserung der Motivation + 12 Sitzungen Kognitive Verhaltens-therapie, davon die ersten 5 Sitzungen wie bei MET/KVT5, dann 7 Gruppensitzungen •Family support network (FSN) (6 Gruppentreffen zur Elternedukation, 4 therapeutische Hausbesuche, Unterstüt-zung durch Selbsthilfegrup-pe) zusätzlich zu MET/KVT12 •Adolescent community reinforcement approach (ACRA) (10 Einzelsitzungen mit dem Jugendlichen, 4 Sitzungen mit der Erziehungs-person, 2 davon mit Erzie-	Stichprobe: •N = 575, Anteil Frauen unbekannt •Alter: Range = 12-18 Jahre •Patienten aus 4 Behandlungsorten in Connecticut, Florida, Illinois, Philadelphia •Diagnose: Cannabis Missbrauch oder Abhängigkeit (DSM-IV) •Land: USA Methode: •Inkrementeller Arm: Beginn mit kurzer Intervention (5 Sitzungen über 6 Wochen), bestehend aus 2 Einzel- und 3 Gruppensitzungen (MET/KVT5), danach zusätzliche Gruppensitzungen (MET/KVT12) oder Familientherapie (FSN) •Alternativer Arm: Beginn mit derselben kurzen Intervention wie im Inkrementellen Arm (MET/KVT5), danach jedoch 12 Wochen individuelles Coaching (ACRA) oder Integratives Familiencoaching (MDFT) •Randomisiert	•Datenerfassung mit DATCAP (Drug Abuse Cost Analysis Program), das als Instrument zum Sammeln von Daten und als Interviewleitfaden dient, um sowohl die Verrechnungskosten als auch die Opportunitätskosten einer Behandlung zu messen •Entwicklung von Service Contact Logs (SCLs), die spezifisch für jede Behandlung beschrieben, wer, wann, wo, was in der Behandlung machte	Keine Angaben	Kosten: •MET/KVT 5: - Wurde in allen Bedingungen und Behandlungsor-ten durchgeführt. Kosten: \$ 16'240 - \$ 41'440 - Wöchentliche Kosten pro Klient: \$ 114 - \$ 313 - Kosten für eine Behand-lungs-episode gemittelt über Interventionen: \$ 1'089 für inkrementellen Arm und \$ 1'445 für al-ternativen Arm •MET/KVT12: Mittlere Kosten pro Behandlungs-episode im inkrementellen Arm = \$ 1'256 •FSN: Mittlere Kosten im inkrementellen Arm = \$ 3'290 •ACRA: Mittlere Kosten im alternativen Arm = \$ 1'45 •MDFT: Mittlere Kosten pro Behandlungs-episode im alternativen Arm = \$ 2'105 Nutzen: Keine Angaben	Keine Angaben	•Keine Angaben zur Wirksamkeit

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

						<ul style="list-style-type: none"> •Nicht kontrolliert •Multicenterstudie <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Beurteilung eines Zeitraums von 6 Monaten 			
					<p>hungsperson alleine) zusätzlich zu MET/KVT5</p> <ul style="list-style-type: none"> •Multidimensionale Familientherapie (MDFT) (12-15 Behandlungen in 12 Wochen, die auf Familie fokussieren) zusätzlich zu MET/KVT5 				

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Scott, S.J., & Nymn, J.A. (2004). The cost-effectiveness of anorexia nervosa treatment. <i>International Journal of Eating Disorders</i> , 35, 155-160.	Zwei Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> •Gewöhnliche Behandlung (7 Tage stationäre Klinik, 15 Tage Teilzeitklinik, 25 Sitzungen Psychotherapie à 50 Minuten + 20 Sitzungen Medikationsmanagement für Fluoxetine (= SSRI, 60 mg/d während 2 Jahren)) •Adäquate Behandlung (Nachdem Normalgewicht wiederhergestellt, umfassende Follow-up Betreuung = 45 Tage stationäre Klinik, 20 Tage Teilzeitklinik, 50 Sitzungen Psychotherapie à 50 Minuten + 20 Sitzungen Medikationsmanagement für Fluoxetine (= SSRI, 60 mg/d während 2 Jahren)) 	Stichprobe: Keine Angaben Methode: <ul style="list-style-type: none"> •Studie beruht auf modellhaften Annahmen •Darstellung der Kosten aus Sicht eines "third party payers" Messzeitpunkte: Keine Angaben	Ökonomische Masse: <ul style="list-style-type: none"> •Primäres outcome-Mass: Kosten pro gerettetem Lebensjahr 	Modellhafte Annahmen zur Behandlungseffektivität, da zur Zeit keine Daten existieren, die eine präzise Schätzung der Behandlungseffektivität der beiden Behandlungsmodelle erlauben würde: <ul style="list-style-type: none"> •Berichtete Mortalitätsraten repräsentieren den Nutzen der gewöhnlichen Behandlung •Effektivität der adäquaten Therapie reicht aus, um die Mortalitätsrate von Anorexia Nervosa um 50% zu verbessern 	Kosten: Annahmen für Berechnung der Kosten pro gerettetem Lebensjahr: <ul style="list-style-type: none"> •Schätzung einer Mortalitätsrate von 10% (z.B. Crow, Prais, & Thuras, 1999) und eines Sterbensalters von 25 Jahren (Crow et al., 1999) •Lebenserwartung von 80.2 Jahren (Minino & Smith, 2001) Behandlungskosten: <ul style="list-style-type: none"> •Stationäre Behandlung = \$ 2'000/Tag •Teilzeithospitalisierung = \$ 800/Tag •Psychotherapie = \$ 120/Sitzung •Medikationsmanagement = \$ 90/Sitzung •Fluoxetine = \$ 7.41/Tag ↑ Kosten für gewöhnliche Behandlung = \$ 36'200 pro Patient ↑ Kosten für adäquate Behandlung = \$ 119'200 pro Patient Nutzen: Keine Angaben	Inkrementelle Kosten-Effektivitäts Ratio (ICER= Differenz der totalen Kosten pro Behandlung durch die Differenz der Mortalitätsrate der beiden Behandlungen): Für adäquate Behandlung = \$ 30'180 pro gerettetem Lebensjahr	<ul style="list-style-type: none"> •Nutzung von modelhaften und nicht realen Daten •Im Allgemeinen wenig kontrollierte Untersuchungen zur Behandlung von Anorexia Nervosa •Darstellung aus der Sichtweise eines „third party payers“ •Wichtige Variablen wie Zeitaufwand und Lebensqualität nicht berücksichtigt

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Olmsted, M.P., Kaplan, A.S., & Rockert, W. (2003). Relative efficacy of a 4-day versus a 5-day hospital program. <i>International Journal of Eating Disorders</i> , 441-449.	2 Gruppen: •4-tägiges Behandlungsprogramm in einer Tagesklinik (Dauer: 8 Wochen; n = 468) •5-tägiges Behandlungsprogramm in einer Tagesklinik (Dauer: 10 Wochen; n = 288) Behandlung: •Vorwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiert •Täglich 8 Stunden Gruppentherapie •Ernährungsrehabilitation •Falls nötig Pharmakotherapie (Antidepressiva, SSRIs)	Stichprobe: •N = 756 (nur Frauen) •Alter: M = 26.1 ± 7.3 Jahre •Diagnose: Essstörung (DSM-IV-R); 33% Anorexia Nervosa (AN), 33% Bulimia Nervosa (BN), 33 % nicht genauer spezifizierte Essstörung (EDNOS) •Aufenthaltsdauer: M = 10-11 Wochen •Krankheitsdauer: M = 8.1 ± 7.1 Jahre •Land: Toronto, Kanada	Selbstbeurteilung: •Eating Disorder Inventory (EDI) •Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) •Beck Depressions Inventory (BDI) Fremdbeurteilung: •Eating Disorder Examination (EDE; halbstrukturiertes Interview)	•Gewichtszunahme: Beide Behandlungen gleich effektiv •Signifikante Abnahme der Essanfälle mit 5-tägiger Therapie •Patienten der 5-tägigen Therapie im Vergleich zu Patienten der 4-tägigen Therapie nach Therapie: - Weniger depressiv - Höherer Selbstwert - Tiefere Werte in den acht EDI Subskalen - Tiefere Werte auf dem RSE und BDI •Längere Behandlungszeit für Patienten, die erbrochen oder Essanfälle hatten in der 5-tägigen im Vergleich zur 4-tägigen Therapie •Drop-out Rate: - 4-tägige Therapie: 18.8% - 5-tägige Therapie: 13.5%	Kosten: Keine Angaben Nutzen: Keine Angaben	Kosten-Effektivität (= Prozent Veränderung pro Behandlungstag): •4-tägige Therapie kosteneffektiver, wenn Veränderung der Symptome (Essanfälle, Erbrechen und BMI) als prozentuale Veränderung pro Behandlungstag interpretiert wird: Für 4-tägige Therapie pro Behandlungstag signifikant mehr Veränderungen: Grössere Gewichts Zunahme sowie grössere Reduktion der Essanfälle und des Erbrechens •5-tägige Therapie effektiver, aber teurer	•Selektionseffekt stellt Generalisierbarkeit in Frage •Quasiexperimentelles Design •Keine Follow-up Daten vorhanden •um Langzeiteffekte der beiden Behandlungsprogramme zu vergleichen •Therapieprogramme wurden über die Zeit hinweg verändert (z.B. aufgrund von Erfahrungen der Angestellten)

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Goldfield, G.S., Epstein, L.H., Kilanowski, C.K., Paluch, R.A., & Kogut-Bossler, B. (2001). Cost-effectiveness of group and mixed family-based treatment for childhood obesity. <i>International Journal of Obesity</i> , 25, 1843-1849.	2 Gruppen: • Gemischte Behandlung: Verhaltenstherapeutische Behandlung für Familien einzeln (15-20 Min.) und in Gruppen (separate Kinder- und Elterngruppe à je 40-50 Min.) • Gruppentherapie: Verhaltenstherapeutische Behandlung für Familien in Gruppen (separate Kinder- und Elterngruppe: 40-50 Min. + 20 Min. gemeinsam) • Therapiedauer: 8 wöchentliche Sitzungen, vier 14-tägige Sitzungen und 1 monatliche Sitzung	Stichprobe: • N = 31, davon 24 Familien mit kompletten Daten • Alter der Kinder: 8-12 Jahre • Diagnose: Übergewicht (20-100% Übergewicht) • Land: Kanada & Vereinigte Staaten Methode: • Randomisiert • Nicht kontrolliert • Prospektiv Messzeitpunkte: • Baseline • Follow-ups nach 6 und 12 Monaten	Fremdbeurteilung: • BMI • Prozentuales Übergewicht Ökonomische Masse: • Behandlungskosten	Prozentuales Übergewicht und BMI: Signifikante Veränderung bei Eltern und Kindern: • Durchschnittliche Veränderung von Baseline zu 6-Monats Follow-up: - Kinder: M = -9.97% ± 8.74 - Eltern: M = -6.67% ± 10.3 • Durchschnittliche Veränderung von Baseline zu 12-Monats Follow-up: - Kinder: M = -9.97% ± 8.74 - Eltern: M = -6.67% ± 10.3 • Beide Behandlungsgruppen gleich effektiv • Keine Haupteffekte oder Interaktionen bezüglich Gruppen oder Generationen	Kosten: • Schätzung ökonomischer Kosten für Übergewicht und damit verbundener komorbider Störungen auf US \$ 70 Billionen (7% des nationalen Budgets fürs Gesundheitswesen) • Behandlungskosten: - Gemischte Behandlung = \$ 16'688.60 - Gruppentherapie = \$ 5'897.71 • Kosten pro Familie: - Gemischte Behandlung = \$ 1'390.72 - Gruppentherapie = \$ 491.48 ↑ Gruppentherapie signifikant kostengünstiger als gemischte Behandlung ↑ Gruppentherapie ca. 2.8 mal günstiger pro Familie Nutzen: Keine Angaben	Kosten-Effektivität (= Ausmass der Reduktion des BMI oder des prozentualen Anteils Übergewicht pro ausgegebenem Dollar für Rekrutierung und Behandlung): • Annahme für erleichterte Interpretation der Kosten-Effektivität: Behandlungskosten pro Familie = US \$ 1'000 • 12 Monats Follow-up: - Gemischte Behandlung: Pro ausgegebenem Dollar Reduktion von 0.005 prozentuale Einheiten für Übergewicht - Gruppentherapie: Veränderung von 0.014 prozentualen Einheiten für Übergewicht ↑ Gruppentherapie führt beim 12-Monats Follow-up zu grösserer Reduktion des prozentualen Übergewichts oder des standardisierten BMI pro ausgegebenen Dollar ↑ Gruppentherapien sind gleich effizient aber kostengünstiger als Einzeltherapien	• Selektionsbias bei Rekrutierung (leicht bis moderat übergewichtige Probanden)

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Koran, L.M., Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Schneider, J.A., Telch, C.T., Raeburn, S., Bruce, B., Perl, M., & Kraemer, H.C. (1995). Comparing the cost effectiveness of psychiatric treatments: bulimia nervosa. <i>Psychiatry Research</i> , 58, 13-21.	5 Gruppen: •15-wöchige kognitive Verhaltenstherapie (KVT; n = 23) •16-wöchige Desipramin-Behandlung (Tri-zyklisches Antidepressivum; n = 12) •24-wöchige Desipramin-Behandlung (n = 12) •16-wöchige Kombination KVT + Desipramin (n = 12) •24-wöchige Kombination KVT + Desipramin (n = 12) •Desipramin: Beginn mit 25 mg, Erhöhung der Dosis alle 2-3 Tage in ersten 6 Wochen bis max. 300 mg/Tag •KVT: Wöchentliche Sitzungen à 50 Min. + 3 Follow-up Sitzungen	Stichprobe: •N = 71 (100% Frauen) •Alter: M = 29.6 ± 8.9 Jahre •Diagnose: Bulimia Nervosa (DSM-III-R) •Land: USA Methode: •Randomisiert •Nicht kontrolliert •Retrospektiv Messzeitpunkte: •Woche 32 der Studie (= 4-16 Wochen nach Behandlung) •1 Jahr nach Behandlung	Fremdbeurteilung: •Erfassung von Essanfällen und Purgierverhalten mittels kurzer Interviews	•Anzahl Patienten, die in der 32. Woche keine Essanfälle und Purgierverhalten mehr zeigten: - KVT: 9 - 16-wöchige Desipramin Behandlung: 4 - 24-wöchige Desipramin Behandlung: 4 - 16-wöchige Kombination: 4 - 24-wöchige Kombination: 7 •Anzahl Patienten, die 1 Jahr nach Behandlung keine Essanfälle und Purgierverhalten mehr zeigten: - KVT: 11 - 16-wöchige Desipramin Behandlung: 3 - 24-wöchige Desipramine Behandlung: 6 - 16-wöchige Kombination: 4 - 24-wöchige Kombination: 6	Kosten: •Lohn des Therapeuten: -\$ 120 für eine kurze Sitzung zu Beginn - \$ 50 für eine kurze Sitzung wegen Psychopharmaka - \$ 95 für eine kognitive-verhaltenstherapeutische Einzelsitzung à 50 Min. - Generisches Desipramin (250 mg/Tag) = \$ 19.85 pro Woche, jede Dosiserhöhung = \$ 6 - Messung des Desipramin Levels im Serum = \$ 30 Nutzen: Keine Angaben	Multiplikation der pro Patient projizierten Behandlungskosten (Ti) mit der Anzahl Patienten mit Behandlung i (Ni) und Division dieser totalen Kosten durch Anzahl abstinenter Patienten (Si) zum Zeitpunkt 32. Woche bzw. 1 Jahr ergibt durchschnittliche Kosten pro erfolgreich behandeltem Patienten zu zwei Zeitpunkten = Index der Kosten-Effektivität (CEI) = $TiNi/Si = Ti/Si$ Kosten pro abstemtem Patient in der 32. Woche: •KVT: \$ 3'948 •16-wöchige Desipramin Behandlung: \$ 2'338 •24-wöchige Desipramin Behandlung: \$ 2'972 •16-wöchige Kombination: \$ 4'141 •24-wöchige Kombination: \$ 3'948 ↑ 16-wöchige Medikation am kosten-effektivsten ↑ 16-wöchige Kombination am wenigsten kosteneffektiv Kosten pro abstemtem Patient nach 1 Jahr: •KVT: \$ 3'230 •16-wöchige Desipramin Behandlung: \$ 3'117 •24-wöchige Desipramin Behandlung: \$ 1'982 •16-wöchige Kombination:	•Retrospektive Kostenanalyse •Keine Schätzung der zur Erfassung signifikanter Unterschiede benötigten Stichprobengröße •Projizierte Kosten, nicht beobachtete Kosten verwendet •Kosten-Effektivität hängt ab von den Gebühren/Kosten, die in die Berechnung eingeflossen sind; in anderen Settings könnte Differenz zwischen Kosten von Medikation und Verhaltenstherapie grösser/kleiner sein •Krankheitsstadium bei Eintritt in die Behandlung, Alter, frühere Behandlungen etc. können die Kosten-Effektivitäts-Analyse beeinflussen

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	<p>Jerrell, J.M., & Ridgeley, M.S. (1999). Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnosis programs. <i>Psychiatric Services</i>, 50(1), 109-112.</p>	<p>3 Gruppen: • Kompetenztraining (Problemlosetraining, Rückfallprävention; n = 48) • 12-stufiges Genesungsmodell (Vernetzung zu Treffen anonymen Alkoholiker/ Drogenabhängiger; n = 39) • Intensives Case Management (Psychoedukation, psychiatrisches Monitoring; n = 45)</p>	<p>Stichprobe: • N = 132 aus 4 Einrichtungen (101 Männer, 31 Frauen) • Alter: 18-59 Jahre • Diagnose: Achse-I Störung mit komorbider Substanzabhängigkeit/ Substanzmissbrauch (DSM-III-R) • Land: USA</p> <p>Methode: • Langzeitstudie (18 Monate) • Teilweise randomisiert (48%), teilweise nicht randomisiert (52%) • Nicht kontrolliert • Prospektiv</p> <p>Messzeitpunkte: • Baseline (6 Monate vor Behandlungsbeginn) • Follow-ups 6, 12 und 18 Monate nach Behandlungsbeginn</p>	<p>Selbstbeurteilung: • Modifizierte Version der Social Adjustment Scale-II (Scale for the Seriously Mentally Ill, SAS-SMI)</p> <p>Fremdbeurteilung: • Diagnostic Interview Schedule (DIS)</p> <p>Ökonomische Masse: • Behandlungskosten für öffentliche und private Gesundheitsdienste (intensive und unterstützende Dienstleistungen)</p>	<p>• Psychosoziales Funktionieren bei Patienten mit robuster Durchführung (= Anwendung der Kernelemente der Behandlung) des Kompetenztrainings und Case Management signifikant höher im Vergleich zu Patienten mit nicht-robuster Durchführung</p> <p>• Psychosoziales Funktionieren bei robustem Kompetenztraining und Case Management signifikant grösser als beim robusten 12-Stufen Modell</p> <p>• Psychiatrische Symptome bei Kompetenztraining und Case Management signifikant niedriger als beim 12-stufigen Genesungsmodell (unabhängig davon, ob robust oder nicht)</p> <p>• Signifikanter Interaktionseffekt für Drogen- und Alkoholsymptome: Beim robusten</p>	<p>Kosten: Totale Kosten für intensive psychiatrische Gesundheitsdienste bei Baseline: • 12-stufiges Genesungsmodell: - Robust: \$ 7'866 ± 13'267 - Nicht robust: \$ 2'179 ± 6'427 • Kompetenztraining: - Robust: \$ 2'699 ± 7'073 - Nicht robust: \$ 259 ± 1'107 • Case Management: - Robust: \$ 1'399 ± 4'674 - Nicht robust: \$ 4'854 ± 8'082</p> <p>↑ Signifikanter Interaktionseffekt für Gruppe und Robustheit</p> <p>Totale Kosten für unterstützende psychiatrische Gesundheitsdienste: • 12-stufiges Genesungsmodell: - Robust: \$ 3'886 ± 3'684 - Nicht-robust: \$ 4'508 ± 3'022 • Kompetenztraining: - Robust: \$ 2'683 ± 2'592 - Nicht-robust: \$ 5'270 ± 4'778 • Case Management: - Robust: \$ 4'976 ± 5'066 - Nicht-robust: \$ 2'480 ± 2'798</p> <p>↑ Signifikanter Interaktionseffekt für Gruppe und Robustheit</p>	<p>Bewerkstelligung von Robustheit in der Anwendung geplanter Interventionen im Rahmen von Programmen für komorbide Diagnosen bringt Kostenersparnis und bessere Ergebnisse</p>	<p>• Kleine Stichprobe, dadurch Generalisierbarkeit der Ergebnisse bezüglich robuster Behandlung fraglich • Bei Berücksichtigung der Haupteffekte bezüglich des Faktors Gruppenzugehörigkeit zeigt das Kompetenztraining bessere Ergebnisse, bei Berücksichtigung der Robustheit erzielt das Case Management bessere Ergebnisse</p>

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Javitz, H.S., Swan, G.E., Zbikowski, S.M., Curry, S.J., McAfee, T.A., Decker, D.L., Patterson, R. & Jack, L.M. (2004). Cost-effectiveness of different combinations of Bupropion SR dose and behavioral treatment for smoking cessation: A societal perspective. <i>Am J Manag Care</i> , 10, 217-226.	4 Gruppen: • 150 mg Bupropion pro Tag + Tailored Mailings (TM; n = 381) • 300 mg Bupropion pro Tag + Tailored Mailings (TM; n = 378) • 150 mg Bupropion pro Tag + Proaktive Telefonanrufe (PTA; n = 382) • 300 mg Bupropion pro Tag + Proaktive Telefonanrufe (PTA; n = 383) • Tailored Mailings = Intervention minimaler Individualität (individualized) Therapieplan, kurzer Anruf bei Start der Abstinenz, nach 1, 8, 11 und 24 Wochen Fragebogen, darauf individualisierter Plan zur Rückfallprävention + Zugang zu telefonischer Beratung durch Spezialisten) • Proaktive Telefonanrufe = Intervention mittlere	Stichprobe: • N = 1'524 (57,4% Frauen) • Alter: M = 45,1 Jahre • Erwachsene, die aufhören möchten zu rauchen • Anzahl Zigaretten pro Tag = ca. 23,2, seit durchschnittlich 26,5 Jahren • Land: USA Methode: • Randomisiert • Nicht kontrolliert • Nicht blind • Prospektiv Messzeitpunkte: • Baseline • Follow-up nach 1 Jahr	Selbstbeurteilung: • Abstinenzstatus nach 1 Jahr = primäres Outcome Mass Ökonomische Masse: • Behandlungskosten • Gerettete Lebensjahre (years of life saved = YOL) • Quality-adjusted life-years (QALY)	Therapieerfolg: • Abstinenzraten nach 12 Monaten bei Gruppen mit 300mg Bupropion pro Tag etwas höher (25,7% mit TM, 33,2% mit PTA) als mit 150 mg pro Tag (23,6% mit TM, 31,4% mit PTA), kein signifikanter Gruppenunterschied • Placebo-adjustierte Abstinenzraten für Gruppen mit TM signifikant tiefer als für PTA Gruppen	Kosten: Behandlungskosten: • Verhaltenstherapeutische Intervention: - Tailored Mailings (TM) = \$ 28 - Proaktive Telefonanrufe (PTA) = \$ 104 • Bupropion: - 150 mg = \$ 91 - 300 mg = \$ 179 Nutzen: • Durch Abstinenz gerettete Lebensjahre (Years of Life saved = YOL; Anzahl gerettete Lebensjahre für jemanden, der lebenslang mit Rauchen aufhört minus Lebensjahre für einen Raucher gleichen Alters und Geschlechts): - Männer: Zwischen 2.16 und 9.11 Jahre - Frauen: Zwischen 2.91 und 9.09 Jahre - Mittlere Anzahl geretteter Lebensjahre ungeachtet von Alter und Geschlecht = 7,83 Jahre	Kosten-Effektivität: • Kosten pro zusätzlichem Nicht-Raucher nach 12 Monaten: - TM + 150mg Bupropion = \$ 944 - TM + 300mg Bupropion = \$ 1'408 - PTA + 150mg Bupropion = \$ 956 - PTA + 300 mg Bupropion = \$ 1'275 • Kosten pro lebenslang abstinenten Person: - TM + 150mg Bupropion = \$ 1'499 - TM + 300mg Bupropion = \$ 2'235 - PTA + 150mg Bupropion = \$ 1'517 - PTA + 300 mg Bupropion = \$ 2'023 ↑ Gruppen mit 150mg Bupropion sind fast gleich kosten-effektiv Kosten-Nutzwert: • Kosten pro gerettetem Lebensjahr (YOL saved) sind abhängig von Alter und Geschlecht. Generell: Weniger Kosten-Effektivität bei jüngeren oder älteren Personen. • Kosten pro gerettetem Lebensjahr: - TM + 150mg Bupropion = \$ 739 - TM + 300mg Bupropion = \$ 1'101 - PTA + 150mg Bupropion = \$ 747	Kritik/Einschränkungen: • Daten um Mortalitätsraten von Abstinenz zu berechnen stammen aus Datenbank für Krebspräventionsstudie ↑ diese Leute leben gesünder als die durchschnittliche US Bevölkerung ↑ führt zu Überschätzung der YOL saved • Stichprobe hauptsächlich kaukasisch und aus der Mittelschicht ↑ Generalisierbarkeit fraglich • Nicht blind • Keine Placebo-Gruppe • Keine biochemische Verifikation der Abstinenz, nur Selbstbericht

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

		<p>rer Intensität (Einige Tage vor Abstinenz Telefonanruf von Berater, danach noch 4 weitere Anrufe, Möglichkeit per Telefon Unterstützung/Hilfe zu erhalten)</p>					<ul style="list-style-type: none"> - PTA + 300 mg Bupropion = \$ 997 •Kosten pro QALY: <ul style="list-style-type: none"> - TM + 150mg Bupropion = \$ 690 - TM + 300mg Bupropion = \$ 1'029 - PTA + 150mg Bupropion = \$ 698 - PTA + 300 mg Bupropion = \$ 931 •Kosten pro QALY weniger abhängig von Alter und Geschlecht ↑ TM und PTA + 150 mg Bupropion sind etwa gleich kosten-effektiv und kosten-effektiver als Behandlung mit 300 mg Bupropion 	
--	--	---	--	--	--	--	---	--

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Jakobi, F. (2001). Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzen-Analyse psychologischer Angstbehandlung. <i>Dissertationsschrift</i> , Juli 2001	Kognitive Verhaltenstherapie	Stichprobe: • N = 493 (62 % Frauen) • Alter: Unbekannt • Diagnose: Mindestens eine Angststörung nach DSM-III-R oder DSM-IV; Primärdiagnosen: - Panikstörung ohne Agoraphobie = 5% - Panikstörung mit Agoraphobie = 69% - Soziale Phobie = 18% - Spezifische Phobie = 2% - Zwangsstörung = 6% • Mittlere Krankheitsdauer = 9.1 Jahre • Land: Deutschland	Selbstbeurteilung: • Einschätzung Behandlungseffektivität • Beeinträchtigung bei Arbeit, Freizeit, sozialen Kontakten, Familie • Beck Angstinventar (BAI) • Body Sensations Questionnaire (BSQ) • Mobilitätsinventar (MI) • Symptomcheckliste (SCL-90-R) • Beck Depressions Inventar (BDI)	• 74 % der Patienten: Klinisch signifikante Verbesserung bei 1-Jahres Katamnese • 76.7 % der Patienten: Verbesserung der Beeinträchtigung im Bereich Arbeit/ Ausbildung: - Effektivstärke Prä-Post Vergleich = 1.27 - Effektivstärke 1-Jahres Katamnese = 1.34 • 78.7 % der Patienten: Verbesserung der Beeinträchtigung in Bereichen Freizeit/ Sozialleben: - Effektivstärke Prä-Post Vergleich = 1.61 - Effektivstärke 1-Jahres Katamnese = 1.55 • 68.1 % der Patienten: Verbesserung der Beeinträchtigung im Familienleben/ häuslichen Pflichten: - Effektivstärke Prä-Post Vergleich = 1.12 - Effektivstärke 1-Jahres Katamnese = 1.03 • Gemittelte Effektivität	Kosten: • Betriebskostenansatz • Durchschnittliche Therapiekosten = DM 6'587.- ± 3'001: Berechnet auf Grundlage der durchschnittlichen Behandlungseinheiten und Behandlungstarife • Durchschnittliche Behandlungskosten für die 74% der Patienten mit klinisch relevanter Verbesserung = DM 6'488.- • Durchschnittliche Behandlungskosten für die 26% nicht erfolgreich behandelten Patienten = DM 7'336.- • Durchschnittliche Kosten für Verbesserung in Arbeit/Ausbildung, Freizeit/ Sozialleben und Familienleben/häusliche Pflichten = jeweils DM 6'600.- • Keine Korrelation von Therapiekosten und Ausmass des Therapieerfolges • Durchschnittliche Therapiekosten nach Diagnose: - Agoraphobie mit Panik = DM 6'523.- - Sozialphobie = DM 5'259.- - Zwangsstörung = DM 9'549.- Nutzen: • Erwerbstätiger Patient verursachte 2 Jahre vor Therapie ca. DM 9'910.- Kosten für die Volkswirtschaft	Betrachtung der Kosten-Effektivität auf 2 Arten: 1. Impressionistische Betrachtung: Nebeneinanderstellen der Veränderungen und Kosten • Kosten-Effektivitätsindex (= Kosten dividiert durch Rate erfolgreich behandelter Patienten) zeigt, dass eine Therapie, die eine klinisch signifikante Verbesserung (Einschätzung durch Therapeut) erreicht, DM 8'901.- kostet. • Kosten-Effektivität (= Kosten der klinisch relevanten Verbesserung der Beeinträchtigung eines Patienten) = durchschnittlich DM 8'338.- • Kosten-Effektivität 1 (klinisch und subklinisch verbesserte Patienten) = DM 9'980.- • Kosten-Effektivität 2 (nur klinisch relevant verbesserte Patienten) = DM 11'976.- • Kosten-Effektivitäts-Index nach Störung: - Agoraphobie mit Panik = DM 8'331.- - Sozialphobie = DM 9'876.- - Zwangsstörung = DM 13'136.- ↑ Je höher Belastung der Patienten vor Therapie, desto länger dauerte	Keine Angaben

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

		<p>• 1.-Jahres Katamnese</p>	<p>stärke für störungsspezifische Masse (BAI, BSQ, MI): - Nach 6 Wochen = 1.12 - 1.-Jahres Katamnese = 1.12 • Gemittelte Effektivitätsstärke für störungsübergreifende Masse (SCL-90-R, BDI): - Nach 6 Wochen = 0.88 - 1.-Jahres Katamnese = 0.89</p>	<p>• Deutliche Senkung der krankheitsbezogenen Ausgaben ein Jahr nach Therapie, 38% der Patienten verursachten keine Kosten mehr • Im Jahr nach Therapie fielen pro Person noch DM 665.- volkswirtschaftliche Kosten an (Erwerbstätige: DM 687.-) • Abnahme der Arbeitsunfähigkeitstagen (AU) von 35.44 AU ein Jahr vor Therapie auf 13 AU ein Jahr nach Therapie • Ein Jahr nach Therapie gingen mehr Personen einer Arbeit nach als ein Jahr vor Therapie</p>	<p>diese, desto weniger erfolgreich war sie und desto ungünstiger die Kosten-Effektivitäts-Indices</p> <p>2. Kosten-Nutzen-Analyse (Krankheitskosten 2 Jahre vor vs. 1 - 5 Jahre nach Therapie): • Kosten-Nutzen-Index (Division des Nutzens durch die Kosten) für 1 Jahr nach Therapie = 1:0.58 ↑ für eine in die Therapie investierte DM entsteht ein Jahr nach Therapie ein Nutzen von DM 0.58</p> <p>• Netto-Nutzen (Subtraktion der Kosten vom Nutzen) im ersten Jahr noch negativ, ein Reingewinn pro behandeltem Patient entsteht erst im 2. Jahr: - 1. Jahr Kosten-Nutzen-Index = 1:0.58, Netto-Nutzen = DM -2'268.- - 2. Jahr Kosten-Nutzen-Index = 1:1.13, Netto-Nutzen = DM 686.- - 3. Jahr Kosten-Nutzen-Index = 1:1.65, Netto-Nutzen = DM 3'500.- - 4. Jahr: Kosten-Nutzen-Index = 1:2.15, Netto-Nutzen = DM 6'180.- - 5. Jahr Kosten-Nutzen-Index = 1:2.63, Netto-Nutzen = DM 8'732.-</p> <p>• Unter Berücksichtigung der Willingness-to-Pay (WTP): - 1. Jahr Kosten-Nutzen-Index = 1:1.23, Netto-</p>	
--	--	------------------------------	--	--	---	--

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Issakidis, C., Sanderson, K., Cory, J., Andrews G., & Lapsley, H. (2004). Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. <i>Psychological Medicine</i> , 34, 19-35.	2 Gruppen: •Aktuelle Behandlung: Hausarzt, Psychiater, Psychologe, Medizikamente, Kognitiv-Verhaltenstherapeutische Therapie (KVT) •Optimale evidenzbasierte Behandlung: Kognitive Verhaltenstherapeutische Therapie (KVT), Psychopharmaka oder Kombination	Stichprobe: •N = Geschätzte totale Anzahl Personen in der Population, die die Kriterien für eine der 4 Angststörungen (GAS, PTSD, Panikstörung oder Sozialphobie) erfüllen, diese als ihr Hauptproblem angeben und sich in Behandlung befinden •Definition der Populationsprävalenz für jede Angststörung = 12-Monatsprävalenz nach ICD-10. Quelle: Australische Nationale Gesundheitsumfrage (NSMHWB) •Land: Australien	Ökonomische Masse: •Abgewendete „years lived with disability“ (YLD) = Beeinträchtigungskomponente der „Disability Adjusted Life Years“ (DALY), entspricht Summenmass für Last der Beeinträchtigung einer Population •Direkte Kosten der Gesundheitsvorsorge im Jahr 1997/98 •Kosten pro abgewendetem YLD •Datenquelle = Australian Survey of Mental Health and Well-being, darin publizierete Behandlungseffekte und Kosten pro Einheit	Anteil Patienten, die bereits evidenzbasierte Therapie erhielten: •Panik/ Agoraphobie: 60.8% •Sozialphobie: 32.2% •GAD: 54.5% •PTSD: 63.6% Geschätzte Wirksamkeit = abgewendete „years lived with disability“ (YLD): •Panik: - Aktuelle Behandlung = 2'375 - Optimale Behandlung = 3'304 •Sozialphobie: - Aktuelle Behandlung = 2'530 - Optimale Behandlung = 3'885 •GAD: - Aktuelle Behandlung = 14'469 - Optimale Behandlung = 23'424 •PTSD: - Aktuelle Behandlung = 6'687 - Optimale Behandlung =	Kosten: •Kosten aktueller Behandlung: Geschätzt anhand Daten aus NSMHWB (in Australischen Dollars AUD) •Kosten optimaler evidenzbasierter Behandlung: Für jede Angststörung anhand eines Behandlungskonzepts geschätzt •Optimale Behandlung führt zu höheren Kosten für Psychologen und Psychiater und geringeren Kosten für allgemeinen Gesundheitssektor, da evidenzbasierte Therapie auf psychologische Behandlung (KVT) fokussiert ↑ Kostenverschiebung Panikstörung: •Aktuelle Behandlung: - Kosten im Sektor psychische Störungen = 30.9 Mio. AUD - Kosten im allgemeinen Gesundheitssektor = 13.4 Mio. AUD •Kosten für Psychopharmaka = 37.3 Mio. AUD •Optimale Behandlung: - Kosten im Sektor psychische Störungen = 36.2 Mio. AUD - Kosten im allgemeinen Gesundheitssektor = 2.2 Mio. AUD - Kosten für Psychopharmaka = 27.0 Mio. AUD •Totale Kosten:	Kosten-Effektivitäts Ratio = Kosten pro abgewendetem YLD (= totale Behandlungskosten dividiert durch Last der Beeinträchtigung, die abgewendet wird, wenn die Behandlung bei einer unbehandelten Population gemacht wird) ↑ geschätzte Kosten-Effektivität: •Panikstörung: - Aktuelle Behandlung = 34'389 AUD - Optimale Behandlung = 19'820 AUD •Sozialphobie: - Aktuelle Behandlung = 17'218 AUD - Optimale Behandlung = 8'531 AUD •GAD: - Aktuelle Behandlung = 7'761 AUD - Optimale Behandlung = 5'048 AUD •PTSD: - Aktuelle Behandlung = 23'656 AUD - Optimale Behandlung = 15'728 AUD ↑ Über alle vier Störungen gesehen, würde optimale Behandlung zu einer 1.5-2-fachen Verbesserung der Kosten-Effektivität führen	•Ungenaue Angaben zur Stichprobe •Studie basiert auf Schätzungen aus unterschiedlichen Datenquellen und hypothetischen Szenarien •Kosten spezifisch für Australien ↑ Generalisierbarkeit fraglich •Keine genauen Angaben dazu, wie die aktuelle Behandlung von Angststörungen aussieht •Keine indirekten Kosten berechnet, was wohl zu Unterschätzung der Kosten für die Gesellschaft geführt hat, sowie zur Unterschätzung der Auswirkungen der optimalen Behandlung

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/ Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Otto, M.W., Pollack, M.H., & Maki, K.M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68(4), 556-563.	4 Gruppen: •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT, 12 Sitzungen; n = 40) •Pharmakotherapie (Bei 40% der Patienten SSRI's, bei 10% hochpotente Benzodiazepine und bei 50% Kombinationen SSRI's und Benzodiazepine; n = 40) •Je 20 Patienten pro Gruppe haben bereits Medikamente. Je 20 sind medikationsfrei ↑ 4 Gruppen	Stichprobe: •N = 80 (57.5% Frauen) •Alter: M = 37.9 ± 12.3 Jahre •Primärdiagnose: Panikstörung mit Agoraphobie (DSM-III-R) •Patienten, die im ambulanten Angststörungsprogramm der Klinik für mind. 4 Monate behandelt worden sind •Land: USA Methode: •Nicht randomisiert •Nicht kontrolliert •Prospektiv Messzeitpunkte: •Baseline •Therapieende •Follow-ups nach 1 Monat (= 4 Monate nach Baseline) und 1 Jahr	Fremdbeurteilung: •Clinical-Global Impression of Severity Scale (CGI): Behandlungserfolg Ökonomische Masse: •Therapiekosten •Kosten für Medikamente (aus dem Drug Topics Red Book) •Kosten für zusätzliche Behandlungen ausserhalb der zugewiesenen Therapie •Direkte Behandlungskosten	•Mittlerer CGI Wert vor Behandlung: 4.2 ± 0.9 ↑ moderat bis schwer krank •Signifikanter Gruppenunterschied in Veränderung der CGI-Werte im Behandlungsverlauf. Verbesserung in den ersten 4 Monaten: Patienten, die bereits Medikamente erhalten hatten, hatten weniger Verbesserung als Patienten, die neu mit Pharmakotherapie oder KVT behandelt wurden •KVT bietet Patienten einen kurzfristigen Nutzen, der dem kurzzeitigen Nutzen von Pharmakotherapie mindestens gleichwertig, vielleicht überlegen ist. Der Medikationsstatus vor Therapie hat darauf keinen Einfluss	Kosten: •Nur für die 40 Patienten (24 Frauen, 16 Männer) berechnet, die Therapie ohne Medikation begannen, sind vergleichbar hinsichtlich Alter (M= 36.0 Jahre ± 12.4), Krankheitsschwere (CGI M= 4.4 ± 0.9) und komorbiden Diagnosen •Kosten pro Therapie-sitzung: - Gruppen-KVT: \$ 48 - Einzel-KVT: \$ 116 - Pharmakotherapie: \$ 68 •Mittlere Anzahl Sitzungen: - Gruppen-KVT: 10.8 nach 4 Monaten, 10.9 nach 1 Jahr - Einzel-KVT: 10.2 nach 4 Monaten, 11.9 nach 1 Jahr - Pharmakotherapie: 5.5 nach 4 Monaten, 13.0 nach 1 Jahr •Totale Kosten: - Gruppen-KVT: \$ 518 nach 4 Monaten, \$ 523 nach 1 Jahr - Einzel-KVT: \$ 1'186 nach 4 Monaten, \$ 1'357 nach 1 Jahr - Pharmakotherapie: \$ 839 nach 4 Monaten, \$ 2'305 nach 1 Jahr ↑ Die teuerste Therapie im 1-Jahres-Intervall ist Pharmakotherapie, die billigste Gruppen-KVT	Kosten-Nutzenverhältnis (= Kosten für jede Therapie über 1 Jahr dividiert durch die Wirksamkeit der Behandlung nach 4 Monaten) •Kosten nach 4 Monaten für Verbesserung von 1 Punkt im CGI: - Gruppen-KVT: \$ 246 - Einzel-KVT: \$ 565 - Pharmakotherapie: \$ 447 •Geschätzte totale Kosten, die nötig sind, um eine Verbesserung von 1 Punkt im CGI aufrechtzuerhalten: - Gruppen-KVT: \$ 248 - Einzel-KVT: \$ 646 - Pharmakotherapie: \$ 1'153	•Indirekte Kosten nicht berücksichtigt

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Newman, M.G., Kennedy, J., Herman, S., & Barr Taylor, C. (1997). Comparison of palmtop computer assisted brief cognitive-behavior treatment to cognitive-behavioral treatment for panic disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 65(1), 178-183.	2 Gruppen: •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT12; 12 Sitzungen à 1h, Einzeltherapie) •Computer-unterstützte Kognitive Verhaltenstherapie (KVT4-CA; Sitzungen à 2x2 h und 2x1h, danach nur noch Computer für 8 Wochen) •Beide Gruppen benutzen Computer, bei KVT12 diente er nur der Selbstbeobachtung (Tagebuch), bei KVT4-CA war er zusätzlich eine Therapiekomponente mit 3 Modulen: a) Selbstanweisung und Exposition b) Symptomkontrollen c) Modul nach Panikanfall	Stichprobe: •N = 18 (83% Frauen) •Alter: M = 38,0 ± 11,7 Jahre •Diagnose: Panikstörung mit/ohne Agoraphobie (DSM-III-R) •Krankheitsdauer: M = 7,5 ± 9,9 Jahre •Land: Australien Methode: •Nicht randomisiert •Nicht kontrolliert •Prospektiv Messzeitpunkte: •Baseline •Nach Behandlung (Woche 13) •Follow-up (keine Angaben zu Messzeitpunkten)	Selbstbeurteilung: •Glaubwürdigkeit der Therapie •Behandlungszufriedenheit •Fear Questionnaire: Total Phobia Rating, Agoraphobia Subscale •Mobilitätsinventar für Agoraphobie (MI) •Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ) •Body Sensations Questionnaire (BSQ) •Anzahl Panikattacken in der vergangenen Woche	•Beide Therapien signifikante Effekte nach Behandlung und im Follow-up, kein Gruppenunterschied •Signifikante Verbesserung bei 46% der KVT12 Patienten und 35% der KVT4-CA Patienten •Positiver Effekt auf Kernsymptome der Panik bei beiden Therapien •Anzahl Panikattacken: - Nach Behandlung Überlegenheit von KVT12 - Bei Follow-up kein Gruppenunterschied - Über alle Messzeitpunkte gemittelt beseitigten beide Therapien Panikattacken bei 67% der Patienten •Symptomverschlechterung: Kein Gruppenunterschied	Kosten: •Annahme von mittleren Kosten von \$ 80 für Therapeutenkontakt, Computer Software und Hardware, Base Station etc. - KVT12 = \$ 1'440 - KVT4-CA = \$ 900 - KVT4 = \$ 800 Nutzen: Keine Angaben	•Wird angenommen, dass beide Therapien gleich effektiv sind, ist KVT4-CA pro Person um \$ 540 billiger •Vergleich von KVT4 und KVT4-CA zeigt, dass Kostenunterschied nur \$100 beträgt ↑ Computer belastet Budget nicht gross	•Kleine Stichprobe •Keine Vergleichsgruppe, die nur KVT4 erhält •Fehlen von spezifischen Kontrollgruppen •Keine Angaben dazu, zu welchen Zeitpunkten Follow-ups durchgeführt wurden

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Van Noppen, B., Steketee, G., McCorkle, B.H., & Pato, M. (1997). Group and Multifamily Behavioral Treatment for Obsessive Compulsive Disorder: A Pilot Study. <i>Journal of Anxiety Disorders</i> , 11(4), 431-446.	2 Gruppen: • Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie (VGT, n = 17) • Familientherapie in Gruppen (VGT + Diskussionen mit Familie über Reaktionen und Involviertheit in Zwangssymptome, Psychoedukation; n = 19) Je 10 - 12 Sitzungen à 2 h pro Woche, danach 6 monatliche Sitzungen à 2 h	Stichprobe: • N = 36 (67% Frauen) • Alter: M = 33,0 Jahre Range = 12-66 Jahre • Diagnose: Zwangsstörung (DSM-IV) • Land: USA Methode: • Nicht randomisiert • Wille der Verwandten mitzumachen entschied über Gruppenzuweisung • Nicht kontrolliert • Prospektiv • Patienten konnten schon bestehende Medikation beibehalten Messzeitpunkte: • Baseline • Nach Behandlung • Follow-up nach 1 Jahr	Selbstbeurteilung: • Sheehan Disability Inventory • Family Assessment Device (FAD) Fremdbeurteilung: • Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) • Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)	Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie (VGT) Prä-Post Effekte: • YBOCS: Signifikant reduziert • Sheehan Disability Scale: Signifikant reduziert • HRSD: Kein signifikanter Unterschied Prä-Follow-up Effekte: • YBOCS: Signifikant reduziert • Sheehan Disability Scale: Signifikant reduziert • HRSD: Signifikant reduziert Familientherapie in Gruppen Prä-Post Effekte: • YBOCS: Hochsignifikante Verbesserung • Sheehan Disability Scale: Marginale Verbesserung • HRSD: Marginale Verbesserung Prä-Follow-up Effekte: • YBOCS: Hochsignifikante Verbesserung • Sheehan Disability	Kosten: • Kosten pro Patient mit GBT oder Familientherapie in Gruppen = \$ 400 für 10 Wochen Behandlung • Kosten pro Patient in Einzeltherapie = \$ 700 für 10 Wochen Behandlung Nutzen: Keine Angaben	• Kostenreduktion dank Gruppentherapie, da Therapeut im Vergleich zu einer Einzeltherapie signifikant weniger Zeit mit Patient verbringt: - VGT: 4.7 h pro Patient - Familientherapie in Gruppen: 4.4 h pro Patient - Einzeltherapie: 10-18 h pro Patient	• Kleine Stichprobe • Patienten konnten Medikation beibehalten • Patienten konnten im Follow-up zusätzliche Behandlungen aufsuchen • Keine Randomisierung • Keine standardisierten diagnostischen Interviews • Nur Vergleiche innerhalb der Gruppe und keine Vergleiche zwischen den Gruppen durchgeführt

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	King, M., Sibbald, B., Ward, E., Bower, P., Lloyd, M., Gabbay, M., & Byford, S. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. <i>Health Technology Assessment</i> , 4(19), 1-83.	3 Gruppen •Gewöhnliche Behandlung vom Hausarzt (Gespräche, Medikamente, mind. 4 Monate keine psychologische Intervention) •Kurze kognitive Verhaltenstherapie (KVT, 1x pro Woche, max. 12 Sitzungen) •Nicht-direktive Beratung (Manu- algestützt, keine KVT- ähnlichen Interventionen)	Stichprobe: •N = 464 (74.8% Frauen) •Alter: M = 36.8 ± 12.2 Jahre •Hauptdiagnosen: Angst und Depression bei 62.3% (Computerised Clinical Interview Schedule Revised (CIS-R), basierend auf ICD-10) •Land: Greater Manchester und London Methode: •Prospektiv •Randomisiert oder nach Wunsch aufgeteilt: - 197 Patienten randomisiert (= Hauptstichprobe) - 137 wählten Therapieform selbst - 130 nur zwischen den psychologischen Therapien randomisiert •Kontrolliert Messzeitpunkte: •Baseline •Follow-ups nach 4 und 12 Monaten	Selbstbeurteilung: •Beck Depressions Inventar (BDI) •Fragebogen zu demografischen und ökonomischen Angaben •Brief Symptom Inventory (BSI) •Modifizierte Social Adjustment Scale (SAS) •EuroQoL (misst gesundheitsbezogene Lebensqualität) •Zufriedenheit mit Therapie •Qualitatives Interview zur Behandlungspräferenz Ökonomische Masse: •Direkte Behandlungskosten (Kosten pro Einheit 1997-98, Quelle: Krankenakten; bei Follow-up Selbstbeurteilung) •Direkte Nicht-Behandlungskosten: Reisekosten (Selbstbeurteilung)	Nach 4 Monaten: •Psychologische Therapien (Kurze kognitive Verhaltenstherapie und Nicht-direktive Beratung) reduzierten depressive Symptome im Vergleich zu gewöhnlicher Behandlung signifikant mehr, Patienten zufriedener •Klimische Fortschritte bei Patienten beider psychologischer Therapien signifikant grösser als bei gewöhnlicher Behandlung •Kein signifikanter Unterschied zwischen den psychologischen Therapien Nach 12 Monaten: •Symptomverbesserung bei allen 3 Gruppen im gleichen Ausmass •Zufriedenheit der Patienten mit nicht-direktiver Beratung grösser als bei den andern Gruppen •Verbesserung in SAS Werten für	Kosten: •Mittlere Kosten pro Sitzung: - KVT = \$ 26.50 - Nicht-direktive Beratung = \$ 23.60 •Patienten mit gewöhnlicher Behandlung mehr Konsultationen, Antidepressiva und psychiatrische Einweisungen im Jahr nach Behandlung •Gewöhnliche Behandlung beim Hausarzt: - Direkte Kosten nach 4 Monaten = \$ 244.0, nach 12 Monaten = \$ 472.9 - Indirekte Kosten nach 4 Monaten = \$ 383.7, nach 12 Monaten = \$ 744.7 - Totale Gesellschaftskosten nach 4 Monaten = \$ 627.7, nach 12 Monaten = \$ 1217.5 •Kognitive Verhaltenstherapie: - Direkte Kosten nach 4 Monaten = \$ 215.5, nach 12 Monaten = \$ 448.9 - Indirekte Kosten nach 4 Monaten = \$ 286.1, nach 12 Monaten = \$ 611.6 - Totale Gesellschaftskosten nach 4 Monaten = \$ 501.6, nach 12 Monaten = \$ 1060.5 •Nicht-direktive Beratung: - Direkte Kosten nach 4 Monaten = \$ 257.5, nach 12 Monaten = \$ 501.4 - Indirekte Kosten nach 4 Monaten = \$ 444.4, nach	Nach 4 Monaten: •Die Überlegenheit der psychologischen Therapien bezüglich Reduktivität der Depressivität deutet darauf hin, dass diese am kosteneffektivsten sind •Beide psychologischen Therapien scheinen kurzzeitig kosteneffektiver zu sein als gewöhnliche Behandlung vom Hausarzt, da sie ohne zusätzliche Kosten bessere klinische Erfolge erzielt hatten Nach 12 Monaten: •Die klimischen und ökonomischen Masse sind in allen 3 Therapieformen gleich •Es konnte kein Gruppenunterschied hinsichtlich Kosten-Effektivität gefunden werden	•Sehr variable Kostendaten •Studie ev. zu geringe Power, um Kostenunterschiede zu entdecken, die noch ökonomisch relevant gewesen wären •Langzeitstudie wäre nötig, um Langzeitnutzen bezüglich Krankheit und Kosten von Psychotherapie zu zeigen

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Schoenbaum, M., Unützer, J., Sherbourne, C., Duan, N., Rubenstein, L.V., Miranda, J., Merredith, L.S., Carney, M. F., & Wells, K. (2001). Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression. Results of a randomized controlled trial. <i>American Medical Association</i> , 286(11), 1325-1330.	3 Gruppen: •Gewöhnliche Behandlung (n = 443) •Qualitätsverbesserte medizinische Behandlung (QI-meds): Krankenschwestern unterstützen Medikamenteneinnahme durch monatliche Telefonate während 6 oder 12 Monaten (n = 424) •Qualitätsverbesserte Therapie (QI-Therapy): Kognitive Verhaltenstherapie einzeln oder in Gruppen für 6 Monate (n = 489) QI = Quality Improved	Stichprobe: •N = 1'356 Patienten •Diagnose: Depression (ICD-10) •Patienten rekrutiert aus 46 Kliniken für primäre Gesundheitsversorgung •Land: USA Methode: •Randomisierung der Kliniken •Kontrolliert •Prospektiv •Patienten und Kliniker konnten die Behandlung auswählen Messzeitpunkte: •Baseline •Follow-ups nach 6, 12, 18 und 24 Monaten (Befragung per Telefon oder Post) Subgruppenanalyse mit Latinos: Stichprobe: •N = 1079, davon 355 Latinos •Anteil Frauen: > 66.2% •Alter: Von M = 39.5 Jahre (Latinos, QI-meds) bis M= 46.8 Jahre (Weisse, QI-Therapy) •Diagnose: Depression und/ oder Dysthymie (ICD-10)	Ökonomische Masse: •Totale Gesundheitskosten •Anzahl unter Depression erlebter Tage DBD = Depression burden Days •Kosten-Effektivität: Kosten pro QALY (QALY = Quality adjusted life years) •QALY-SF: Index für Nutzwert der Gesundheit gemessen mit SF-12 (Fragebogen zum Gesundheitszustand) •QALY-DB: Mass für Tage, die unter der Last der Depression verbracht wurden •Anstellungsstatus über 24 Monate Ökonomische Masse der Subgruppe: •Behandlungskosten •Direkte Kosten	QALY-SF: •Qualitätsverbesserte medizinische Behandlung (QI-meds): Nicht signifikante inkrementelle Zunahme um 0.0115 QALYs über 24 Monate •Qualitätsverbesserte Therapie (QI-Therapy): Signifikante inkrementelle Zunahme um 0.0226 QALYs über 24 Monate QALY-DB: Berechnet unter der Annahme, dass Depression den Wert eines Lebensjahres um 0.2 bis 0.4 QALYs reduziert: •QI-meds reduzierte DBDs um 25 in 24 Monaten, was einer nicht signifikanten Zunahme um 0.0137 bis 0.0274 QALYs entspricht •QI-Therapy: Reduzierte DBDs um 47 in 24 Monaten was einer signifikanten Zunahme um 0.0258 bis 0.0515	Kosten: •Geschätzte durchschnittliche totale Kosten: - Gewöhnliche Behandlung: \$ 3'835 - QI-Meds: \$ 4'254 (\$ 419 oder 11% mehr als gewöhnliche Behandlung) - QI-Therapy: \$ 4'320 (\$ 485 oder 13% mehr als gewöhnliche Behandlung) ↑ Keiner der Interventionseffekte auf totale Kosten ist signifikant Nutzen: •QI-meds: Patienten arbeiten 17.9 Tage mehr als solche mit gewöhnlicher Behandlung (Unterschied nicht signifikant) •QI-Therapy: Patienten arbeiten 20.9 Tage mehr als solche mit gewöhnlicher Behandlung (Unterschied signifikant) Subgruppenanalyse Kosten: •Mittlere Kosten für Latinos: - Gewöhnliche Behandlung: \$ 3'229 - IQ-Meds: \$ 3'507 (Zunahme = \$ 278 im Vergleich zu gewöhnlicher Behandlung) - IQ-Therapy: \$ 3'390 (Zunahme = \$ 161 im Vergleich zu gewöhnlicher Behandlung) •Mittlere Kosten für Weisse: - Gewöhnliche Behandlung:	Kosten pro QALY-SF: •QI-meds: \$ 36'467 •QI-Therapy: \$ 21'478 Kosten pro QALY-DB: •QI-meds: Range von \$ 15'331- \$ 30'663 •QI-Therapy: Range von \$ 9'478 - \$ 18'953 Subgruppenanalyse: Geschätzte Kosten pro QALY für Latinos: •QI-Meds: \$ 92'667 •QI-Therapy: \$ 6'052 Geschätzte Kosten pro QALY für Weisse: •QI-Meds: \$ 28'728 •QI-Therapy: \$ 33'571	•6 unterschiedliche Praxis-Netzwerke untersucht •Daten durch Selbstbericht der Patienten erhalten ↑ Verzerrungen möglich •Trotz grosser Stichprobe Kostenschätzungen zu wenig präzise •Patienten konnten zusätzlich noch andere Therapieformen wählen •Keine genauen Angaben zu Stichprobe bezüglich Alter, Anteil Frauen, Krankheitsdauer etc. Subgruppenanalyse: •Zu geringe Power um substantielle Unterschiede in Kosten und Effektivität für jede ethnische Gruppe zu finden •Kostenschätzungen nicht präzise genug •Behandlungserfolg von Patienten berichtet ↑ Verzerrungen möglich •Nicht nachvollziehbar, welche Faktoren QI-Therapy für Latinos so effektiv machten

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

				<p>(auf Basis von Anzahl Arztbesuchen etc., die Patienten berichteten, Kostendaten aus Ingenix, einem Beratungsunternehmen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indirekte Kosten der Behandlung (z.B. Zeit, die Patient für Behandlung aufwenden muss) • QALY-DB • QALY-SF • Kosten pro QALY 	<p>QALY's entspricht</p> <p>Ergebnisse der Subanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • QI-Meds: <ul style="list-style-type: none"> - Reduzierte bei Latinos die Anzahl DBDs im Vergleich zu gewöhnlicher Behandlung - Reduzierte bei Weissen die Anzahl DBDs um 26 in 24 Monaten • QI-Therapy: <ul style="list-style-type: none"> - Reduzierte bei Latinos die Anzahl DBDs um 57 in 24 Monaten - Reduzierte bei Weissen die Anzahl DBDs um 31 in 24 Monaten • QALY-SF (= inkrementelle Zunahme): <ul style="list-style-type: none"> - QI-Meds für Latinos: 0.003 - QI-Meds für Weisse: 0.0228 - QI-Therapy für Latinos: 0.0266 - QI-Therapy für Weisse: 0.0224 	<p>lung: \$ 4'029</p> <ul style="list-style-type: none"> - QI-Meds: \$ 4'084 (Zunahme = \$ 655 im Vergleich zu gewöhnlicher Behandlung) - QI-Therapy: \$ 4'781 (Zunahme = \$ 752 im Vergleich zu gewöhnlicher Behandlung) <p>↑ Geringere Kosten für Latinos hängen mit allgemeiner Nutzung von medizinischer Versorgung zusammen</p> <p>↑ Vorallem bei QI-Therapy geringere Kosten bei Latinos, da diese im Vergleich zu Weissen weniger oft Therapie und Medikamente gleichzeitig erhalten</p> <p>Nutzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • QI-Therapy: Arbeitstage bei Weissen im Vergleich zu gewöhnlicher Behandlung um 27 signifikant erhöht, bei Latinos um 21 Tage nicht signifikant erhöht • QI-Meds: Arbeitstage bei Weissen im Vergleich zu gewöhnlicher Behandlung um 19 und bei Latinos um 20 Tage erhöht (beide nicht signifikant) 	
--	--	--	--	---	---	--	--

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Scott, J., Palmer, S., Paykel, E., Teasdale, J., & Hayhurst, H. (2003). Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression - cost-effectiveness study. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 182, 221-227.	2 Gruppen: •Kognitive Therapie (16 Sitzungen über 20 Wochen, 2 Auffrischitzungen) + Antidepressiva + klinisches Management (n = 77) •Kontrollgruppe: Antidepressiva + Klinisches Management (während Behandlung all 4 Wochen 30 Min. Sitzung mit Psychiater, im Follow-up all 8 Wochen; n = 77)	Stichprobe: •N = 154 (50% Frauen) •Alter: Range = 21-65 Jahre •Diagnose: teilremittierte Major Depression (DSM-III-R) •Alle Patienten erhielten Antidepressiva •Land: England Methode: •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektive Messung der Rückfallraten und Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorgediensten über 17 Monate Messzeitpunkte: •Behandlungsphase: all 20 Wochen während •Follow-up: all 8 Wochen während 48 Wochen	Fremdbeurteilung: •DSM-III-R Kriterien für Depression = Primäres Mass für Rückfall •Residuale depressive Symptome: Wert ≥ 13 in der Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) und Belastungslevel, das Behandlung nötig macht Ökonomische Masse: •Client Service Receipt Inventory •Direkte Gesundheitskosten (Behandlungskosten, Kosten pro Einheit angepasst an Preise 1998/99)	Keine Angaben	Kosten: •Mittlere direkte Kosten der Gesundheitsvorsorge (ohne Kosten für Therapie) signifikant tiefer bei Patienten mit Kognitiver Therapie (\$ 734) als bei Kontrollgruppe (\$ 1119) ↑ Mittlere Kostenersparnis = \$ 385 (Grund: Weniger Patienten mussten stationär behandelt werden) •Mittlere direkte Kosten der Gesundheitsvorsorge inklusive Kosten für kognitive Therapie: Patienten mit kognitiver Therapie kosteten \$ 779 mehr als Patienten der Kontrollgruppe •Allerdings durch Kognitive Therapie signifikante Kostenverschiebung in anderen Bereichen (↑ Inkrementelle Kosten für Patienten mit Kognitiver Therapie (\$ 779) niedriger als die gesamten totalen Kosten der kognitiven Therapie (\$ 1164) Nutzen: Keine Angaben	Inkrementelle Kosten-Effektivitäts Ratio (ICER): Differenz in den mittleren Kosten dividiert durch die Differenz des Anteils rückfallsfreier Patienten: •Für Kognitive Therapie ist ICER \$ 4328 pro verhindertem Rückfall, was Kosten von \$ 12.5 pro rückfallsfreiem Tag ergibt	•Indirekte Kosten nicht erhoben •Studie nimmt an, dass alle Behandlungsgewinne der Patienten mit Kognitiver Therapie nach 17 Monaten abrupt aufhören ↑ könnte zu Überschätzung der inkrementellen Kosten-Effektivitäts Ratio geführt haben •Quality-adjusted-life-years (QALYs) nicht gemessen ↑ Studie kann nicht mit andern Kosten-Effektivitäts-Studien verglichen werden, die physische Störungen mit gleichem Krankheitslevel untersucht haben

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Simpson, S., Coreney, R., Fitzgerald, P., & Beecham, J. (2003). A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of psychological dynamic counselling for general practice patients with chronic depression. <i>Psychological Medicine</i> , 33, 229-239.	2 Gruppen: •Psychodynamische Beratung (PD); 6-12 Sitzungen à 50 Min., nach Freudianischem Psychodynamischen Modell + Hausarzt bei Bedarf; n = 73 •Kontrollgruppe (KG): Gewöhnliche Behandlung durch Hausarzt (n = 72)	Stichprobe: •N = 145 (Anteil Frauen PD: 85%, KG: 75%) •Alter: - PD: M = 42 Jahre - KG: M = 44 Jahre •Diagnose: Depression ≥ 6 Monate, Werte im Beck Depressions Inventar (BDI) zwischen 14 und 40 •32% der PD und 24% der KG nehmen bei Baseline regelmässig Psychopharmaka •Land: England Methode: •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektiv Messzeitpunkte: •Baseline •Follow-up nach 6 und 12 Monaten	Selbstbeurteilung: •Beck Depressions Inventar (BDI) •Brief Symptom Inventory (BSI) •Inventory for Interpersonal Problems (IIP) •Social Adjustment Scale (SAS) •Duke Social Support Scale (DSSS) •Client Service Receipt Inventory (CSRI) Ökonomische Masse: •Totale Pflegekosten •Totaler Kostenaufwand für Versorgungsansprüche (Kos-ten aller öffentlichen und privaten Gesundheits- und Behandlungsanbieter) •Kosten der Behandlung durch Hausarzt	Beck Depressions Inventar (BDI): •Bei Baseline signifikanter Gruppenunterschied: - Psychodynamische Beratung (PD): M = 22.0 ± 6.1 - Kontrollgruppe (KG): M = 19.7 ± 5.6 •Bei 6- und 12-Monats Follow-up Gruppenunterschied nicht mehr signifikant •Beide Gruppen signifikante Verbesserung von Baseline zu 6- und 12-Monats Follow-up •Nach 12 Monaten in PD-Gruppe laut BDI signifikant weniger Patienten mit Diagnosen (48%) als in KG (64%) BSI und SAS: •Nach 12 Monaten kein Gruppenunterschied ↑ Klimischer Outcome in beiden Gruppen etwa gleich	Kosten: •6 Monate vor Baseline: Kein Gruppenunterschied bezüglich Kosten für Pflege, Versorgungsansprüche und Hausarzt •Mittlerer totaler Kostenaufwand für Versorgungsansprüche pro Person: Kein signifikanter Gruppenunterschied •Mittlere Kosten der Erstversorgung pro Person unterscheiden sich für PD und KG nur in der Zeitspanne von Baseline zum 6-Monats Follow-up: - KG = \$ 161 - PD = \$ 318 (Beinhaltet aber auch Hausarztkosten ↑ ohne diese kein Kostenunterschied) Nutzen: Keine Angaben	•Die durch die Beratung entstandenen zusätzlichen Kosten konnten nicht durch Einsparungen in anderen Bereichen (z.B. weniger Medikamente) ausgeglichen werden ↑ Kein Cost-offset •Es konnte nicht gezeigt werden, dass psychodynamische Beratung kosteneffektiv ist	•Generalisierbarkeit der Resultate auf Patienten, die von Hausarzt zu Beratung geschickt werden, ist fraglich •Patienten, die in der Studie der Beratung zugewiesen wurden, könnten weniger motiviert sein als Patienten, die vom Hausarzt zugewiesen werden •Zu wenig Power, da beim 6-Monats Follow-up nur 10% und beim 12-Monats Follow-up nur 20% der Patienten Infos lieferten •Berater (n = 6) mussten sich nicht an ein Manual/Protokoll halten ↑ grosse Unterschiede möglich, interne Validität sinkt •Chronizität der Störung (Patienten mussten seit 6 Monaten depressiv sein) ist wahrscheinlich Grund für die niedrige Verbesserungsrate

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C., Dunn, E., Bell, B., Mills, M., Chalklin, L., Wallik, D., & Kraemer, J. (2002). Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 68, 317-330.	3 Gruppen: •Pharmakotherapie mit Sertraline (SSRI, Startdosis bei 50 mg, max. Dosis = 200 mg/Tag) •Interpersonale Psychotherapie (IPT, 12 Sitzungen à 1h innerhalb 6 Monate, Einzeltherapie) •Kombination von Sertraline und IPT	Stichprobe: •N = 707, Anteil Frauen unbekannt •Alter: M = 42,4 ± 12,0 Jahre •Diagnose: Dysthymie mit/ohne akute/chronische Major Depression (DSM-IV) •Land: Ontario, Kanada Methode: •Randomisiert •Nicht kontrolliert •Prospektiv •Einzelblind •2 Phasen: - Akute Behandlungsphase (6 Monate) - Naturalistische Follow-up Phase (18 Monate) •IPT ist nach 6 Monaten abgeschlossen, Sertraline kann weiter eingenommen werden Messzeitpunkte: •Baseline •Follow-ups nach 6, 12, 24 Monaten	Fremdbeurteilung: •Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) •Clinical Global Impression Scale (CGI) Selbstbeurteilung: •Social Adjustment Scale (SAS) •McMaster Family Assessment Deviance •Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Ökonomische Masse: •Behandlungskosten •Nutzung von Gesundheitsvorsorgediensten	6 Monats Follow-up (N = 586): •MADRS-Werte: - Sertraline = 14,3 - Interpersonale Psychotherapie (IPT) = 16,8 - Sertraline + IPT = 14,9 ↑ Signifikanter Gruppenunterschied •Ansprechen auf Behandlung (= 40% Reduktion in MADRS): - Sertraline = 59,7% - IPT = 46,6% - Sertraline + IPT = 57,5% ↑ Signifikanter Gruppenunterschied 1- und 2-Jahres Follow-up (N = 525): •MADRS: Signifikanter Gruppenunterschied, kein Gruppenunterschied in Fortschritten in sozialer Anpassung und Funktionen der Familie	Kosten: Behandlungskosten: •Sertraline - Nach 1 Jahr = \$ 642 - Nach 2 Jahren = \$ 480 •IPT - Nach 1 Jahr = \$ 875 - Nach 2 Jahren = \$ 0 •Sertraline + IPT - Nach 1 Jahr = \$ 1'576 - Nach 2 Jahren = \$ 554 •Totale Kosten im Follow-up nach 2 Jahren: Signifikanter Gruppenunterschied: - Sertraline = \$ 7866 - IPT = \$ 5'657 - Sertraline + IPT = \$ 7'386 Indirekte Kosten (Verlorener Lohn): •Sertraline: - Nach 1 Jahr = \$ 131 - Nach 2 Jahren = \$ 245 •IPT: - Nach 1 Jahr = \$ 149 - Nach 2 Jahren = \$ 128 •Sertraline + IPT: - Nach 1 Jahr = \$ 243 - Nach 2 Jahren = \$ 206 Nutzen: •Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen: Beim 6-Monats Follow-up kein signifikanter Gruppenunterschied •Gruppen mit IPT hatten im Vergleich zu Sertraline alleine in den ersten 6 Monaten weniger andere Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen: - Sertraline = \$ 2'345 ±	•Sertraline + Interpersonale Psychotherapie (IPT): Einsparung von \$ 480 pro Person über 2 Jahre ↑ Kombination IPT + Sertraline kostete nicht mehr als Sertraline alleine, da IPT weniger Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen mit sich bringt ↑ Kombination IPT + Sertraline ist kostengünstig und wirksam	•Lange Follow-up Phase ↑ nur 74% der Patienten machten nach 2 Jahren noch in der Studie mit •Viele Patienten änderten in den 2 Jahren ihre Medikation

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Lave, J.R., Frank, R.G., Schulberg, H.C., & Kamlet, M.S. (1998). Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. <i>Arch Gen Psychiatry</i> , 55, 654-651.	3 Gruppen: •Pharmakotherapie mit Nortriptyline Hydrochlorid (NT; n = 91) •Interpersonale Psychotherapie (IPT; 16 wöchentliche Sitzungen, dann 4 monatliche aufrechterhaltende Sitzungen, n = 93) •Gewöhnliche Behandlung durch Hausarzt (GB; n= 92)	Stichprobe: •N = 276 (> 80% Frauen) •Alter: - NT: M= 36.6 ± 11.6 Jahre - IPT: M = 37.1 ± 11.4 Jahre - GB: M = 38.6 ± 12.4 Jahre •Diagnose: Major Depression (DSM-III-R) •Land: USA Methode: •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektiv Messzeitpunkte: •Baseline, •Behandlungswoche 1, 2 und 3 •Follow-up nach 4, 6, 8 und 12 Monaten	Selbstbeurteilung: •Beck Depressions Inventar (BDI) Fremdbeurteilung: •Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) Ökonomische Masse: •Direkte Kosten •Indirekte Kosten •Nutzung von Diensten des Gesundheitswesens •Quality-adjusted life-years (QALYs)	Depressive Symptome: •Beim 4, 6 und 8 Monats Follow-up mit Nortriptyline Hydrochlorid (NT) und Interpersonaler Psychotherapie (IPT) signifikant größere Reduktion als mit gewöhnlicher Behandlung (GB) •Beim 12-Monats Follow-up Gruppenunterschied statistisch nicht mehr signifikant, aber möglicherweise klinisch signifikant Depressionsfreie Tage (DFD = Depression free Days): •Über 12 Monate gesehen signifikanter Gruppenunterschied wenn mit HDRS gemessen: - NT: 243 DFD - IPT: 234 DFD - GB: 185 DFD •Gemessen mit BDI: - NT: 220 DFD - IPT: 187 DFD - GB: 148 DFD	Kosten: •Direkte Kosten: - Nortriptyline Hydrochlorid (NT) = \$ 1'291.41 - Interpersonale Psychotherapie (IPT) = \$ 1'398.57 - Gewöhnliche Behandlung (GB) = \$ 553.2 ↑ Therapiekosten für NT und IPT signifikant höher als für GB •Totale Kosten: - NT = \$ 1'506.16 - IPT = \$ 1'764.83 - GB = \$ 675.67 ↑ NT und IPT signifikant höhere totale Kosten als GB Nutzen: •Signifikanter Gruppenunterschied bezüglich Anzahl Besuche von Gesundheitszentren, die nicht im Studienprotokoll enthalten sind: - NT: M = 3.6 ± 4.8 - IPT: M = 4.7 ± 4.5 - GB: M = 6.0 ± 5.0	Kosten-Effektivitäts Ratio (inkrementelle Kosten dividiert durch inkrementellen Nutzen): •IPT und NT teurer aber effektiver als GB •Kosten-Effektivitäts Ratio NT vs. GB gemessen mittels HDRS Wertes (alle Ergebnisse signifikant): - Jeder zusätzliche DFD kostet pro NT Patient im Vergleich zu einem GB Patienten \$ 13.14 mehr an direkten Kosten - Totale Kosten pro DFD: \$ 14.79 - Direkte Kosten = \$ 11'695 pro QALY wenn Differenz von depressivem Tag und DFD = 0.41 eines QALY (QALY1) ist, oder \$ 15'202 wenn Differenz = 0.31 (QALY2) - Totale Kosten = \$ 13'163 pro QALY1 und \$ 17'112 pro QALY2 •Kosten-Effektivitäts Ratio IPT vs. GB gemessen mittels HDRS Wertes (alle Ergebnisse signifikant): - Jeder zusätzliche DFD kostet \$ 22.82 an direkten Kosten für einen IPT Patienten und \$ 29.36 an totalen Kosten pro DFD	•Unter Umständen verzerrte Ergebnisse da Patienten ev. besser auf NT angesprochen hätten, eigenes Hausärzten verschrieben worden wäre •Follow-up Analysen nach 1 Jahr beendet, aber Nutzen aus Behandlung könnte sich auch später zeigen •Überschätzung der positiven Ergebnisse möglich, da Nebenwirkungen von Nortriptyline nicht berücksichtigt, GB Patienten ihre Behandlung bezahlen mussten, IPT und NT gratis waren •Stichprobe zu klein um signifikante Unterschiede in seltenen Ereignissen wie Hospitalisierungen zu erkennen

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	<p>von Korff, M., Katon, W., Busch, T., Lin, E., Simon, G., Saunders, K., Ludman, E., Walker, E., & Unutzer, J. (1998). Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. <i>Psychosomatic Medicine</i>, 60(2), 143-149.</p>	<p>2 Gruppen: Trial 1 (N = 217): •Gewöhnliche Behandlung (GB) •Collaborative Care (CC) (Konsultationsmodell: Hausarzt + beratender Psychiater, Psychoedukation über Pharmakotherapie, kognitive verhaltenstherapeutische Techniken) Trial 2 (N = 153): •Gewöhnliche Behandlung (GB) •Collaborative Care (CC) (Kurztherapiemodell: Hausarzt + Psychologe, der kurze kognitive Verhaltenstherapie und Beratung zur Verbesserung der Medikamenteneinnahme macht)</p>	<p>Stichprobe: •Trial 1: N = 217, Anteil Frauen unbekannt •Trial 2: N = 153, Anteil Frauen unbekannt •Alter: M = unbekannt •Diagnose: Major Depression (DSM-III-R) •Alle Patienten erhielten von Hausarzt Medikamente •Land: USA Methode: •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektiv Messzeitpunkte: •Baseline •Follow-ups nach 1, 4 und 7 Monaten •Für Patienten, die in der Group Health Cooperative blieben, wurde 1 Jahr lang Nutzung von Gesundheitsdiensten, psychischen Gesundheitsdiensten und Interventionen der Studie verfolgt</p>	<p>Selbstbeurteilung: •Inventory for Depressive Symptomatology (IDS) •Symptom Checkliste (SCL-90-R, Subskala Depressions-symptome) Ökonomische Masse: •Behandlungskosten (Quelle: Datenbank der Group Health Cooperative) •Cost-offset •Kosten-Effektivität: Kosten pro Patient, der eine Symptomreduktion von 50% erlebte •Inkrementelle Kosten-Effektivität = Kosten für die Durchführung von Collaborative Care relativ zu Kosten gewöhnlicher Behandlung</p>	<p>•Follow-up Daten von 332 Patienten erhältlich (Trial 1+2) •Operationalisierung von erfolgreicher Behandlung = Reduktion von 50% im Depressions-Score der SCL-90-R beim 4-Monats Follow-up Keine Angaben zur Behandlungseffektivität</p>	<p>Kosten: •Kosten für Collaborative Care (CC) in beiden Trials etwa gleich: Range = \$ 1045 - \$ 1337 •Geschätzte Kosten gewöhnlicher Behandlung (GB) während 1 Jahr: - Major Depression: \$ 900 - Minor Depression: \$ 500-700 •Kosten im ambulanten Gesundheitsbereich: Kein signifikanter Cost-offset für Patienten mit Major oder Minor Depression Major Depression: •Cost-offset für beide Trials zusammen: Kosten für spezielle psychische Gesundheitsdienste signifikant kleiner mit CC (\$ 123) als bei GB (\$ 317) ↑ zusätzliche Kosten für CC = \$ 487 in Trial 1 und \$ 264 in Trial 2 Minor Depression: •Kein solcher Cost-offset •Zusätzliche Kosten für CC = \$ 641 in Trial 1 und \$ 520 in Trial 2 Nutzen: •Kosten für stationäre Behandlung im Jahr nach Therapie für Major Depression: Kein signifikanter Unterschied. -CC: \$ 414 pro Patient -GB: \$ 392 pro Patient</p>	<p>Kosten-Effektivität: pro erfolgreichem Patient mit Major Depression: •\$ 1'797 für CC Konsultationsmodell (Trial 1) •\$ 1'697 für CC Kurztherapiemodell (Trial 2) •\$ 1'941 für gewöhnliche Behandlung (Trial 1) •\$ 2'170 für gewöhnliche Behandlung (Trial 2) Durchschnittliche Kosten pro erfolgreichem Patient mit Minor Depression: •\$ 2'163 für CC Konsultationsmodell (Trial 1) •\$ 1'567 für CC Kurztherapiemodell (Trial 2) •\$ 968 für gewöhnliche Behandlung (Trial 1) •\$ 994 für gewöhnliche Behandlung (Trial 2)</p>	<p>•Stichprobe wurde stratifiziert nach Schwere der Depression ↑ Stichprobe für die Evaluation von Cost-offset Effekten kleiner als erwünscht •Zu geringe Power um Cost-offset Effekte bei stationärer Behandlung zu erfassen</p>

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Kamlet, M.S., Paul, N., Greenhouse, J., Kupfer, D., Frank, E., & Wade, M. (1995). Cost utility analysis of maintenance treatment for recurrent depression. <i>Controlled Clinical Trials</i> , 16, 17-40.	5 Gruppen: •Aufrechterhalten- de Interpersonale Therapie (IPT-M) (1 Sitzung pro Monat à 60 Min.; n = 26) •Pharmakotherapie mit Imipramine (Trizyklisches Antidepressivum; n = 28) •Kombination IPT-M + Imipramine (n = 25) •Placebo (n = 23) •Kombination IPT-M + Placebo (n = 26)	Stichprobe: •N = 128, Anzahl Frauen unbekannt •Alter: Range = 21-65 Jahre •Diagnose: Rekurre- rende Depression (Research Diagnostic Criteria nach Spitzer, Endicott & Robins, 1975) •Land: USA Methode: •Einleitende Stabilisie- rungsphase: Für alle Patienten Imipramine und IPT (wöchentli- che Sitzungen für 12 Wochen, dann 14- tägig für 8 Wochen, dann monatlich, kombinierte Therapie für 17 Wochen) •Experimentalphase: 5 aufrechterhaltende Behandlungsgruppen •Langzeitstudie •Randomisiert •Kontrolliert Messzeitpunkte: Insgesamt 3 Jahre beurteilt, keine wei- teren Angaben	Selbstbeurtei- lung: •Lebensqualität Fremdbeurtei- lung: •Rezidiv der Depression Ökonomische Masse: •Direkte Kosten der aufrechter- haltenden The- rapie •Konzipierung eines Zustands- Übergangs Modells, um eine Formel herzuweisen für die Kosten- Effektivität einer bestimm- ten aufrechter- haltenden The- rapie im Ver- gleich zur Kos- ten-Effektivität einer Placebo Kontrollgruppe •Quality- adjusted-life- years (QALY)	•Anteil Patienten (%), die über 3 Jahre keine neue depressive Episo- de erlebten: - Imipramine oder Imiprami- ne + IPT-M: 77% - IPT-M oder IPT-M + Place- bo: 28% •Placebo: 10% •Unterschiede in der Wirksamkeit von IPT-M + Imipramine und Imipramine allei- ne, sowie von IPT-M + Placebo und Placebo alleine nicht signifikant •IPT-M + Imipra- mine und Imipramine allei- ne signifikant wirksamer als IPT-M + Placebo oder IPT-M allei- ne	Kosten: •Annahmen im Modell für totale direkte Kosten: - IPT-M: \$ 110 pro Monat und \$ 1'320 pro Jahr - Imipramine: \$ 600 pro Jahr - IPT-M + Imipramine: \$ 1'920 pro Jahr •Annahmen für lebenslange direkte Kosten einer 40jährigen Patientin: - IPT-M = \$ 34'316 - Imipramine = \$ 19'573 - Placebo = \$ 21'204 - IPT-M + Imipramine = \$ 48'390 Nutzen: •Zunahme von QALYs: - Placebo = 9,56 - IPT-M = 15,18 - Imipramine und Imipra- mine + IPT-M = 15 bis 22 QALYs (abhängig von Nebenwirkungen) •IPT-M reduziert Anzahl Rückfälle, aber dadurch werden nicht genügend Behandlungskosten einge- spart ↑ kein Cost-offset •Imipramine reduziert An- zahl Rückfälle und gleicht Behandlungskosten mehr als aus ↑ Cost-offset	Kosten-Nutzwert Ratio = Kosten pro QALY (QALY-Differenz von zwei Behandlungen dividiert durch Differenz der direkten Kosten beider Behandlungen): •IPT-M vs. Placebo: IPT-M zeigt Zunahme an Kosten und QALYs. Zusätzliche Kosten pro QALY = \$ 2'333 •Imipramine vs. Placebo: Ungachtet der Schwere der Nebenwirkungen von Imipramine erhöhen sich QALYs und Kosten werden gesenkt •Imipramine vs. IPT-M und Imipramine vs. IPT-M + Placebo: Imiprami- ne führt zu mehr QALYs und weniger Kosten •Wenn Nebenwirkungen von Imipramine am schlimmsten sind, wird zwar substanziale Kos- tenreduktion erreicht, aber auch Reduktion in QALYs (Kosten- Nützlichkeitsratio = \$ 73'715) Typischer Cut-off für Kosten-Nutzwert Ratios, die eine kosten-effektive Intervention bezeichnen = ca. \$ 50'000 pro QALY •Vergleich IPT-M + Imipramine mit Placebo und IPT-M sowie IPT-M + Placebo, alle Ratios	•Einschränkung der Generalisierbarkeit: Patienten, die in Experimentalphase mitmachen, haben auf vorlaufende Therapie angespro- chen •Generalisierung von Experimentalbedin- gungen auf Praxis nicht möglich. Re- sultate gelten nur für Patienten dieser Studie •Der Zähler der Kosten-Effektivitäts Ratios enthält nur direkte Kosten, indirekte Kosten werden nicht beach- tet

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Richards, A., Brakham, M., Cahill, J., Richards, D., Williams, Ch., & Heywood, Ph. (2003). PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioral therapy in primary care. <i>British Journal of General Practice</i> , 53, 764-770.	2 Gruppen: •Selbsthilfe Programm basierend auf Kognitiver Verhaltenstherapie (Krankenschwestern helfen Patienten in 2 Sitzungen ein Selbsthilfe-Büchlein anzuwenden; n = 75) •Gewöhnliche Behandlung vom Hausarzt (n = 64)	Stichprobe: •N = 139 (84% Frauen) •Alter: M = 39.2 ± 12.6 Jahre •Diagnose: Milde bis mittelschwere Depression und Angst •Land: England Methode: •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektiv Messzeitpunkte: •Baseline •Follow-up nach 1 und 3 Monaten	Selbstbeurteilung: •Primäre Outcome Masse: - CORE-OM (misst Symptome, Funktionen, Gesundheit und Risiko) - EuroQol-5D (misst gesundheitsbezogene Lebensqualität) - Zufriedenheit mit Therapie Fremdbeurteilung: •General Health Questionnaire (GHQ-12; Quelle: Akten des Hausarztes) Ökonomische Masse: •Direkte Kosten •Anzahl stationärer Krankenhausaufenthalte •Medikamentenkosten	•1 Monats Follow-up (n = 67): Signifikante Verbesserung in beiden Gruppen in Werten des CORE-OM und EuroQol-5D, kein Gruppenunterschied •3 Monats Follow-up (n = 43): Signifikante Verbesserung in Werten des CORE-OM und EuroQol im Vergleich zu Baseline, kein Gruppenunterschied •Patienten der Selbsthilfegruppe signifikant zufriedener mit Behandlung •In beiden Gruppen viele Drop-outs	Kosten: •Totale Kosten: Kein Gruppenunterschied: - Selbsthilfeprogramm: M = \$ 191.80 ± 220.86 - Gewöhnliche Behandlung: M = \$ 231.43 ± 184.64 •Kosten für Medikation, Beratung, ambulante Behandlung etc.: Kein Gruppenunterschied •Hausarztkosten für Patienten mit gewöhnlicher Behandlung signifikant höher (\$ 84.60 vs. \$ 57.45). Da im Selbsthilfeprogramm die Kosten für Krankenschwestern, die Selbsthilfe instruierten \$ 19.94 betragen, waren beide Behandlungen gleich teuer Nutzen: Keine Angaben	Keine Angaben	•Resultate sollten mit Vorsicht interpretiert werden, da substantieller Verlust von Patienten im Follow-up •Grössere Zufriedenheit der Selbsthilfegruppe könnte darauf basieren, dass sie über längere Zeit eine Krankenschwester sehen konnten •Einschlusskriterium war nicht Erfüllung diagnostischer Kriterien sondern Belastung durch Angst und Depression

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Marks, I.M., Mataix-Cols, D., Kenwright, M., Cameron, R., Hirsch, S., & Gega, L. (2003). Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 183, 57-65.	Computergestützte kognitive Verhaltenstherapie mit 4 Systemen: • "FearFighter" für Phobie/Panik (während 12 Wochen Computergebrauch + 6 kurze Therapeutenkontakte) • "Cope" für Depression/Angst (Während 12 Wochen Computergebrauch + 6 kurze Therapeutenkontakte) • "Balance" für generelle Angst/Depression (Während 4 Wochen Computergebrauch + 3 kurze Therapeutenkontakte) • "BTSteps" für Zwangsstörungen (Während 12 Wochen Computergebrauch + 6 kurze Therapeutenkontakte)	Stichprobe: • N = 210 (52% Frauen) • Patienten nach Screening aus 266 Patienten aufgrund ihrer Eignung für computergestützte KVT ausgewählt • Alter: M = 39 ± 12 Jahre • Diagnose: Angst- oder depressive Störung (ICD-10) • Etwa die Hälfte der Patienten zum Zeitpunkt der Studie bei Hausarzt oder Psychiater in Behandlung und etwa die Hälfte erhielt Medikamente • Land: USA Methode: • Nicht randomisiert • Nicht kontrolliert • Prospektiv • Computer faxte der Klinik wöchentlichen Report über Häufigkeit und Dauer der Telefonanrufe der Patienten, die genutzten Systeme sowie das Suizidrisiko Messzeitpunkte: • Vor Intervention • Nach Intervention	Selbstbeurteilung: • Global Impression of Improvement (PGI) • Soziale Anpassung, Anpassung bei Arbeit • Single-Item Depression Scale • Zufriedenheit (Rating über 4 Fragen) • Vor Therapie: Beurteilung von Computerkennnissen und Motivation zur Computergestützten Verhaltenstherapie • Fear Questionnaire • Beck Depression Inventory (BDI) • Beck Angst Inventar (BAI) Fremdbeurteilung: • Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) • Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS)	Post-treatment Daten von 108 (51%) Patienten vorhanden: • FearFighter, Cope & Balance: Signifikante Verbesserung der Werte für Soziale Anpassung und Anpassung bei Arbeit sowie der Depressions- und Angstwerte • Nach Behandlung beurteilten 80% der Patienten ihre globale Symptomverbesserung als etwas besser, 10% als unverändert und 9% als etwas schlechter • Statistisch signifikante prä-post Effekte: (Effektstärke ≥ 0.8): - Fearfighter: Globale Werte für Phobie und Angst/Depression - Cope: BDI und soziale Anpassung und Anpassung bei Arbeit - BTStep: Werte der YBOCS - Balance: Keine Effektstärke	Kosten: Keine Angaben Nutzen: • Durchlaufleistung der Klinik dank computergestützter KVT erhöht • Abnahme der Anzahl Therapiestunden	Kosten-Effektivität: • Therapeut für kognitive Verhaltenstherapie (KVT) kostet £61/h, hinzu kommen Lizenzkosten der computergestützten kognitiven Verhaltenstherapie • Grob geschätzter Kostenvergleich von computergestützter und normaler kognitiver Verhaltenstherapie: Kostenvorteil der computergestützten KVT pro Patient im Vergleich zu normaler KVT würde von 15% für 350 Patienten jährlich auf 41% pro Patient für 1350 Patienten jährlich steigen	• Einfluss psychotroper Medikamente unklar (Hälfte der Patienten hat zu Beginn der Studie Medikamente eingenommen) • Viele Verweigerer und Drop-Outs • Nicht randomisiert oder kontrolliert

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Patel, V. Chisholm, D. Rabe-Hesketh, S., Dias-Saxena, F., Andrew, G., & Mann, A. (2003). Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomized, controlled trial. <i>Lancet</i> , 361, 33-39.	3 Gruppen: •Fluoxetine (SSRI, 1 Kapsel pro Tag, Einnahmedauer bis 6 Monate; n = 150) •Placebo (1 Kapsel pro Tag, Einnahmedauer bis 6 Monate; n = 150) •Psychologische Behandlung (zuerst 6 wöchentliche Sitzungen, dann 14 tägiger Aufbau von Sicherheit, Entspannung, Behandlung spezifischer Symptome; n = 150)	Stichprobe: •N = 450 (83% Frauen) •Alter: M = 48.6 ± 14.1 Jahre •Diagnose: hauptsächlich gemischte Angst und Depression (43%) und Depressive Störung (53%) •Patienten, die die allgemeine ambulante medizinische Klinik von 2 Allgemeinkrankenhäusern besuchten •Land: Goa, Indien Methode: •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektiv Messzeitpunkte: •Nach 2, 6 und 12 Monaten	Fremdbeurteilung: •Primäres Outcome Mass = Psychiatrische Krankheit: Wert von über 15 im Revised Clinical Interview Schedule (CISR) •Sekundäres Outcome Mass = Beeinträchtigung (Brief Disability Questionnaire (BDQ)) Ökonomische Masse: •Totale Kosten der Gesundheitsvorsorge •Totale Kosten der Patienten und Familienmitglieder (z.B. Produktivitätsverlust)	Therapieerfolg: •Zufriedenheit mit Behandlung: Bei beiden Gruppen kein Gruppenunterschied •CISR: Keine signifikante Gruppen x Zeit Interaktion •BDQ: Signifikante Gruppe x Zeit Interaktion, da beide Behandlungsgruppen grössere Zunahme zwischen 3 und 12 Monaten zeigten als die Placebogruppe	Kosten: Gesundheitsvorsorgekosten: •2-Monats Follow-up: - Fluoxetine: 187 ± 399 Rupien - Psychologische Behandlung: 410 ± 887 Rupien - Placebo: 441 ± 1312 Rupien •6-Monats Follow-up: - Fluoxetine: 180 ± 378 Rupien - Psychologische Behandlung: 131 ± 324 Rupien - Placebo: 293 ± 804 Rupien •12-Monats Follow-up: - Fluoxetine: 189 ± 638 Rupien - Psychologische Behandlung: 398 ± 1120 Rupien - Placebo: 281 ± 671 Rupien •Über das ganze Jahr gesehen Kosten für Fluoxetine-Gruppe substantiell niedriger (2270 Rupien) als für Placebogruppe (3722 Rupien) und etwas niedriger als die der psychologischen Behandlung (3'090 Rupien) •Totale Patienten- und Familienkosten pro Jahr: - Fluoxetine = 11'208 ± 18'011 Rupien - Placebo = 12'906 ± 20'275 Rupien - Psychologische Behandlung = 16951 ± 21'792 Rupien Nutzen: Keine Angaben	•Keine signifikante Gruppen x Zeit Interaktion für die Kosten-Effektivität oder inkrementelle Kosten •Signifikanter Gruppenunterschied in inkrementellen Gesundheitsvorsorgekosten zwischen der Fluoxetine- und der Placebogruppe nach 2 Monaten und im Zeitraum von 2 Monaten bis 12 Monaten •Kein Gruppenunterschied in inkrementellen Gesundheitsvorsorgekosten zwischen Psychologischer Behandlung und Placebo •Fluoxetine kosteneffektiver als Placebo: CISR um einen Punkt kostete 100 Rupien weniger als bei Placebo. •Psychologische Behandlung nicht kosteneffektiver als Placebo	Kritik/Einschränkungen: •Keine Kontrollgruppe für die psychologische Behandlung

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Psychodynamische Therapien	Kraft, S., Puschner, B., Lambert, M.J., & Kordy, H. (in press). Medical cost offset in mid- and long-term outpatient psychotherapy.	2 Gruppen: •Psychodynamisch orientierte Psychotherapie (PD), mittlere Anzahl Therapiestunden = 38.3 ± 16.6; n = keine Angaben) •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT, mittlere Anzahl Therapiestunden = 28.9 ± 14.2; n = keine Angaben)	Stichprobe: •N = 176 ambulante Patienten (52.3% Frauen) •Alter: M = 43.3 ± 11.1 Jahre •Diagnose: 46.6% affektive Störung, 44.5% Angststörung, 4.8% Persönlichkeitsstörung (ICD-10) •Rekrutiert von der „Deutschen Krankenversicherung“ DKV •Land: Deutschland Methode: •Nicht randomisiert •Nicht kontrolliert •Prospektiv Messzeitpunkte: •2 Jahre vor Baseline •Baseline (t1) •Nach 1.5 Jahren (t2) ↑ Insgesamt 4 Halbjahre vor und nach Beginn der Psychotherapie	Selbstbeurteilung: •Outcome Questionnaire-45 (OQ-45), •Griessner Beschwerdebogen (GBB-24) Ökonomische Masse: •Allgemeine Gesundheitsvorsorgekosten •Spittage •Gesamte stationäre und ambulante medizinische Kosten (inkl. Behandlungskosten) •Kosten der Psychotherapie (Datenquelle: DKV)	Verbesserung von t1 zu t2 bei beiden Therapiegruppen: •Abnahme der Werte für psychologischen Stress (OQ-45) von t1 (n = 176) zu t2 (n = 144) um 13.8 Punkte •Abnahme der Werte zu physiologischem Umlaufzeitpunkt (GBB-24) um 7.3 Punkte	Kosten: •Medizinische Kosten, totale Kosten und Hospitalisierungstage: Keine signifikanten Behandlungs- oder Geschlechtsunterschiede •Medizinische Kosten: Reduktion um 26.3% vom Halbjahr vor Therapie (€ 2'183.36) bis 1.5 Jahre nach Therapie (€ 1'609.44) •Totale Kosten: Reduktion um 8.6% vom Halbjahr vor Therapie (€ 2'183.58) bis 1.5 Jahre nach Therapie (€ 1'995.79) •Kostenreduktion am höchsten bei Patienten mit hohen Kosten und grosser Kostenzunahme vor Therapiebeginn Nutzen: •Abnahme der Hospitalisierungstage von 3.33 Tagen im letzten Halbjahr vor Therapie auf 0.71 Tage im 4. Halbjahr nach Therapiebeginn •Grösste Reduktion bei Patienten mit mehr Hospitalisierungstagen vor Therapiebeginn und einer Zunahme an Hospitalisierungstagen im letzten Jahr vor Therapiebeginn	•Psychotherapie wirkt sich auf das psychische und physische Wohlbefinden aus und führt so zu Kostenreduktion durch reduzierte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens •Cost-offset: Kein Gruppenunterschied vorhanden	•Medikationskosten nicht miteinbezogen •Indirekte Kosten nicht miteinbezogen •Keine Kontrollgruppe ↑ Effekt der Psychotherapie nicht bewiesen •Unklar, welche Dienste des Gesundheitswesens nach Therapie nicht mehr beansprucht wurden, da DKV keine Infos dazu hatte

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Psychodynamische Therapien	Burnard, Y., Andreoli, A., Kolatte, E., Venturini, A., & Rosset, N. (2002). Psycho-dynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. <i>Psychiatric Services</i> , 53, 585-590.	2 Gruppen: •Pharmakotherapie mit Clomipramine (= Trizyklisches Antidepressivum, 125mg/Tag; n = 39) •Clomipramine + Psychodynamische Psychotherapie (n = 35) Behandlungsdauer in beiden Gruppen = 10 Wochen	Stichprobe: •N = 74 (60.81% Frauen) •Alter: - Clomipramine alleine: M = 36.7 ± 10.4 Jahre - Kombinierte Therapie: M = 36.0 ± 9.5 Jahre •Diagnose: Major Depression (DSM-IV) •Land: Schweiz Methode: •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektiv Messzeitpunkte: •Therapiebeginn •Therapieende	Fremdbeurteilung: •Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID) •Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) •Health-Sickness Rating Scale (HSRS) •Global Assessment Scale (GAS) Ökonomische Masse: •Anzahl Hospitalisierungstage •Anzahl Arbeitsunfähigkeits-tage	Nach Therapie: •Beide Behandlungsgen niedrige Drop-out Rate (Clomipramine-Gruppe: 3%, kombinierte Behandlung: 6%) •Depressionswerte (HDRS): In beiden Gruppen markante Verbesserung •Wahrscheinlichkeit für Behandlungserfolg bei Patienten mit kombinierter Therapie geringer (9% vs. 28%) •Anpassung bei der Arbeit: Patienten mit kombinierter Therapie bessere Werte •GAS Werte: Signifikante Behandlungs x Zeit Interaktion	Kosten: •Behandlungskosten: - Clomipramine: \$ 900 ± 253 - Psychotherapiebesitzung: \$ 570 ± 160 - Krankenschwestern: \$ 420 ± 118 •Kosten durch Hospitalisierungstage: - Clomipramine: \$ 1'837 ± 3'360 - Kombinierte Behandlung: \$ 620 ± 1'234 •Totale direkte Kosten: - Clomipramine: \$ 3'441 ± 966 - Kombinierte Behandlung: \$ 2'976 ± 835 Nutzen: •Hospitalisierungsrate und Hospitalisierungstage geringer für kombinierte Behandlung •Anzahl Arbeitsabsentz tage während Behandlung tiefer für kombinierte Behandlung (M = 46.1 ± 37.1 vs. M = 57.9 ± 38.6 Tage) •Arbeitsabsentz tage signifikant tiefer für kombinierte Behandlung, wenn kontrolliert wurde, ob Patienten bei Behandlungsbeginn eine Arbeit hatten (M = 34.5 ± 23 vs. M = 56.2 ± 34.6 Tage)	•Mittlere Einsparung pro Patient für kombinierte Behandlung = \$ 465 •Im Vergleich zu Clomipramine alleine beträgt mittlere Einsparung an Arbeitsabsenzen pro Patient \$ 1'846 für kombinierte Behandlung •Totale Kosteneinsparung für kombinierte Behandlung = \$ 2'311 über die 10 Wochen •Einsparungen an indirekten Kosten für Patienten mit fester Anstellung = \$ 3'394 ↑ Kombinierte Behandlung ist sehr kosteneffektiv ↑ Die Einsparungen von \$ 2'311 pro Patient in der kombinierten Behandlung übertreffen die Therapiekosten ↑ Cost-offset	•Therapeuten sind keine qualifizierten Psychotherapeuten •Laut Autoren ist Bezeichnung Psycho-dynamische Therapie nicht ganz zutreffend, da Übertragung kein zentraler Punkt der Behandlung war

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Psychodynamische Therapien	Beutel, M.E., Rasting, M., Stuhr, U., & Rüger, B., & Leuzinger-Bohleber, M. (2004). Assessing the impact of psychoanalyses and long-term psychoanalytic therapies on health care utilization and costs. <i>Psychotherapy Research</i> , 14(2), 146-160.	Langzeitpsychoanalyse (Dauer über 1 Jahr, entweder reine Psychoanalyse oder Psychoanalytische Psychotherapie)	Stichprobe: • N = 47 (76.6% Frauen) • Alter: M = 36.1 Jahre (Range: 21-58 Jahre) • Behandlungsdauer: M = 49 Monate (Range: 12-168 Monate) • Diagnosen: Persönlichkeitsstörung (50%), affektive Störung (58%), psychosomatische Störung (31%), Angststörung (13%) (ICD-10) • Land: Deutschland Methode: • Nicht kontrolliert • Nicht randomisiert • Retrospektiv • Von 401 Patienten erhält zufälliges Sample von 194 Patienten gesamtes Assessment, 207 Patienten nur Fragebogen • Krankenversicherungsdaten von 71 Patienten verfügbar, nur bei 47 über gesamte Zeitspanne	Selbstbeurteilung: • Symptom-Checkliste 90 (SCL-90-R) • Inventar des Reha-Status für Lebenszufriedenheit • Sense of Coherence Scale Ökonomische Masse: • Detaillierte Fragen über Behandlung, Krankheitstage, Hospitalisierungstage, Häufigkeit von Medikamenteneinnahme (Patientenbefragung und teilweise Daten aus Krankenkassenakten ↑ Vergleich zeigt, dass sich Patienten relativ korrekt erinnern)	• 75.9% der Patienten zufrieden mit Behandlung • 70-80% der Patienten berichteten positive und anhaltende Verbesserungen im Wohlbefinden, persönlicher Entwicklung, Beziehungen zu andern, Selbstwert, Lebenszufriedenheit etc. • Vergleich der CGI (Clinical Global Impression) Werte mit einer gesunden Population zeigte keinen signifikanten Unterschied	Kosten: • Geschätzte Kosten Individueller Psychotherapie = ca. DM 110.- • Direkte Behandlungskosten für durchschnittlich 400 Sitzungen = DM 44'000.- • 1 Absenztage bei Arbeit = ca. DM 354.- (geschätzt) Nutzen: • Absenztage bei Arbeit: Signifikante Abnahme von 1 Jahr vor Behandlung (M = 8.2 ± 13.6) zum Behandlungsende (M = 5.1 ± 15.0), im Follow-up stabil (M = 5.2 ± 27.2) • Anzahl medizinischer Konsultationen: Signifikante Abnahme von 1 Jahr vor Behandlung (M = 5.8 ± 8.2) zum Behandlungsende (M = 3.3 ± 5.1), im Follow-up stabil (M = 3.5 ± 4.5) • Psychopharmaka: Reduzierter Gebrauch nach Behandlung (3%) und im Follow-up (5%) im Vergleich zu vor Behandlung (13%)	• Im Vergleich zu Anzahl und Kosten der Absenztage vor Behandlung würde nach Behandlung eine geschätzte Kosteneinsparung von DM 43'000.- (97%) resultieren • Im Vergleich zur generalen, altersgematchten Population ergibt sich eine geschätzte Kosteneinsparung von DM 31'000.- für Behandlungskosten (fast 80%) ↑ Die Einsparungen gleichen die Behandlungskosten fast wieder aus. Dies besonders, wenn man die verbesserte Lebensqualität und Wohlbefinden dazurechnet	• Kosten schliessen Zeit, Medikationskosten, ambulante Behandlungen, Rehabilitationskosten etc. nicht ein • Retrospektiv • Keine Kontrollgruppe • Kein Vergleich von reiner Psychoanalyse und psychoanalytischer Psychotherapie gemacht • Kosten sehr vage geschätzt aufgrund Studien von Breyer et al. (1997) und Henzel (2001)

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Psychodynamische Therapien	Abbass, A. (2002). Intensive short-term dynamic psychotherapy in a private psychiatric office: clinical and cost-effectiveness. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 65(2), 225-232.	Intensive Dynamische Kurzzeit-Psychotherapie (M = 14,9 ± 15.2 Sitzungen à 1h), falls nötig zusätzlich Pharmakotherapie	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> N = 89 (52% Frauen) Alter: M = 39,6 ± 9,8 Jahre Diagnose: Persönlichkeitsstörung (52%), Major Depression (42.7%), Somatoforme Störungen (37.1%), Panikstörung (29.2%), Dysthymie (23.5%) (DSM-IV) Land: Vancouver, Canada <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nicht randomisiert Nicht kontrolliert Naturalistisch Prospektiv <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> 12 Monate vor Behandlungsbeginn Kurz vor Behandlungsbeginn Bei Behandlungsende Follow-up 12 Monate nach Behandlung 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Brief Symptom Inventory (BSI) Inventory of Interpersonal Problems (IIP) Beck Depressions Inventory (BDI) Beck Angst Inventar (BAI) <p>Ökonomische Masse:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kosten im Gesundheitswesen (Quellen: British Columbia Ministry of Health, Workers Compensation Board, Statistics Canada) 	<p>In allen Selbstbeurteilungswerten nach Therapie signifikant niedriger als vor Therapie</p> <p>Effektstärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> BSI: 1.62 IIP: 0.90 BDI: 1.19 BAI: 1.24 <p>71% der Patienten konnten ihre Medikamente durchschnittlich 1.5 Monate nach Therapiebeginn absetzen</p>	<p>Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gesamte Medikationskosten pro Jahr: Vor Therapie (= 12-monatige Periode 2 Jahre vor Therapie) = \$ 32'808 Nach Therapie (= 12-monatige Periode nach Therapie) = \$ 11'018 <p>Gesamte jährliche Kosten durch Erwerbsunfähigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vor Therapie = \$ 595'140 Nach Therapie = \$ 113'360 <p>Gesamte Hospitalisierungskosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vor Therapie = \$ 35'394 Nach Therapie = \$ 5'309 <p>Gesamte Arztkosten pro Jahr:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vor Therapie = \$ 54'335 Nach Therapie = \$ 36'036 <p>Totale Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vor Therapie = \$ 717'677 Nach Therapie = \$ 165'723 <p>Therapiekosten = \$ 149'431</p> <p>Nutzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abnahme der mittleren Hospitalisierungsdauer von 9.8 Tagen 12 Monate vor Therapie auf 3.4 Tage in der 12-monatigen Periode nach Therapie 82% der Arbeitslosen nahmen nach einer durchschnittlichen Arbeitsabwesenheit von 60.0 Wochen Arbeit wieder auf 	<p>Cost-offset:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vergleich der Kosten 12 Monate vor Therapiebeginn mit 12 Monaten nach Therapiebeginn zeigt, dass durch Rückkehr zur Arbeit, Absetzen der Medikamente, Reduktion der Arztkosten und Hospitalisierungstage insgesamt \$ 551'954 gespart werden konnten Nettoeinsparung (\$ 551'954 - Therapiekosten) = \$ 402'523 <p>Keine Angaben zur Kosten-Effektivität</p>	<ul style="list-style-type: none"> Der behandelnde Therapeut selbst hat diesen Artikel geschrieben ↑ Objektivität fraglich Kein experimentelles Design Keine Möglichkeit Ursache und Wirkung zu trennen Keine Möglichkeit andere Einflussfaktoren zu eruieren

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Psychodynamische Therapien	Keller, W., Westhoff, G., Dilg, R., Rohner, R., Studt, H.H., & die Arbeitsgruppe empirische Psychotherapieforschung in der Analytischen Psychologie (2001). Wirksamkeit und Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen bei Langzeitanalysen: Ergebnisse einer empirischen Follow-up-Studie zur Effektivität der Jungianischen Psychoanalyse und Psychotherapie. <i>Analytische Psychologie</i> , 32, 202-229.	Jungianische Langzeit-Psychotherapie (> 100 Stunden)	Stichprobe: • N = 111 (69,1% Frauen) • Patienten von 35 Therapeuten zugewiesen • Alter bei Therapiebeginn: M = 35,0 ± 8,8 Jahre • Diagnose (ICD-10): Persönlichkeitsstörung (17%), affektive Störung (46%) • Therapiedauer: M = 2,5 ± 5,3 Jahre • Land: Deutschland Methode: • Naturalistisch • Nicht kontrolliert • Retrospektiv • Langzeitstudie Messzeitpunkte: • Dokumentation aller 1987/88 abgeschlossenen Fälle durch Therapeuten und Katamnese nach 6 Jahren	Selbstbeurteilung: • Retrospektive globale Therapieerfolgsschätzung • Katamnesefragebogen zu Anlass und Verlauf der Behandlung, Therapiebeziehung etc. • Symptom-Checkliste (SCL-90-R) • Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) • Giessen-Test • Fragen zur Lebenszufriedenheit (IRES) Fremdbeurteilung: • Retrospektive Angaben des Therapeuten zu klinischen, soziodemographischen und Settingcharakteristika vor Behandlung • Retrospektive globale Therapieerfolgsschätzung durch Therapeut	6 Jahre nach Behandlungsende Veränderung der psychischen und körperlichen Befindlichkeit, Lebenszufriedenheit, Partner- und Familienbeziehungen bei 70-94% der Patienten gut bis sehr gut • Je länger Behandlungsdauer, desto erfolgreicher beschriebene Patienten die 6 Jahre nach Therapie • Bei Katamnese psychische Störungen nicht mehr nachweisbar (Giessentest) • Veränderungen im Erleben bei allen Patienten positiv • SCL-90-R: keine pathologischen Kennwerte mehr • BSS Prä-/Post-Vergleich: Abnahme der Krankheitsschwere, Effektivität = 2.1	Kosten: Keine Angaben Nutzen: • 50% der Patienten nahmen zum Zeitpunkt der Katamnese im Vergleich zur Therapiebeginn weniger Psychopharmaka ein und hatten weniger Arztbesuche • Arbeitsunfähigkeits-Tage (AU-Tage) 1 Jahr vor Therapie verglichen mit dem Jahr nach Therapie zeigt Reduktion von 24 auf 8 Tage pro Jahr (-66.6%) • AU-Tage 5 Jahre vor Therapie (16 Tage/Jahr) verglichen mit 5 Jahre nach Therapie (8Tage/Jahr) zeigt Abnahme um 50% • Krankenhaus-Tage (KH-Tage) 1 Jahr vor Therapie verglichen mit dem Jahr nach Therapie zeigt Reduktion um 87,5% von 8 KH-Tagen/Patient/Jahr auf 1 KH-Tag/Patient/Jahr • KH-Tage 5 Jahre vor Therapie (3.7 KH-Tage/Patient/Jahr) verglichen mit 5 Jahren nach Therapie (1.8 KH-Tage/Patient/Jahr) reduzierten sich um 51.4%	Keine Angaben	• Geringe Reliabilität der retrospektiven Diagnosestellung und Einschätzung der Krankheits-schwere • Retrospektive Datenerhebung ↑ Verzerrungen möglich

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

					<ul style="list-style-type: none"> •Retrospektive ICD-10 Diagnose auf Basis der Erstanträge zur Kostenübernahme der Krankenkassen •Retrospektive Bestimmung der Krankheits-schwere anhand des Beeinträchtigungsschwere-Scores (BSS) nach Schepank basierend auf Erstanträgen an Krankenkassen Ökonomische Masse (Quelle: Krankenkasse): •Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) •Krankenhaustage (KH-Tage) 				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Psychodynamische Therapien	Guthrie, E., Moorey, J., Margison, F., Barker, H., Palmer, S., McGrath, G., Tomenson, B., & Creed, F. (1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. <i>Arch Gen Psychiatry</i> , 56, 519-526.	2 Gruppen: •Psychodynamische Interpersonelle Psychotherapie (8 wöchentliche Sitzungen; n = 55) •Kontrollgruppe (KG): Gewöhnliche Behandlung durch Psychiater (n = 55)	Stichprobe: •N = 110 (62.7% Frauen) •Alter: M = 41.4 ± 9.8 •Krankheitsdauer: M = 5 Jahre •Diagnose (ICD-10): Affektive Störung (75.5%), Angststörung (63.6%), Somaforme Störung (9.1%) •Land: Manchester, England Methode: •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektiv Messzeitpunkte: •Baseline = 3 Monate vor Studieneintritt •Interventionszeitraum von 8 Wochen •Follow-up 6 Monate nach Intervention	Selbstbeurteilung: •Symptom-Checkliste (SCL-90-R): Global Severity Index (GSI) •36-item Short-Form Health Survey (SF-36) •Lebensqualität: EuroQoL 5D Ökonomische Masse: •Direkte Behandlungskosten •Direkte Nicht-Behandlungskosten •Indirekte Kosten	•Beim 6-Monats Follow-up zeigten Patienten der Psychotherapiegruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG): - Signifikant grössere Verbesserung im GSI - Signifikant grössere Verbesserung in Depressionssubkala der SCL-90-R - Signifikant besseres soziales Funktionieren •Lebensqualität: Kein Gruppenunterschied bei Baseline und Follow-up •QALMs (Quality adjusted Life Months): Kein Gruppenunterschied: - Psychotherapie = 4.87 - KG = 3.48	Kosten: •Direkte Behandlungskosten: kein signifikanter Gruppenunterschied 3 Monate vor Therapiebeginn und während Intervention •6-Monats Follow-up: - Direkte Behandlungskosten signifikant tiefer für Psychotherapiegruppe (\$ 926) als für KG (\$ 1'430) - Direkte Nicht-Behandlungskosten signifikant tiefer für Psychotherapiegruppe (\$ 21) als für KG (\$ 64) - Totale Kosten (direkte und indirekte) für Psychotherapiegruppe signifikant tiefer (\$ 1'006) als für KG (\$ 1'595) •Zeitraum Baseline bis 6-Monats Follow-up: - Totale direkte Behandlungskosten: Kein signifikanter Gruppenunterschied: Psychotherapiegruppe = \$ 1'794, KG = \$ 2'226 - Totale direkte Nicht-Behandlungskosten: Kein signifikanter Gruppenunterschied: - Psychotherapie = 4.87 - KG = 3.48 - Totale Kosten (direkte und indirekte): Kein signifikanter Gruppenunterschied: Psychotherapiegruppe = \$ 1'959, KG = \$ 2'465 Nutzen:	•Eine relativ geringe Verbesserung im psychologischen Funktionieren hatte einen signifikanten ökonomischen Einfluss in den 6 Monaten nach Therapieende •Kosten der Therapie wurden durch die Kosteneinsparungen in primärer und sekundärer Versorgung ausgeglichen	•Extrem kurze Intervention ↑ längere Therapie könnte grössere Symptomverbesserung bringen •34 Patienten, die Einschlusskriterien erfüllten, wollten nicht mitmachen, weil sie befürchteten, die Studie könnte das Verhältnis zu ihrem Psychiater verschlechtern ↑ diese Therapie ist nicht für alle Patienten geeignet •Studie in Spitälern durchgeführt, die in einer sozial benachteiligten Innenstadtzone liegen ↑ Ergebnisse ev. nicht generalisierbar •Patienten aufgrund ihres Langzeitgebrauchs von Diensten des Gesundheitswesens, nicht aufgrund Diagnose ausgesucht ↑ Heterogene Patientengruppe •Keine Kontrolle von nichtspezifischen Effekten der Psychotherapie, da das Hauptziel der Studie die ökonomische Analyse war

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Psychodynamische Therapien	Heinzel, R., Breyer, F., & Klein, T. (1997). Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. <i>Gesundh. Ökon. Qual.manag.</i> , 2, 59-73. Heinzel, R., Breyer, F., & Klein, T. (1998). Ambulante analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie in einer bundesweiten katamnestischen Evaluationsstudie. <i>Gruppenpsychother. Gruppennam.</i> 34, 135-152.	2 Gruppen: •Analytische Einzeltherapie •Analytische Gruppentherapie	Stichprobe: •N = 979 ehemalige Patienten von 91 Therapeuten (Mitglieder der DGPT und der DGIP), Anteil Frauen unbekannt •Alter: unbekannt •Diagnose: unbekannt •Patienten haben Therapie zwischen 1990 und 1994 abgeschlossen •Land: Deutschland Methode: •Therapeuten randomisiert •Nicht kontrolliert •Retrospektiv •Naturalistisch Messzeitpunkte: •Subjektive Einschätzung des Befindens vor, nach Therapie und zum aktuellen Befragungszeitpunkt	Selbstbeurteilung: •Art und Dauer der Therapie •Sitzungszahl •Einzel- vs. Gruppentherapie •Art und Umfang zusätzlicher Therapien Ökonomische Masse: •Berufstätigkeit •Medikamentenkonsument •Absolute Anzahl Hausarzt- und Facharztbesuche •Anzahl Krankenschreibungstage •Anzahl Hospitalisierungstage	•In allen Dimensionen (Gesamtbefinden, körperliches, psychisches Befinden und Beziehungen) und zu allen Messzeitpunkten signifikante Verbesserung. •Kein Gruppennunterschied	Kosten: Durchschnittlich 2.25 Jahre nach Therapieende: •Therapiekosten: - Einzeltherapie = 33'235.- DM - Gruppentherapie = 4'305.- DM •Einsparungen an Arzt-, Krankenhaus- und Arbeitsunfähigkeitskosten: - Einzeltherapie = 8'478.- DM - Gruppentherapie = 14'330.- DM ↑ Netto-Therapiekosten Einzeltherapie = 24'757.- DM ↑ Netto-Therapiekosten Gruppentherapie = 10'025.- DM = Cost-offset Nutzen: •Einnahme von Psychopharmaka oder Medikamenten: Signifikante Abnahme im Zeitraum vor Therapie bis nach Therapie und vor Therapie zu aktuellem Befragungszeitpunkt •Hausarztbesuche: Von Beginn zu Ende Therapie Abnahme um 40.1%, von Therapiebeginn zu aktuellem Zeitpunkt Abnahme um 52.5% •Facharztbesuche: Von Therapiebeginn bis -ende Abnahme um 33.2%, von Therapiebeginn zu aktuellem Zeitpunkt Abnahme	•Relative Kosteneffizienz der Gruppentherapie beträgt das 13-fache der Einzeltherapie (3.32 : 0.255) •Kostenverhältnis Gruppen-/Einzeltherapie = 7.5 : 1 •Verhältnis der Pro-Kopf-Einsparungen von Gruppen-/ Einzelpatienten = 1.7 : 1	•Patienten retrospektiv befragt (2.25 Jahre nach Therapieende) •Keine objektiven Fragebogen verwendet •Anzahl Krankenhausaufenthalte und Medikamentenkonsument nicht aus Krankenakten sondern Bericht der Patienten •Keine Unterscheidung der drei analytischen Therapieformen (Freudianisch, Jungianisch oder nach Adler) •Stichprobenbeschreibung: Keine Angaben über Diagnosen, Alter und Anteil Frauen

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	Cunningham, C.E., Bremner R., & Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behavior disorders: utilization, cost effectiveness, and outcome. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> , 36(7), 1141-1159.	3 Gruppen: • Trainingsprogramm für Eltern in Gruppen (n = 48) • Trainingsprogramm für Eltern einzeln (n = 46) • Wartekontrollgruppe (KG; n = 56) In beiden Behandlungen 11-12 wöchentliche Sitzungen	Stichprobe: • N = 150 • Alter: unbekannt • Diagnose: unbekannt • Land: Kanada Methode: • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv Messzeitpunkte: • Behandlungsbeginn • Behandlungsende • Follow-up nach 6 Monaten	Selbstbeurteilung: • Beck Depression Inventory (BDI) • Home Situations Questionnaire • Child Behaviour Checklist • Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) Fremdbeurteilung: • Wechsler Preschool and Primary Intelligence Scale (WPPSI) • Family Assessment Device: • General Functioning Scale • Social Provisions Scale • Problemlösefertigkeiten Ökonomische Masse: • Behandlungskosten • Reisekosten • Kosten durch Konsultation medizinischer Fachleute	6-Monats Follow-up: • Problemlösefertigkeiten bei Eltern der Gruppe • Therapie signifikant besser als bei Wartekontrollgruppe (KG) • Verhaltensprobleme zu Hause: Verbesserungen bei Eltern der Gruppentherapie • Größere Aufrechterhaltung • Externalisierende und internalisierende Probleme der Kinder: Signifikante Abnahme • Elterliches Kompetenzgefühl: Bei Eltern der individuellen Therapie signifikant größere Verbesserung als bei Eltern der Gruppentherapie • Im Zeitraum nach Behandlung zu Follow-up hatten Eltern der Gruppentherapie signifikant höheres Kompetenzgefühl	Kosten: • Behandlungskosten: - Individuelles Trainingsprogramm für 150 Familien = \$ 120'412.50 - 8 Trainingsgruppen für 150 Familien = \$ 18'678.28 • Reisekosten der Teilnehmer des Individuellen Trainingsprogrammes signifikant höher Nutzen: • Kontakte zu anderen (medizinischen) Fachleuten: Keine signifikanten Gruppenunterschiede	• Gruppen-Therapie ist kosten-effektiver und bewirkt grössere Verbesserung bezüglich verschiedener Variablen • Gruppen-Therapie mit durchschnittlich 18 TeilnehmerInnen mehr als 6x kosten-effektiver als das Individuelle Trainingsprogramm	• Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf Risikofamilien der Gesamtpopulation, die nicht am Programm teilnehmen fraglich • Behandlungseffekte auf Verhaltensbeobachtungen wurden nicht festgestellt

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	Healey, A., Knapp, M., Astin, J., Beecham, J., Kemp, R., Kirov, G., & David, A. (1998). Cost-effectiveness evaluation of compliance therapy for people with psychosis. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 172, 420-424.	2 Gruppen: •Therapie zur Verbesserung der Compliance •Kontrollgruppe (KG) Unspezifische Beratung Jeweils 4-6 Sitzungen, durchschnittliche Behandlungsdauer = 40 Minuten über 18 Monate	Stichprobe: •N = 74 (Anteil Frauen unbekannt) •Alter: 18-65 Jahre •Diagnosen: Schizophrenie (68%), schizoaffektive oder affektive Störung mit psychotischen Zügen (DSM-III-R) •Patienten erhalten Antipsychotika •Land: England Methode: •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektiv Messzeitpunkte: •Vor Behandlung •Nach Behandlung •Follow-up nach 3, 6, 12 und 18 Monaten	Selbstbeurteilung: •Drug Attitudes Inventory •Attitude to Medication Questionnaire (AMQ) •Client Service Receipt Inventory (CSRI) Fremdbeurteilung: •Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) •Global Assessment of Functioning scale (GAF) •Schedule for Assessment of Insight (SAI) •National Adult Reading Test (NART) •Simpson-Angus Scale for extrapyramidal side-effects •Barnes Akathisia Scale •Compliance Ökonomische Masse: •Behandlungskosten	•Compliance, Werte des SAI, DAI und AMQ für Compliance-Gruppe nach Behandlung besser, Aufrechterhaltung über 18 Monate •Globales Funktionsniveau (GAF) in der Compliance-Gruppe besser, Gruppenunterschied zum GAF der Kontrollgruppe (KG) nahm im Zeitverlauf zu •Einfluss der Therapie auf BPRS: Kein Gruppenunterschied •Drop-outs nach 18 Monaten = 27 Patienten (36.48%)	Kosten: •Wöchentliche Behandlungskosten: Gruppenunterschied zu keinem Zeitpunkt signifikant: - Compliance-Therapie = \$ 175 ± \$ 148 (n = 23) - Kontrollgruppe = \$ 193 ± \$ 222 (n = 18) •Statistisch signifikante positive Korrelationen (für die gesamte Stichprobe) bezüglich: - Kosten und Veränderung der Compliance - Kosten und Veränderung der Einsicht zwischen Follow-up nach 1 und 6 Monaten Nutzen: Keine Angaben	•Compliance-Therapie ist effektiver und nicht teurer im Vergleich zur unspezifischen Beratung •Compliance-Therapie ist kosten-effektiver als die unspezifische Beratung zu den Follow-ups nach 6, 12 und 18 Monaten	•Kleine Stichprobe •Viele Drop-outs

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	Rund, B.R., Moe, L., Sollien, T., Fjell, A., Borchgrevink, T., Hallert, M., & Naess, P.O. (1994). The psychosis project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 89, 211-218.	2 Gruppen: •Interventionsgruppe (IG): Psychoedukative Behandlung für Schizophrenie mit sehr frühem Beginn (n = 12) •Kontrollgruppe, (KG): Standardmäßige Reife-reizbehandlung (n = 12) Behandlungsdauer = 2 Jahre, beinhaltet 3 Phasen: 1. Hospitalisierung (mehrere Monate bis 1 Jahr) 2. Intensive Rehabilitationphase 3. Follow-up Periode	Stichprobe: •N = 24 (33.3% Frauen) •Alter: M = 16.0 Jahre, Range = 13-18 Jahre •Diagnose: Schizophrenie, schizophrene Störung, schizoaffektive Störung oder schizotypische Persönlichkeitsstörung (DSM-III-R) •Land: Norwegen Methode: •Kontrolliert •Prospektiv (Patienten der Interventionsgruppe) •Retrospektiv (Patienten der Kontrollgruppe) Messzeitpunkte: •Therapiebeginn •Therapieende (= 2 Jahre später)	Selbstbeurteilung: •Ausfüllen eines Evaluationsbogens am Ende der Therapie (nur Interventionsgruppe) Fremdbeurteilung: •Rückfälle während Behandlung •Global Assessment Scale (GAS) •Camberwell Family Interview (CFI) zur Erfassung der Expressed Emotions (EE) in der Familie Ökonomische Masse: •Direkte Kosten	•Anteil Patienten mit > 1 Rückfall: - Interventionsgruppe (IG): 8% - Kontrollgruppe (KG) 67% •Durchschnittliche Hospitalisierungsdauer: Gruppenunterschied nicht signifikant •Psychosoziales Funktionieren: Der durchschnittliche GAS-Wert verbesserte sich in beiden Gruppen um 7.5 (Achtung: Unterschiedliche Basislinewerte) •Expressed Emotions (EE): Bei Behandlungsende erreichten 7 Familien der Interventionsgruppe ein niedriges EENiveau, Familien der KG behielten einen hohen Index bei •Patienten mit schlechtem prä-morbidem psychosozialen Funktionieren profitierten am meisten	Kosten: •Totale Kosten: = 17'417'580 Norwegische Kronen (NOK) - Kontrollgruppe (KG) = NOK 22'764'356 ↑ Differenz der totalen Kosten zwischen den Gruppen = NOK 5'346'776 (entspricht \$ 1 Mio) ↑ Mit dem psychoedukativen Behandlungsansatz könnten für den gleichen Preis 3 Patienten mehr behandelt werden als mit der gewöhnlichen Behandlung Nutzen: Keine Angaben	•Das psychoedukative Programm war effektiver bezüglich der Reduktion der Rückfallquote und zudem kostengünstiger	•Konstante Behandlung über 2 Jahre ↑ keine eigentliche Follow-up-Studie •Kontrollgruppe wurde retrospektiv erfasst (retrospektive Erfassung der elterlichen Expressed Emotions; keine grosse Gewichtung dieser Daten) •Kleine Stichprobe •Indirekte Kosten nicht erfasst

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	Bateman, A., & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 160, 169-171.	2 Gruppen: • Psychoanalytisch orientierte Teilzeithospitalisierung (n = 22) • Gewöhnliche Behandlung im Rahmen allgemeiner psychiatrischer Dienstleistungen (n = 19)	Stichprobe: • N = 41 (Anteil Frauen unbekannt) • Alter: unbekannt • Diagnose: Borderline Persönlichkeitsstörung • Land: England Methode: • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv Messzeitpunkte: • 6 Monate vor Behandlung • Nach Behandlung • Follow-up nach 18 Monaten	Ökonomische Masse (Quelle: Dienstleistende und Patienten): • Psychiatrische Behandlung (inkl. Totale Kosten der stationären, ambulanten und teilstationären Krankenhausbearbeitungen) • Pharmakologische Behandlungskosten • Allgemeine Spitalkosten, die mit Interventionen in Notaufnahmen in Verbindung stehen	Keine Angaben	Kosten: • Totale Kosten 6 Monate vor Behandlung: - Teilzeithospitalisierung = \$ 44'967 ± 23'826 - Gewöhnliche Behandlung = \$ 52'563 ± 25'043 ↑ Kein signifikanter Gruppenunterschied • Totale Kosten während der 18-monatigen Behandlung: - Teilzeithospitalisierung = 27'303 ± 7'777 - Gewöhnliche Behandlung = \$ 30976 ± 12'755 ↑ Kosten beider Gruppen während Behandlung ähnlich: Höhere partielle Hospitalisierungskosten für psychoanalytisch orientierte Teilzeithospitalisierung durch geringere stationäre und ambulante Behandlungskosten, Psychopharmaka oder Behandlungen in der Notaufnahme ausgeglichen Nutzen: • Vergleich der Behandlungskosten vor Intervention mit Kosten während Behandlung: - Geschätzte Jahreskosten während Behandlung für beide Gruppen signifikant niedriger im Vergleich zu den Behandlungskosten 6 Monate vor Intervention - Reduktion der Kosten von stationärer und ambulanter psychiatrischer Pflege	Keine Angaben	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine Stichprobe • Generalisierbarkeit der Kosten auf andere Länder fraglich • Kostenberechnung: keine Schätzung der indirekten Kosten und Probleme bei Kalkulation der Unterstützung der Gemeinde/ Gemeinwesens

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	Byford, S., Knapp, M., Greenshields, J., Okunne, O.C., Jones, V., Thompson, S., Tyrer, P., Schmidt, U., & Davidson, K. (2003). Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach. <i>Psychological Medicine</i> , 33, 977-986.	2 Gruppen <ul style="list-style-type: none"> •Manualgestützte kognitive Verhaltenstherapie (MKVT; 7 Sitzungen; n = 200) •Gewöhnliche Behandlung (GB; Problemlösen, Psychotherapie, Verweis an Allgemeinarzt oder freiwillige Gruppe + kurze Beratung; n = 197) 	Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> •N = 397 (30% Frauen) •Alter: M = 32 ± 12 Jahre •Diagnose: Rezidivierende absichtliche Selbstverletzung •Land: England (Vergleich von 5 Zentren) Methode: <ul style="list-style-type: none"> •Randomisiert •Kontrolliert •Retrospektiv Messzeitpunkte: <ul style="list-style-type: none"> •Baseline •6 und 12 Monate nach Behandlungsbeginn (N = 397) 	Selbstbeurteilung: <ul style="list-style-type: none"> •Modifizierte Version des Parasuicide History Interview •EuroQol-5D: Gesundheitsbezogene Lebensqualität Ökonomische Masse: <ul style="list-style-type: none"> •Inanspruchnahme von Behandlungen: modifizierte Version des Client Service Receipt Inventory (CSRI; Interview, beim Follow-up nach 6 Monaten Selbstbeurteilungen, fragebogen •Produktivitätsausfall •Quality-adjusted life-years (QALY) 	Signifikante Unterschiede zwischen Patienten, die in die ökonomische Evaluation eingingen und solchen, bei denen Daten zur Inanspruchnahme von Behandlungen fehlten (= Missings): <ul style="list-style-type: none"> - Missings signifikant jünger und signifikant weniger Kosten in den 6 Monaten vor Behandlung - Missings der Behandlungsgruppen unterschieden sich nicht signifikant •Nutzung von Dienstleistungen: Geringer Gruppenunterschied 	Kosten: <ul style="list-style-type: none"> •Kurzzeitkosten (6 Monate): - Totale Kosten pro Patient mit Manualgestützter kognitiver Verhaltenstherapie (MKVT) = \$ 6'922 - Totale Kosten pro Patient mit gewöhnlicher Behandlung (GB) = \$ 7'820 ↑ Signifikanter Kostenunterschied (-\$ 897) wahrscheinlich eher durch signifikanten Unterschied der totalen Ressourcenkosten bedingt als durch Produktivitätsausfall <ul style="list-style-type: none"> •Langzeitkosten (12 Monate): - Totale Kosten pro MKVT Patient = \$ 13'450 - Totale Kosten pro GB Patient = \$ 14'288 ↑ Kein signifikanter Unterschied •Totale Ressourcenkosten pro Patient und Produktivitätsausfall: Keine signifikanten Gruppenunterschiede ↑ MACT im Durchschnitt günstiger für alle Kostenkategorien außer Dienste des Gesundheitswesens und Psychopharmaka Nutzen: Keine Angaben	Inkrementelle Kosten-Effektivitäts Ratio (ICER): <ul style="list-style-type: none"> •ICER für beobachtbaren Outcomes über 12 Monate = -\$ 120 pro 1% Reduktion des Anteils Patienten mit wiederholter Selbstverletzung •Inkrementelle durchschnittliche Kosten für MKVT minus GB = -\$ 838; inkrementeller durchschnittlicher Effekt = -7% •MKVT 6 und 12 Monate nach Behandlungsbeginn günstiger und effektiver •ICER für den EuroQol-5D: \$ 66'000 pro gewonnenem QALY zum Messzeitpunkt 12 Monate (MKVT minus GB = inkrementelle Durchschnittskosten: - \$ 778; durchschnittliche Effekte: - 0.0118) •MKVT günstiger als GB, jedoch geringfügig weniger effektiv bezüglich QALY ↑ MKVT ist eher kosten-effektiv von \$ 0-\$ 66'000. Für höhere Beiträge ist GB kosteneffektiver 	<ul style="list-style-type: none"> •Stichprobe nicht repräsentativ für jüngere und weniger ressourcen-intensive Patienten

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	Stevenson, J., & Meares, R. (1999). Psychotherapy with borderline patients: II. A preliminary cost benefit study. <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i> , 33, 473-477.	Ambulante Psychotherapie (2 Sitzungen pro Woche über 1 Jahr)	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N = 30 (63.3% Frauen) • Alter: M = 29.4 ± 7.9 Jahre • Diagnose: Borderline Persönlichkeitsstörung (DSM-III) • Land: Australien <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für einige Variablen 1 Jahr vor Behandlung • Behandlungsbeginn • Behandlungsende • Follow-ups nach 6 Monaten und 1 Jahr 	<p>Selbstbeurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptom Checkliste (Cornell Index) • DSM Ratings (27-Punkte Skala abgeleitet aus DSM-III Kriterien) • Drogen- und Medikamentenkonsument • Selbstverletzen des Verhalten • Nach aussen gerichtete Gewalt <p>Ökonomische Masse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Krankenhausweisungen • Hospitalisierungsdauer • Häufigkeit medizinischer Behandlungen • Dauer des Arbeitsausfalls 	<p>In allen Massen signifikante Reduktion im Jahr nach Behandlung im Vergleich zum Jahr vor Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cornell Index: In den ersten 6 Behandlungsmo-naten keine Veränderungen. Signifi-kante Verände-rung erst zwi-schen dem 6. und 12. Behand-lungsmonat. • Weitere Redukti-on im Zeitraum nach Behandlung bis 12-Monats Follow-up • DSM Rating: Signifikanter Prä-Post Effekt (17.4 vs. 11). Keine signifikante Reduktion nach Behandlung bis 1-Jahr Follow-up (10.5) 	<p>Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisierungskosten ein Jahr vor Behandlung = \$ 684'346 • Geschätzte Therapiekosten für 2 Sitzungen/Woche während 50 Wochen: <ul style="list-style-type: none"> - Pro Patient = \$ 13'000 - Für gesamte Stichprobe = ca. \$ 390'000 <p>Nutzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisierungskosten beim 1-Jahres Follow-up = \$ 642'922 ↑ Durchschnittliche Reduktion pro Patient = \$ 21'431 • Therapiekosten beim 1-Jahres Follow-up = \$ 41'424 • Unterteilung der Patienten in hohe Nutzer (> \$ 10'000 12 Monate vor Studienbeginn) und niedrige Nutzer (< \$ 10'000): <ul style="list-style-type: none"> - Hohe Nutzer (n = 12): Durchschnittliche stationäre Kosten vor Therapie = \$ 51'497, im 1-Jahres Follow-up = \$ 3'688 - Niedrige Nutzer (n = 18): Durchschnittliche stationäre Kosten vor Therapie = \$ 3'051, im 1-Jahres Follow-up = \$ 286 <p>↑ In beiden Gruppen Reduktion über 90%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Totale Einsparung = \$ 253'000 bzw. \$ 8'431/Patient 	Keine Angaben	Keine Angaben

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme, Psycho-somatische Störungen und gemischte Gruppe	Zielke, M., Borgart, E-J., Carls, W., Herder, F., Lehenhagen, J., Leidig, S., Limbacher, K., Meermann, R., Reschenberg, I., & Schwickerath, J. (2004). Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik, <i>Kompro-mierter Auszug aus dem Abschlussbericht zum „Kooperativen Katamneseprojekt zwischen der DAK-Hauptverwaltung in Hamburg und den Psychosomatischen Fachkliniken Bad Dürk-</i>	Stationäre Verhaltensmedizinische Intervention	Stichprobe: • N = 338, Anteil Frauen unbekannt • Mittleres Alter: unbekannt • Diagnose: - 51.8% Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen - 24.6% Affektive Störungen - 9.8% Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen - 3.8% Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen - 2.4% Krankheiten des Nervensystems - 3.3% sonstige Ohrenkrankheiten - 2.7% extremes Übergewicht und Überernährung • Land: Deutschland Methode: • Nicht randomisiert • Nicht kontrolliert • Prospektiv Messzeitpunkte: • Aufnahme in Klinik • Entlassung aus Klinik • Katamnese 2 Jahre nach Entlassung	Keine Angaben	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensqualität: Signifikante Verbesserung • Beschwerdeintensität: Signifikante Abnahme • Funktionseinschränkungen: Signifikante Verbesserung • Therapieeffekte besonders gross bei affektiven, geringer bei schmerzbezogenen Beschwerden • Deutlicher Hinweis auf besondere Wirksamkeit verhaltenstherapeutisch orientierter antidepressiver Strategien und Strategien zur Angstbewältigung: Deutliche Abnahme der Depressivität auch bei Patienten mit hoher Morbidität im prästationären Krankheitsverlauf, weitreichende Langzeitwirkung 	<p>Kosten: Keine Angaben</p> <p>Nutzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteil Patienten mit Arbeitsunfähigkeit um 19.6% reduziert • Dauer der Arbeitsunfähigkeit um 53.1% reduziert • Krankheitstage um 62.3% verringert • Tage, an denen von Krankenkassen Krankengeld gezahlt wird, um 71.5% von 98.9 auf 28.2 Tage verringert • Lohnfortzahlungen bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit um 41.5% von 47.2 auf 27.6 Tage verringert • Produktivitätsverluste bis zum 42. Arbeitsunfähigkeitstag um 41.5% von 47.2 auf 27.6 Produktivitätsverlusts-Tage verringert • Einsparung = € 2'906.72 • Produktivitätsverluste ab 43. Arbeitsunfähigkeitstag um 71.5% (= € 10'472.48) verringert • Krankenhauseinweisungen um 30.4% hoch signifikant reduziert, Krankenhaustage um 45.4%, durchschnittliche Aufenthaltsdauer um 21.6% reduziert • Als Folge der stationären Interventionen sank im Zeitraum von 2 Jahren Häufigkeit der Praxiskontakte in primär akutmedizinischen Fachbereichen um über 25% Prozent 	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten-Nutzen Relation = 1: 3.79 ↑ bei einer Investition von € 1 in die stationäre psychosomatische Behandlung und Rehabilitation resultiert eine Reduktion der Krankheits- und Folgekosten von € 3.79 • Opportunitätsanalyse auf der vergleichenden Grundlage betriebswirtschaftlich ermittelter Produktivitätsberechnungen ergibt Nettonutzen von € 48'224 pro Behandlungsfall 	Keine Angaben

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

	<p>heim, Bad Pyrmont und Berus im AHG- Wissen- schaftsrat 2004.</p>					<ul style="list-style-type: none"> •Psychopharmakaverord- nung: Rückgang um 40% •Einsparung an Krankengeld = € 3'891.8 pro Patient und € 778'360 in der gesamten erwerbstätigen Stichprobe (- 71.5%) •Einsparungen der Arbeitge- ber unter Einbeziehung aller Aufwendungen und Verluste = € 15'637.23 pro Behandlungsfall und € 3'127.297 pro erwerbstäti- gem Patient ↑ Beträchtliche Verringe- rung der Krankheitsfolge- kosten für Krankenkassen und Arbeitgeber •Monetäre Veränderungen im Zeitraum von 2 Jahren für Allgemeinmedizin = € 326.91, Innere Medizin = € 186.4, Neurologen/ Psychi- ater = € 108.51 •Anstieg in Kontaktfrequenz bei Psychologen und Psy- chotherapeuten nach statio- närer Behandlung führt zu Zunahme der Ambulanz- kosten = € 80.68 •Gesamte Kostenreduktion für Praxiskontakte von € 3'050 zwei Jahre vor Be- handlung auf 2'465.96 € pro Patient ↑ Kostenerspar- nis = € 587.04 (- 19.22%) •Akutmedizinische Ausga- ben um € 67.72 pro Patient reduziert (-28.6%) •Kosten für Psychopharma- ka: Signifikante Verände- rung im Zeitraum vor Be- handlung bis Katamnese: Kostendifferenz = € 11.55 pro Patient 		
--	---	--	--	--	--	---	--	--

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme, Psychosomatische Störungen und gemischte Gruppe	M. Ziele (1999). Kosten-Nutzen-Aspekte in der Psycho-somatischen Rehabilitation. <i>Psyther. Psychosom. Med. Psychol.</i> 49, 361-367.	Stationäre Verhaltenstherapie	Stichprobe: <ul style="list-style-type: none"> •N = unbekannt •Patienten einer psychosomatischen stationären Klinik •Alter: unbekannt •Diagnose: unbekannt •Land: Deutschland Methode: Keine Angaben Messzeitpunkte: <ul style="list-style-type: none"> •2 Jahre vor Aufnahme in Klinik •2 Jahre nach Entlassung 	Keine Angaben	Keine Angaben	Kosten: <ul style="list-style-type: none"> •Behandlungskosten pro Patient = DM 10'111 Nutzen: <ul style="list-style-type: none"> •Kosten für Krankenkassen pro Patient: - Medizinische Kosten: Reduktion von DM 8'937 2 Jahre vor Therapie auf DM 4'229 2 Jahre nach Therapie - Krankengeldzahlungen: Reduktion von DM 4'179 2 Jahre vor Therapie auf DM 877 2 Jahre nach Therapie ↑ Gesamte Einsparung = DM 8'010 •Kosten für Arbeitgeber: - Lohnfortzahlung: Einsparung = DM 1'908 (2 Jahre vor Therapie = DM 4'395, 2 Jahre nach Therapie = DM 2'486) - Produktivitätsausfall bis 42. Tag: Einsparungen = DM 2'962 (2 Jahre vor Therapie = DM 7'272, 2 Jahre nach Therapie = DM 4'309) - Produktivitätsausfall ab 43. Tag: Einsparungen = DM 1'479 (2 Jahre vor Therapie = DM 14'528, 2 Jahre nach Therapie = DM 3'049) ↑ Gesamte Einsparung = DM 16'350	Kosten-Nutzen Verhältnis: <ul style="list-style-type: none"> •1: 2,49 für erwerbstätige und nicht-erwerbstätige Patienten zusammen •Werden nur erwerbstätige Patienten betrachtet, ist Kosten-Nutzen Verhältnis = 1: 3,46 •Nach Abzug der Kosten für Therapie resultiert ein Nettogewinn von DM 15'081 pro Patient •Pro Jahr werden ca. 1'200 Patienten in einer psychosomatischen Klinik mit 200 Plätzen behandelt ↑ Nach stationärer Behandlung ist Reduktion der Krankheitskosten insgesamt = DM 30,23 Mio. 	Keine Angaben

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme, Psycho-somatische Störungen und gemischte Gruppe	Severens, J.L., Prins, J.B., van der Wilt, G.J., van der Meer, J.W.M., & Bleijenberg, G. (2004). Cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for patients with chronic fatigue syndrome. <i>QJM (An International Journal of Medicine)</i> , 97, 153-161.	3 Gruppen: •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT; 16 Sitzungen à 1h während 8 Monaten; n = 92) •Guided support groups (GSG; 11 Sitzungen à 1.5 h während 8 Monaten; n = 90) •Kontrollgruppe (KG; keine Intervention; n = 88)	Stichprobe: •N = 270 (Anteil Frauen unbekannt) •Alter: Range 18-60 Jahre •Diagnose: Chronisches Erschöpfungssyndrom oder idiopathische chronische Müdigkeit (gemäss Fukuda et al. und Wert ≥ 800 auf dem Sickness Impact Profile) •Land: Niederlande	Selbstbeurteilung: •Checklist Individual Strength (CSI) Subskala Fatigue •Health-related Quality of Life Ökonomische Masse: •Tagebücher zu Kosten •Quality-adjusted life-years (QALY)	•Anteil Patienten mit klinischer Verbesserung (CSI-Wert ≤ 36) nach 8 Monaten: - KVT: 31% - GSG: 9% - KG: 12% •Anteil Patienten mit klinischer Verbesserung nach 14 Monaten: - KVT: 27% - GSG: 11% - KG: 20% Drop-out Raten: •Nach 8 Monaten: - KVT: 28% - GSG: 21% - KG: 10% •Im Zeitraum von 8-14 Monaten: - KVT: 7% - GSG: 6% - KG: 11%	Kosten: •Durchschnittliche Behandlungskosten: - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) = € 1'490 - Guided Support Groups (GSG) = € 424 •Totale medizinische Kosten im Zeitraum 0-8 Monate (durchschnittlicher Betrag pro Patient): - KVT = € 324 - GSG = € 623 - KG = € 412 •Totale medizinische Kosten im Zeitraum 9-14 Monate: - KVT = € 232 - GSG = € 561 - KG = € 378 •Nicht-medizinische Kosten (8 bzw. 14 Monate): - KVT = € 262 bzw. € 226 - GSG = € 550 bzw. € 439 - KG = € 427 bzw. € 287 •Durchschnittliche totale Kosten (ohne Produktivitätskosten) für 8 bzw. 14 Monate: - KVT = € 2'487 bzw. € 2'534 - GSG = € 1'631 bzw. € 2'597 - KG = € 839 bzw. € 1'504 •Verbesserung eines Patienten nach 8 bzw. 14 Monaten benötigt Investition von € 9'024 bzw. € 20'532 •Produktivitätskosten: Keine signifikanten Gruppunterschiede, Kosten jedoch hoch (Summe der Mittelwerte bis zum Follow-up):	•KVT kostengünstiger und effektiver als GSG •KVT brachte besseren Erfolg und geringere Nutzung von medizinischen Pflegeeinrichtungen •Inkrementelle Kosten-Effektivität der KVT pro Patient mit signifikanter Verbesserung im Vergleich zu KG: - Nach 8 Monaten = € 9'024 - Nach 14 Monaten = € 20'532 •Inkrementelle Kosten-Effektivität: KVT vs. KG basierend auf Anzahl Patienten mit klinischer signifikanter Verbesserung und Kosten beim Follow-up nach 8 und 14 Monaten: - Nach 8 Monaten: Im Vergleich zu KG ist KVT € 105'472 teurer (Effektivität = 11.69) - Nach 14 Monaten: Im Vergleich zu KG ist KVT € 79'255 teurer (Effektivität = 3.86)	•Grosse statistische Unsicherheit bezüglich Kosten-Effektivität •Sensitivitätsanalyse weist Einfluss auf, wenn Trainingskosten und Kosten des KVT- Therapeuten variiert werden •Follow-up Erhebung zu wenig lang (Erwartung: Verbesserung der Kosten-Effektivität über längere Zeitperiode hinweg) •Künftige Studien sollten stärker auf Produktivitätskosten fokussieren •Ev. unterschätzte totale Kosten bezüglich der laufenden Behandlung (neben Visiten und Medikamenten-gebrauch/Nicht-medikamentöse Kosten keine anderen Dienstleistungen erfasst)

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme, Psycho-somatische Störungen und gemischte Gruppe	Chisholm, D., Godfrey, E., Ridsdale, L., Chalder, T., King, M., Seed, P., Wallace, P., Wessely, S., & the Fatigued Trialists' Group. (2001). Chronic fatigue in general practice: economic evaluation of counselling versus cognitive behaviour therapy. <i>British Journal of General Practice</i> , 51, 15-18.	2 Gruppen: •Psychologische Beratung (n = 65) •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT; n = 64)	Stichprobe: •N = 129 (Anteil Frauen unbekannt) •Alter: 16-75 Jahre •Diagnose: Ermüdungssymptome seit 3 Monaten •Land: England Methode: •Randomisiert •Nicht kontrolliert •Prospektiv Messzeitpunkte: •Therapiebeginn •Therapieende •Follow-up 6 Monate nach Baseline	Selbstbeurteilung: •Fatigue Questionnaire •Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) •Social Adjustment Scale (SAS)	•Beratung und Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) führten zu moderater Verbesserung der Müdigkeit und assoziierter Symptome	Kosten: •Behandlungskosten: - Beratung: M = \$ 109 ± 49 - KVT: M = \$ 164 ± 67 ↑ Signifikanter Unterschied von \$ 55 pro Patient •Kosten durch Nutzung von Dienstleistungen der Gemeinde: - Beratung: Baseline: M = \$ 6 ± 30 Follow-up: M = \$ 8 ± 48 - KVT: Baseline: M = \$ 57 ± 229 Follow-up: M = \$ 49 ± 187 •Kosten für Konsultation beim erstversorgenden Arzt: - Bei Baseline 39-56% der nicht therapiegebundenen Dienstleistungskosten, im Follow-up noch 20% ↑ höchste Kostenreduktion •Anteil Patienten, die Kontakt zu Hausarzt hatten, fiel von 92% bei Baseline (beide Gruppen) auf 41% in der KVT- bzw. 28% in der Beratungsgruppe •Gesundheitsvorsorgekosten: In beiden Gruppen keine signifikante Veränderung zwischen Baseline und Follow-up (- 7 \$) Nutzen: •Arbeitsausfall: - Beratung: Baseline: M = \$ 350 ± 1'532; Follow-up: M = \$ 335 ± 1'397	Inkrementelle Kosten-Effektivitäts Ratio (= Kosten pro Veränderungseinheit im Fatigue-Score): •Beratung: Verbesserung um eine Einheit im Fatigue Score führt zu Zunahme um \$ 8 und Abnahme um \$ 29 in Familienkosten ↑ Kosten-Effektivität = -21.4 •KVT: Verbesserung um eine Einheit im Fatigue Score führt zu Zunahme um \$ 18 und Abnahme um \$ 17 in Patient- und Familienkosten ↑ Kosten-Effektivität = 0.6 •Differenz der Kosten-Effektivität von Beratung und KVT = -22.0 ↑ Kein signifikanter Gruppenunterschied	•Keine Kontrollgruppe •Langzeiteffekte nicht erfasst •Um statistisch signifikanten Unterschied zu zeigen, wäre doppelt so grosse Stichprobe nötig

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme, Psycho-somatische Störungen und gemischte Gruppe	Morgan, K., Dixon, S., Mathers, N., Thompson, J., & Thompson, M. (2004). Psychological treatment for insomnia in the regulation of long-term hypnotic drug use. <i>Health Technology Assessment</i> , 8(8), 1-80.	2 Gruppen: •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): 6 Sitzungen à 50 Min.; n = 108 •Kontrollgruppe (KG; Hypnotika, keine zusätzliche Behandlung; n = 101)	Stichprobe: •N = 209 (67,5% Frauen) •Alter: M = 13,4 Jahre, Range = 31-92 Jahre •Einschlusskriterium: Chronische Schlaf-schwierigkeiten und Einnahme von Schlafmedikamenten seit mind. 1 Monat •Land: England Methode: •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektiv •Patienten aus 23 Allgemeinpraxen Messzeitpunkte: •Follow-ups 3, 6 und 12 Monate nach Behandlung	Selbstbeurteilung: •Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) •Epworth Sleepiness Scale: total score •Health-related Quality of Life (SF-36) •The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Fremdbeurteilung: •Anzahl Beratungen (Quelle: Therapeut) Ökonomische Masse: •Behandlungskosten •Quality-adjusted-life-years (QALY)	Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): •Globale PSQI-Werte beim Follow-up nach 3, 6 und 12 Monaten signifikant verbessert, d.h. signifikante Reduktion der Schlaflatenz, signifikante Verbesserung der totalen Schlafzeit und der Schlafeffizienz •Epworth Sleepiness Skala: Beim 3-Monats Follow-up signifikante Verbesserung im Vergleich zu Baseline, Aufrechterhaltung bei 6 und 12-Monats Follow-up •Häufigkeit der Hypnotikaeinnahme im Vergleich zur KG signifikant reduziert •Drop-out Rate beim 3-Monats Follow-up: - KVT: 28 Patienten - KG: 26 Patienten •Höhere Depressionswerte bei Baseline mit	Kosten: •Durchschnittliche Kosten für KVT = \$ 154.40 pro Patient •Kosten für primäre Gesundheitsversorgung in der KVT-Gruppe mit ca. \$ 30 geringer als in der Kontrollgruppe (KG), jedoch nicht signifikant Nutzen: •Hypnotikakonsum beim Follow-up nach 3 und 6 Monaten: - Reduktion bei 47.4% (KVT) vs. 17.3% (KG) der Patienten - Abstinenz bei 28.9% (KVT) vs. 10.7% (KG) der Patienten - Anhaltender Konsum bei 30.3% (KVT) vs. 58.7% (KG) der Patienten •Anzahl Hypnotika-freier Nächte signifikant erhöht in der KVT-Gruppe, jedoch kein Gruppenunterschied bezüglich durchschnittlich konsumierten Hypnotikamenge •Kein Zusammenhang zwischen Reduktion der Hypnotikaeinnahme und dem konsumierten Medikament Psychologische Behandlung einer Insomnie im Rahmen von Allgemeinärztlichen Praxen kann für Langzeit-Hypnotikakonsumenten mit chronischen Schlafschwierigkeiten zu einem günstigen Kostenverhältnis: •Schlafqualität verbessern, •Hypnotikakonsum reduzieren •gesundheitsgebundene	Durchschnittliche inkrementelle Kosten pro QALY beim 6-Monats Follow-up = \$ 3'418 (Range: \$ 3'074- \$ 4'679) •Gesundheitsgebundene Nützlichkei: KVT-Gruppe um 0.024 QALYs verbessert, KG um 0.014 QALYs verschlechtert ↑ Gruppenunterschied von 0.038 QALYs nicht signifikant •Inkrementelle Kosten pro QALY = £ 3418 •Inkrementeller Nutzen-gewinn nicht signifikant •Wahrscheinlichkeit, dass Behandlungskosten pro QALY als kosten-effektiv gelten würden wären grösser als 80%, wenn Entscheidungsträger bereit wären weniger als \$ 12'500 pro QALY zu zahlen	•Keine Untersuchung von Patienten ohne Hypnotikakonsum •Epworth Sleepiness Scale: Gruppen unterschieden sich zu Baseline, wobei KG geringeres Level an Schläfrigkeit angab •Zu Baseline signifikante Assoziation der 3 am häufigsten verschriebenen Medikamente (Nitrazepam, Temazepam und Zopiclone) mit dem Alter der Patienten und der Dauer der Einnahme •Gesellschaftliche Perspektive nicht berücksichtigt: Produktivitätskosten (indirekte Kosten)

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

					weniger Verbesserung der allgemeinen Schlafqualität assoziiert		Lebensqualität verbessern	
							<ul style="list-style-type: none">•Ökonomisches Modell zeigt, dass jegliche Verlängerung des Zeitraums dieser Evaluation eine Reduktion der inkrementellen Kosten pro QALY produzieren würde	

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme Psycho-somatische Störungen und gemischte Gruppe	Creed, F., Fernandes, L., Guthrie, E., Palmer, S., Ratchliff, J., Read, N., Rigby, C., Thompson, D., & Tomenson, B. (2003). The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. <i>Gastroenterology</i> , 124, 303-317.	3 Gruppen: • Individuelle Psychotherapie (8 Sitzungen über 3 Monate in psychodynamischer interpersoneller Therapie; n = 85) • Paroxetine (SSRI, 20 mg täglich über 3 Monate; n = 86) • Kontrollgruppe (KG): Routinebehandlung bei Magen-Darm-Spezialisten und Allgemeinarzt (n = 86)	Stichprobe: • N = 257 (79,76% Frauen) • Alter: - Psychotherapiegruppe: M = 39,9 ± 1,36 Jahre - Paroxetine-Gruppe: M = 39,4 ± 1,15 Jahre - Routinebehandlungsgruppe: M = 40,6 ± 1,33 Jahre • Diagnose: Irritable Bowel Syndrome (Rome I Kriterien zufriedenstellend erfüllt) • Land: England Methode: • Randomisiert • Kontrolliert • Prospektiv Messzeitpunkte: • Baseline • Nach Behandlung • Follow-up nach 1 Jahr	Selbstbeurteilung: • Drossman questionnaire • Symptom Checklist (SCL-90-R) • Symptome des Irritable Bowel Syndroms • Gesundheitsgebundene Lebensqualität (SF-36) Fremdbeurteilung: • Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry Interview Ökonomische Masse: • Direkte Kosten der Gesundheitsfürsorge • Indirekte Kosten der Gesundheitsfürsorge • Produktivitätsverlust	Nach 3 Monaten: • Schweregrad der Schmerzen und Anzahl mit Schmerzen verbrachter Tage in allen Gruppen reduziert • Anzahl Tage mit Schmerzen: Paroxetine-Gruppe signifikant weniger als Kontrollgruppe (KG) • Schweregrad der Schmerzen: Kein signifikanter Gruppenunterschied • Anteil Patienten mit allgemeiner Verbesserung der Unterleibschmerzen: - Psychotherapie: 60% - Paroxetine: 66% - KG: 38% • Gesundheitsgebundene Lebensqualität: In beiden Interventionsgruppen im Vergleich zur KG geringe Verbesserung 1-Jahres Follow-up (N = 90% der Patienten): • Verbesserung in Schweregrad und	Kosten: • Kosten der direkten Gesundheitsvorsorge während Behandlung verglichen mit KG signifikant höher für Psychotherapie, jedoch nicht für Paroxetine • Durchschnittliche jährliche direkte Gesundheitskosten im Follow-up: - Psychotherapie: \$ 976 ± 984 - Paroxetine: \$ 1'252 ± 1'616 - Routinebehandlung (KG): \$ 1'663 ± 3'177 ↑ Psychotherapie, jedoch nicht Paroxetine brachte im Follow-up im Vergleich zu gewöhnlicher Behandlung (KG) signifikante Reduktion der Gesundheitskosten ↑ Kein signifikanter Gruppenunterschied der Kosten über den gesamten Untersuchungszeitraum • Kosten durch Arbeitsausfall in allen Gruppen ähnlich Nutzen: • Während der 15-monatigen Erhebungsdauer haben 10 von 17 Patienten der Psychotherapie-Gruppe, 3 von 7 Patienten der Paroxetine-Gruppe und 3 von 11 Patienten der KG keine IV-Rente mehr benötigt • 3 Patienten der Psychotherapie-Gruppe, 9 der Paroxetine-Gruppe und 3 der KG	• Psychotherapie und Paroxetine verbessern bei Patienten mit schwerem Reizdarmsyndrom die gesundheitsgebundene Lebensqualität ohne zusätzliche Kosten zu verursachen	• Generalisierbarkeit fraglich, denn Ergebnisse beziehen sich auf Fälle mit schweren Symptomen • Kostendaten nicht generalisierbar auf andere Länder • Viele Variablen erfasst: Vorsicht bei Interpretation der Ergebnisse auf einem knappen Signifikanzniveau • Compliance für Paroxetine beträgt 50% (Berücksichtigung von Nebenwirkungen wichtig) • Einige Patienten hatte komorbide Depression/ Angst-erkrankung oder sexuellen Missbrauch: Weitere Studien sollten untersuchen, ob SSRIs durch direkten Effekt auf den Schmerz oder durch positiven Einfluss auf die Depression helfen

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme, Psychosomatische Störungen und gemischte Gruppe	Hiller, W., Fichter, M.M., & Rief, W. (2003). A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. <i>Journal of Psychosomatic Research</i> , 54, 369-380.	2 Gruppen: •Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei Patienten mit somatoformer Störung (SFD; n = 172) - Einer klinischen Kontrollgruppe (KG) mit einer anderen Störung nach DSM-IV (n = 123)	Stichprobe: •N = 295 (66.1% Frauen) •Alter: M = 45.7 ± 11.1 Jahre •Diagnose: - Somatoforme Störungen (SFD): Somatisierungsstörung (SD), kurzes Somatisierungssyndrom (SSI-8), Schmerzstörung, Konversionsstörung, Hypochondrie - Andere Störung nach DSM-IV: Hauptsächlich affektive oder Angststörung •Ambulante und stationäre Patienten •Land: Deutschland	Selbstbeurteilung: •Screening for Somatoform Symptoms (SOMS) •Whiteley Index (WI) •Cognitions About Body and Health Questionnaire (CABAH) •Beck Depressions Inventar (BDI) •Dysfunctional Analysis Questionnaire (DAQ) Ökonomische Masse: •Kosten durch Nutzung des Gesundheitssystems 2 Jahre vor und nach Behandlung •Medikationskosten •Arbeitsausfallstage	•Beide Behandlungsgruppen signifikante Verbesserung in allen Variablen. Keine Aufrechterhaltung im Follow-up, obwohl Werte geringer als vor Behandlung •Depressive Symptomatik und psychosoziale Beeinträchtigung: Grösster Prä-Post-Effekt: - SFD-Gruppe Effektsärken: BDI = 0.86, DAQ = 0.68, SOMS = 0.49, WI = 0.58 - KG Effektsärken: BDI = 1.03, DAQ = 0.73, SOMS = 0.52, WI = 0.49 •CABAH: Ausmass der behandlungsgebundenen Verbesserungen geringer, jedoch im Follow-up stabiler als alle anderen Werte (Effektsärke = 0.30 für SFD-Gruppe; 0.35 für KG)	Kosten: •Kosten 2 Jahre vor Behandlung (gesamte Gesundheitspflegekosten) für gesamte Stichprobe: - Ambulante Behandlungen: M = € 1'727 ± 1'873 (30% der Gesamtausgaben) - Stationäre Behandlungen: M = € 2'527 ± 4'951 (44% der Gesamtausgaben) - Ambulante Zahnbehandlungen: M = € 396 ± 670 (7% der Gesamtausgaben) - Verschiedene Medikamente: M = € 566 ± 765 (9% der Gesamtausgaben) - Andere gesundheitsgebundene Dienstleistungen: M = € 513 ± 6'624 •Kosten für ambulante Therapie im Vergleich zu durchschnittlichen Kosten im deutschen Gesundheitswesen 2.5 x so hoch, für stationäre Behandlung 1.8 x so hoch, für Zahnbehandlung, Medizin und andere gesundheitsgebundene Dienstleistungen etwa gleich •SFD Patienten 2 Jahre vor Behandlung signifikant höhere stationäre und ähnliche ambulante Kosten wie KG	Kosten-Effektivität: •Totale Einsparungen pro Patient mit Somatoformer Störung (SFD) = € 8'182 (- 34.8%) •Totale Einsparungen pro Patient der KG = € 6'283 (- 30.9%) •Spitalaufenthaltskosten um € 800 höher für Patient mit SFD als für KG (Grund: längerer Spitalaufenthalt) Cost-offset: •SFD Patienten: Einsparungen um € 857 höher als Behandlungskosten •KG: Einsparungen um € 615 höher als Behandlungskosten ↑ Verhältnis Kosten/ Einsparung = 1:1.12 für SFD Patienten und 1:0.96 für KG Analyse für Patienten mit aussergewöhnlich hohen Gesundheitsvorsorgekosten (> \$ 5'000): •SFD-Patienten (n=42): Totale Kostenreduktion um 63.9% von \$ 50'370 auf \$ 18'196 •KG (n=26): Totale Kostenreduktion um 61.1% von \$ 42'458 auf \$ 16'319 ↑ Einsparungen substanzial höher als die Kosten, Verhältnis Kosten/Einsparungen = 1:4.5	•Keine Randomisierung

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

		<p>Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurz vor Entlassung • Follow-up nach 2 Jahren 		<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Behandlungskosten: <ul style="list-style-type: none"> - SFD-Gruppe: Reduktion von € 1'558 auf € 1'176 (-24.5%) - Subgruppe SD-Patienten: Reduktion von € 2'220 auf € 1'228 (-44.7%) - Subgruppe SSI-8 Patienten: relativ geringe Kosten vor Behandlung die etwa gleich geblieben sind (€ 1'043 bzw. € 1'118) • Stationäre Behandlungskosten: <ul style="list-style-type: none"> - SFD-Gruppe: Reduktion von € 2'990 auf € 1'892 (-36.7%) - Subgruppe SD-Patienten: Reduktion um 35.3% - Subgruppe SSI-8 Patienten: Reduktion um 43.00% - KG: Reduktion von € 1'779 auf € 1'282 (-27.9%) <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsunfähigkeitstage: Signifikante Reduktion von 121.3 ± 158.3 Tage vor Behandlung auf 89.2 ± 98.8 Tage nach Behandlung (-26.5%) 	<p>für SFD Patienten und 1:4.0 für KG</p> <p>Zusammenhang zwischen psychologischen und Kostenmessungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Korrelationen zwischen totalen Kostenveränderungen und Veränderungen des SOMS ($r=.15$), des WI ($r=-.20$) und des BDI ($r=-.22$) • Signifikante Korrelation der Reduktion von Arbeitsausfalltagen mit Veränderungen des SOMS ($r=.20$), des WI ($r=-.27$), des BDI ($r=-.19$) und des CABAH ($r=-.27$) 	
--	--	--	--	---	--	--

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme, Psycho-somatische Störungen und gemischte Gruppe	Goossens, M.E.J.B., Ruitten-van Mülken, M.P.M.H., Kolen-Snijders, A.M.J., Vlaeyen, J.W.S., van Breukelen, G., & Leidl, R. (1998). Health economic assessment of behavioural rehabilitation in chronic low back pain: a randomised clinical trial. <i>Health Economics</i> , 7, 39-51.	3 Gruppen: •Operantes Programm + kognitives Relaxationsprogramm (OPCON; 12 Sitzungen à 90 Minuten; n = 59) •Operantes Programm + Gruppendiskussionen (OPDIM; 12 Sitzungen à 90 Minuten; n = 58) •Warteliste: 8 Wochen Wartezeit, danach gewöhnliche individuell angepasste Rehabilitation (USUAL; n = 31)	Stichprobe: •N = 148 (64% Frauen) •Alter: M = 39,8 Jahre •Diagnose: Schmerzen im Kreuz (seit über 6 Monaten) •Land: Niederlande Methode: •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektiv Messzeitpunkte: •2 Wochen vor Therapiebeginn •Therapiebeginn •Therapieende •Follow-up nach 6 und 12 Monaten (nur OPCON und OPDIM)	Selbstbeurteilung: •The Maastricht Utility Measurement Questionnaire •Global assessment of change Ökonomische Masse: •Direkte Kosten der Gesundheitsvorsorge •Behandlungskosten •Veränderung in der Nutzung medizinischer Versorgung (inkl. Kosten zusätzlicher Therapien, Medikamente, Hospitalisierung, Arztbesuche) •Direkte nicht-medizinische Kosten •Indirekte Kosten: Arbeitsausfall	•Unmittelbar nach Behandlung bewerteten OPCON und OPDIM Patienten ihren Gesundheitszustand signifikant besser als USUAL Patienten •Alle 3 Gruppen zeigten Verbesserungen, keine Gruppenunterschiede •Keine Gruppenunterschiede bezüglich der Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen im Folgejahr nach Behandlung •Drop-out Rate = 27,7% über gesamte Erhebungsperiode	Kosten: •Behandlungskosten pro Patient: - OPCON: \$ 9'196 - OPDIM: \$ 8'607 - USUAL: \$ 8'795 ± 1'014,45 •Total der direkten Gesundheitsfürsorgekosten: - OPCON: \$ 1'088 ± 1'812 - OPDIM: \$ 575 ± 695 - USUAL: \$ 651 ± 848 •Total der direkten nicht-gesundheitsgebundenen Kosten: - OPCON: \$ 2'316 ± 3'691 - OPDIM: \$ 1'544 ± 1'636 - USUAL: \$ 1'641 ± 1'621 ↑ Kein signifikanter Gruppenunterschied •Indirekte Kosten: - OPCON: \$ 6'522 ± 17'387 - OPDIM: \$ 5'938 ± 16'172 - USUAL: \$ 8'213 ± 17'394 ↑ Kein signifikanter Gruppenunterschied Nutzen: •Kein signifikanter Gruppenunterschied in der Nutzung von Gesundheitsdiensten im Jahr nach Behandlung	•Hinzufügen einer kognitiven Komponente zu einer operanten Behandlung (OPCON) führt weder zu signifikanten Kostenunterschieden noch zur Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu Operanter Behandlung alleine (OPDIM) •Im Vergleich zu gewöhnlicher individueller Rehabilitationstherapie (USUAL) können mit einem kürzeren, standardisierten Gruppenprogramm die gleichen Effekte mit den gleichen oder geringeren Kosten erreicht werden •Operante Behandlung alleine (OPDIM) ist effektiver als keine Behandlung	•Generalisierbarkeit der Stichprobe fraglich (chronische schwere Rückenschmerzen über durchschnittlich 10 Jahre)

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme, Psycho-somatische Störungen und gemischte Gruppe	Goossens, M.E.J.B., Ruitten-van Mülken, M.P.M.H., Leidl, R.M., Bos, S.G.P.M., Vlaeyen, J.W.S., & Teeken-Gruben, N.J.G. (1996). Cognitive-Educational Treatment of Fibromyalgia: A Randomized Clinical Trial II. Economic Evaluation. <i>The Journal of Rheumatology</i> , 23, 1246-1254.	3 Gruppen: •Edukative kognitive Intervention (EKI; n = 49) •Edukative Diskussions Intervention (EDI; n = 39) •Warteliste (= Kontrollgruppe (KG); n = 43) •Ambulante Gruppentherapie bestehend aus einem 6-wöchigen Programm mit 12 halbtägigen Behandlungssitzungen	Stichprobe: •N = 131 (88% Frauen) •Alter: 18-65 Jahre •Diagnose: Fibromyalgie (FM) nach den American College Rheumatology Kriterien •Mittlere Dauer der Schmerzen = 10 Jahre •Land: Niederlande Methode: •Randomisiert •Kontrolliert •Prospektiv Messzeitpunkte: •2 Wochen vor Therapiebeginn •Therapiebeginn •Therapieende •Follow-ups nach 6 und 12 Monaten	5 primäre Masse: •Schmerzkontrolle •Schmerz-Coping •Wissen •Anspannung •Entspannung 4 sekundäre Masse: •Katastrophisierung •Intensität des Schmerzes •Schmerzverhalten •Aktivitäten 3 affektive Masse: •Angst •Depression •Zwangsstörung •Maastricht Utility Measurement Questionnaire •Keine Gruppenunterschiede ausser bei Skala "Freizeitaktivitäten", die signifikant besser für die EKI-Gruppe ist im Vergleich zur Warteliste. - Bereich „self-care“ begünstigt die EDI-Gruppe im Vergleich zur Warteliste Ökonomische Masse: •Direkte Gesundheitsvorsorgekosten •Nicht gesund-	Bei Therapieerfolg signifikanter Gruppenunterschied bezüglich Utilities: - Signifikant grössere Verbesserung in EDI-Gruppe als bei Warteliste - Keine signifikanten Unterschieden in irgendeiner Rating-Skala oder standard gamble utilities zwischen EKI und EDI unmittelbar nach Behandlung, oder im 6- und 12-Monats Follow-up •Maastricht Utility Measurement Questionnaire: - Keine Gruppenunterschiede ausser bei Skala "Freizeitaktivitäten", die signifikant besser für die EKI-Gruppe ist im Vergleich zur Warteliste. - Bereich „self-care“ begünstigt die EDI-Gruppe im Vergleich zur Warteliste •Keine Angaben	Kosten: •Direkte Kosten im Gesundheitswesen: - Behandlungskosten für EKI und EDI = \$ 980 pro Patient - Alle Kategorien zeigen höhere Kosten für EKI im Vergleich zu EDI (signifikant waren u.a. Kontakte zu Physiotherapeuten und alternativer Medizin) •Durchschnittliche totale direkte Kosten (inkl. Programmkosten) pro Jahr für einen Patienten: - EKI: US \$ 4'260 ± 6'510 - EDI: US \$ 2'637 ± 4'649 ↑ für EKI um \$ 1623 signifikant höher als für EDI •Direkte Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens signifikant niedriger für EDI (Berechnung pro Patienten-Jahr) •Kein signifikanter Gruppenunterschied in den indirekten Kosten: - EKI = US \$ 6'379 ± 15'569 - EDI = US \$ 5'817 ± 14'303 Nutzen: Keine Angaben	Kosten-Nutzwert: •Basierend auf den Ergebnissen der Rating-Skalen führt die EDI-Behandlung einen Gewinn von 0.027 QALY pro Patient und Jahr im Vergleich zur EKI-Behandlung (statistisch nicht signifikant) •Standard gamble utility Messungen zeigten, dass die EDI-Behandlung im Vergleich zur EKI-Behandlung einen Gewinn von 0.022 QALY bringt	•Nicht-medizinische Kosten basieren auf Angaben der Patienten (ungenau) •Methodologische Probleme bei „utility“-Messungen (Grosser Unterschied zwischen Rating-Scale und standard gamble Methode) •Kein Vergleich mit Standardbehandlung

Originalarbeiten zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Therapieform	Stichprobe_Methode	Instrumente	Therapieerfolg	Kosten & Nutzen	Verhältnis	Kritik/Einschränkungen
Somatoforme Psycho-somatische Störungen und gemischte Gruppe	Nübling, R., Puttendörfer, J., Wittmann, W.W., Schmidt, J., & Wittich, A. (1995). Evaluation psychosomatischer Heilverfahren - Ergebnisse einer Katamnese-studie. <i>Rehabilitation</i> , 34, 74-80.	Programmevaluation der psychosomatischen Klinik Reimerzau/ Alpirsbach	<p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> •N = 560 (57% Frauen) •Alter: M = 41.4 ± 10.2 Jahre •Diagnose: Psychosomatische Erkrankun-lichkeiten (7.5%), Persönlichkeitsstörungen (5.4%), funktionelle Störungen (18.4%), psychogene Reaktio-nen (18.6%) und Neurosen (40.5%) •Land: Deutschland <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Korrelativ-naturalistischer Be-handlungsansatz •Nicht randomisiert •Nicht kontrolliert •Prospektiv <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Bei Aufnahme •Bei Entlassung •Follow-up nach 1 Jahr (N = 401) 	<p>Selbst- und Fremdbeurteilungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Vorwiegend spezielle selbst-entwickelte Fragebogen •Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI-R) •Giessen-Test <p>Ökonomische Masse:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Anzahl Arztbe-suche •Arbeitsunfähig-keitsstage •Krankenhausta-ge •Einnahme von Medikamenten gegen Ängste und Depressionen 	<p>Beurteilung der Beschwerden:</p> <ul style="list-style-type: none"> •27.4% der Patien-ten stark gebes-sert •38.0% etwas gebessert •24.7% unverän-dert •5.8% etwas verschlechtert •4% stark ver-schlechtert <p>Zufriedenheit mit Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> •20.6% der Patien-ten sehr zufrieden •58.8% zufrieden •5.5% unzufrieden •2.0% sehr unzu-frieden <p>Subjektive Beur-teilung der Leis-tungsfähigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> •19.6% der Patien-ten viel besser •33.7% etwas besser •30% unverändert •8.4% etwas schlechter •6.4% viel schlech-ter 	<p>Kosten:</p> <p>Keine Angaben</p> <p>Nutzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Reduktion der Anzahl Arztbesuche: - Deutliche Reduktion in der Kategorie zwischen 11 und 40 Arztbesuchen -Keine nennenswerten Veränderungen im Be-reich über 40 Arztbesu-chen -Zunahmen in Kategorien 1-5 bzw. 6-10 Arztbesu-chen - Nicht-parametrischer Vorzeichentest: Globaler Reduktionseffekt - 32.2% der katamnestisch befragten Patienten haben ambulante Psychotherapie weitergeführt •Arbeitsunfähigkeit/ Krank-schreibungstage: - Anteil der Patienten, die im Jahr nach Therapie nie arbeitsunfähig waren lag nach Behandlung mehr als doppelt so hoch wie vor Behandlung ↑ hoch-signifikante Veränderung - Krankenhaustage: 68% der Patienten sind im Jahr vor Therapie nie im Krankenhaus gewesen; im Jahr nach Therapie fast 85% der Patienten •Medikamenteneinnahme: - 36.6% der Patienten ha-ben im Jahr vor Behand-lung keine Medikamente 	<p>Keine Angaben</p>	

3.2 Reviews

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung & Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Abhängigkeits- und Essstörungen	Avenell, A., Broom, J., Brown, J.J., Poobalan, A., Aucott, L., Stearns, S.C., Smith, W.C.S., Jung, R.T., Campbell, M.K., & Grant, A.M. (2004). Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. <i>Health Technology Assessment</i> , 8(21), 1-194.	Systematisches Review Suche in elektronischen Datenbanken: NHS Economic Evaluation Database, MEDLINE (1966-2002), EMBASE (1980-2002), PsycINFO (1967-2002), Science and Social Citation Indexes (1981-2002), Applied Social Science Index and Abstracts (1987-2002), Health Management Information Database 19 randomisierte, kontrollierte Studien eingeschlossen, die Behandlungen für Adipositas in Bezug auf Gesundheitskosten und Effektivität untersuchten und in Englisch publiziert wurden: 4 systematische Reviews ökonomischer Evaluationen, 6 Kosten-Nützlichkeitsstudien, 8 Kosteneffektivitätsstudien, 1 Kosten-Minimierungsstudie	Störung: • Adipositas Therapieformen: • Medikamentöse Intervention (Orlistat, Sibutramine, Metformin) • Lifestyle Interventionen (Diäten, Sport, Verhaltenstherapie) • Chirurgische Eingriffe	Medikamentöse Interventionen: • Orlistat: - Gewichtsverlust nach 2 Jahren = - 3.26 kg - Positive Veränderung von Risikofaktoren für mit Übergewicht assoziierte Krankheiten • Sibutramine: - Gewichtsverlust = -3.4 kg in 18 Monaten für Personen mit einer gewichtsaufrechterhaltenden Diät - Positive Veränderungen von Risikofaktoren für mit Übergewicht assoziierte Krankheiten • Metformin: - Nach 10 Jahren Verringerung von Morbidität und Mortalität in Folge eines Myokard-Infarkts Lifestyle Interventionen: • 1 Studie: Zum Ende des 18-Monats Follow-up hatten Patienten die zuvor abgenommenen Kilos wieder zugenommen. Kombinierte Diät-Exercisetherapie zeigte marginal signifikante Verbesserung in HbA1c Levels. Gruppen mit Diät + Verhaltenstherapie und mit kombinierter Therapie zeigten signifikante massivere Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zur Gruppe mit nur Diät • 1 Studie: Bei Familientherapie ist Gewichtsabnahme nach 2 Jahren grösser als bei Einzeltherapie • 1 Studie: Diät mit geringer Fettaufnahme resultierte in kontinuierlicher Gewichtsabnahme auch nach 3 Jahren sowie in Verbesserung von Risikofaktoren, in der Prävention von Typ 2 Diabetes und in verbesserter Kontrolle von Bluthochdruck • Zusätzliche körperliche Übungen oder	Keine Angaben	Medikamente und chirurgische Eingriffe: • Medikamentöse oder operative Behandlung von Individuen mit hohem Risiko für mit Adipositas assoziierte Krankheiten resultierte in Kosten von \$ 13'000 pro zusätzlichem Quality-adjusted life-year (QALY) • Bei sehr adipösen Personen mit Glucose Intoleranz sind Operationen etwas kosten-effektiver: \$ 2'329 pro zusätzlichem QALY Lifestyle Interventionen: • Geschätzte jährliche Verbesserung der Diät-Exercisetherapie Gruppe = 0.092 QALYS, was in Kosten von \$ 10'870 pro zusätzlichem Lebensjahr resultierte • Segal et al. (1998): Durch Operationen wurden bei sehr adipösen Personen am meisten Lebensjahre gewonnen, dies jedoch mit der höchsten inkrementellen Kosten-Effektivitäts Ratio von \$ 4'600 pro Person mit schlechter Glucosetoleranz. Individuelle Diät + Verhaltenstherapie sowie Beratung	Einschränkungen: • Stichprobengröße ungenügend, fehlende Follow-ups, wenig Daten zur Lebensqualität ↑ Achtung bei Interpretation der Resultate Fazit: • Orlistat, Metformin und Sibutramine scheinen für die Behandlung von Adipositas wirksam zu sein • Körperliche Übungen und/oder Verhaltenstherapie zusätzlich zu Diät scheinen Gewichtsabnahme zu verbessern • Fettreduzierte Diät + körperliche Übungen mit/ohne Verhaltenstherapie ist mit Prävention von Typ 2 Diabetes und Bluthochdruck assoziiert • Fettreduzierte Diäten + körperliche Übungen sind bei Patienten mit Risiko für mit Adipositas assoziierte Krankheiten hinsichtlich der Kosten mit Medikamenten

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

			<p>Verhaltenstherapie verbesserten Wirkung von Diäten</p>	<p>vom Hausarzt resultierten je nach Risikostatus der Patienten in Kosten von \$ 1'000 - 2'600 pro zusätzlichem Lebensjahr</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salkeld et al. (1997): Kosten pro zusätzlichem QALY für Risiko-Population, die mit Video und Selbsthilfe therapiert wurde = \$ 152'128 • Bei Lifestyle Interventionen ist Kosten-Effektivität relativ schlecht, wenn Interventionen nicht an Individuen mit hohem Risiko für Entwicklung von aus Übergewicht folgenden, schlimmeren Krankheiten ausgerichtet sind und das Verhalten nicht über die Zeit aufrechterhalten wird <p>↑ Nur bei 2 Studien Kosteneinsparung sichtbar: Bei sehr adipösen Patienten behandelt mit Very Low Calorie Diet + Individueller Therapie und bei Patienten mit Typ 2 Diabetes behandelt mit Metformin</p>	<p>kamenten vergleichbar</p>
--	--	--	---	---	------------------------------

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung & Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Kalntenthaler, E., Shackley, P., Stevens, K., Beverley, C., Parry, G., & Chilcott, J. (2002). A systematic review and economic evaluation of computerised cognitive behavior therapy for depression and anxiety. <i>Health Technology Assessment, 6</i> (22), 1-89.	Systematisches Review: Studien, die computerisierte Kognitive Verhaltenstherapie (CKVT) alleine oder als Teil einer Behandlung untersuchten	Störung: • Affektive Störungen • Angst- oder Panikstörungen Therapieformen: • Computerisierte Kognitive Verhaltenstherapie (CKVT) • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • Gewöhnliche Behandlung • Bibliothotherapie	Computerisierte Kognitive Verhaltenstherapie (CKVT) vs. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): • 5 von 11 randomisierten, kontrollierten Studien und 4 von 5 Pilotstudien zeigten, dass CKVT in stationärer oder ambulanter Behandlung ebenso effektiv ist wie KVT • 1 Studie: KVT ist effektiver als CKVT CKVT vs. Gewöhnliche Behandlung: • 4 von 16 Studien zeigten limitierte Beweise dafür, dass CKVT effektiver ist als gewöhnliche Behandlung • 1 Studie: Kein signifikanter Gruppenunterschied vorhanden CKVT vs. Bibliothotherapie: • 2 Studien mit heterogenen Ergebnissen: CKVT ist gleich oder weniger effektiv als Bibliothotherapie In allen 16 Studien: Keine Angaben zu Behandlungserfolgen und Lebensqualität	4 von 16 Studien berichteten, dass CKVT die Therapeutenzeit reduzierte. Die restlichen Studien gaben diesbezüglich keine oder nur ungenügende Auskunft Modell-Schätzungen aufgrund der Aussagen der 4 Sponsor Submissions: Beating the Blues: • Jährliche totale Behandlungskosten für Behandlung durch Krankenschwester = \$ 25'192.8, für Behandlung durch Assistenzpsychologen = \$ 21'691.2 • Kosten pro Patient bei Behandlung durch Krankenschwester = \$ 134.72, bei Assistenzpsychologe = \$ 116 Stresspac: • Totale Behandlungskosten pro Patient = \$ 18'901.8 • Kosten pro Patient = \$ 25.2 FearFighter: • Totale Behandlungskosten pro Patient = \$ 22'574 • Kosten pro Patient = \$ 120.7	Keine Studien mit ökonomischen Analysen über CKVT vorhanden, nur die 4 Sponsor Submissions machen Angaben dazu: • CKVT mit Stresspac kostet \$ 26 - \$ 40 zusätzlich zu KVT, ist im klinischen Erfolg aber nicht besser als gewöhnliche Behandlung • Cope: CKVT kostet pro Patient weniger als KVT oder Pharmakotherapie • FearFighter: CKVT kostet pro Patient weniger als KVT oder Pharmakotherapie • Beating the Blues: CKVT im Vergleich zu gewöhnlicher Behandlung für Angst- und Affektive Störungen am kosten-effektivsten • Calipso: Daten nicht ausreichend um Schlussfolgerungen betreffend Effektivität von CKVT zu ziehen • Bennett et al. (2000): Inkrementelle Kosten-Effektivität von Beating the Blues im Vergleich zu gewöhnlicher Behandlung liegt zwischen \$ 1209.68 und \$ 7'692.30 pro QALY • Ricki & Wood (1998): Inkrementelle Kosten-Effektivität von Beating the Blues liegt zwischen	Fazit: • Von 16 Studien waren 11 randomisierte und kontrollierte Studien von schlechter bis mittlerer Qualität • Es gibt gewisse Evidenz, dass CKVT gleich effektiv ist wie KVT und besser als gewöhnliche Behandlung und dass Therapeutenzeit verringert wird Einschränkungen: • Aufgrund mangelnder Daten konnten die inkrementellen Kosten-Ratios der unterschiedlichen Programme nicht berechnet und miteinander verglichen werden

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

		gow (Stresspac), ST Solutions (Fear-Fighter und Cope)				\$ 3'000 und \$ 6'667 pro gewonnenem QALY	
--	--	---	--	--	--	---	--

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung & Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Antonuccio, D.O., Thomas, M., & Danton, W.G. (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression. <i>Behavior Therapy</i> , 28, 187-210.	Keine Angaben	<p>Störung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unipolare Depression <p>Therapieformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • Kognitive Therapie (KT) • Pharmakotherapie (Fluoxetine = SSRI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zahlreiche Studien zeigen, dass Kognitive Therapie (KT) und Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) effektiver sind als Antidepressiva • Andere Studien zeigen, dass KT und KVT alleine ebenso effektiv sind wie Antidepressiva oder Antidepressiva + KT oder Antidepressiva + KVT • KT und KVT tragen zur Effektivität von Standardbehandlung mit Antidepressiva bei • Während Follow-ups sind Antidepressiva weniger effektiv als KVT • Antidepressiva sind effektiver bei endogener, schwerer und chronischer Depression sowie stationärer Behandlung • Mehrere Metaanalysen zeigten, dass Psychotherapie mindestens ebenso effektiv ist wie Psychopharmakotherapie 	<p>Kosten:</p> <p>Auf Basis der Review-Artikel wurde Kostenmodell über 2 Jahre aufgestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Totale Behandlungskosten: - KVT = \$ 23'696 - Fluoxetine = \$ 30'733 - KVT + Fluoxetine = \$ 31'245 <p>↑ Behandlung mit Antidepressiva kostet 30% mehr als KVT, kombinierte Behandlung 32% mehr</p> <ul style="list-style-type: none"> • Totale Behandlungskosten von Einzelbehandlung: - KVT = \$ 23'696 - Fluoxetine = \$ 30'733 - KVT + Fluoxetine = \$ 31'245 <p>• Totale Behandlungskosten mit Gruppenbehandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KVT = \$ 27'892 - Fluoxetine = \$ 37'017 - KVT + Fluoxetine = \$ 34'337 <p>↑ 2% Kostenreduktion bei Gruppen-KVT im Vergleich zu Einzel-KVT</p>	Keine Angaben	<p>Fazit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • KVT ist am kosteneffektivsten, gefolgt von kombinierter Behandlung und Fluoxetine • Daten zeigen, dass KVT die erste Wahl in der Behandlung von unipolarer Depression sein sollte, falls die Behandlung fehlschlägt, kann sie mit Fluoxetine oder einem anderen SSRI kombiniert werden • Fluoxetine alleine ist nicht so kosteneffektiv wie KVT Einzeln oder in Gruppen und sollte mit KVT kombiniert werden

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung & Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Bower, P., Rowland, N., Mellor, C.J., Heywood, P., Godfrey, C., & Hardy, R. (2002). Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1</i>	Systematisches Review Suche in CCDAN Register für RCTs und CCTs, sowie Handsuche in spezialisierten Journals und Datenbanken: MEDLINE, EMBASE, PSYCLIT, CINAHL, the Cochrane Controlled Trials Register 6 Studien eingeschlossen, alle randomisiert und kontrolliert	Störung: • Emotionale Probleme, Angst, Depression und Beeinträchtigungen Therapieformen: • Beratung in Einzel-sitzungen (nicht-direktiv, psychodynamisch oder kognitiv-verhaltenstherapeutisch) • Gewöhnliche Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> Alle 6 Studien verglichen Beratung mit gewöhnlicher Behandlung und berichteten kurzzeitige Ergebnisse. Patienten mit Beratung zeigten signifikant tiefere Werte in psychologischen Symptomen als Patienten mit gewöhnlicher Behandlung. Die Überlegenheit von Beratung stieg an, als eine Studie mit chronisch kranken Patienten ausgeschlossen wurde 1 Studie mit chronisch kranken Patienten: Beratung ist nicht effektiver als gewöhnliche Behandlung 4 Studien berichteten Langzeitergebnisse und verglichen Beratung mit gewöhnlicher Behandlung: Patienten mit Beratung unterschieden sich in den psychologischen Symptomwerten nicht von Patienten mit gewöhnlicher Behandlung 1 Studie, die Beratung mit vom Hausarzt verordneter Antidepressiva-Therapie verglich, fand weder kurz- noch langfristig einen Gruppenunterschied hinsichtlich Effektivität 1 Studie, die Beratung mit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapie verglich, fand keine Gruppenunterschiede hinsichtlich Effektivität 3 Studien untersuchten soziales Funktionieren und fanden keinen Unterschied zwischen Patienten mit Beratung oder gewöhnlicher Behandlung 	<p>Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Harvey (1998): Direkte Kosten: <ul style="list-style-type: none"> Beratung = \$ 67.09 Gewöhnliche Behandlung = \$ 57.87 Friedli (1997): Signifikanter Unterschied in totalen direkten Kosten 3 Monate nach Studienbeginn: <ul style="list-style-type: none"> Beratung = \$ 207.94 Gewöhnliche Behandlung = \$ 192.15 Kein signifikanter Unterschied in totalen indirekten Kosten: <ul style="list-style-type: none"> Beratung = \$ 352.14 Gewöhnliche Behandlung = \$ 220.65 Kein signifikanter Unterschied in totalen Kosten 9 Monate nach Behandlungsbeginn: <ul style="list-style-type: none"> Beratung = \$ 308.63 Gewöhnliche Behandlung = \$ 474.30 Kein signifikanter Unterschied in totalen indirekten Kosten nach 9 Monaten: <ul style="list-style-type: none"> Beratung = \$ 808.7 Gewöhnliche Behandlung = \$ 468.5 King (2000): Direkte Kosten nach 4 Monaten: <ul style="list-style-type: none"> Beratung = \$ 257.5 ± 356.7 Kognitive Verhaltenstherapie = \$ 215.5 ± 	<p>Kosteneffektivität</p> <ul style="list-style-type: none"> King (2000): Beratung und kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie effektiver als gewöhnliche Behandlung, zudem kein Kostenunterschied ↑ grössere Kosten-Effektivität Nach 12 Monaten kein Kostenunterschied und alle Behandlungen gleich wirksam Simpson (2000): Die signifikant höheren Kosten der Beratung in den ersten 6 Monaten wurden aufgrund fehlender signifikanter Kostenreduktion im Zeitraum 6-12 Monate nicht wieder gutgemacht ↑ kein Cost-offset Die übrigen Studien haben aufgrund fehlender Gruppenunterschiede in den Kosten keine Kosten-Effektivität berechnet 	<p>Fazit oder Einschränkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Beratung ist signifikant effektiver in kurzzeitiger Reduktion von psychologischen Symptomen, scheint jedoch langfristig keinen zusätzlichen Gewinn zu bringen Einschränkung: <ul style="list-style-type: none"> Die Ergebnisse dieses Reviews sind nur auf ähnliche Patienten und Berater generalisierbar

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung & Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Schulberg, H. C., Raue, P. J., & Rollman, B. L. (2002). The effectiveness of psychotherapy in treating depressive disorders in primary care practice: clinical and cost perspectives. <i>General Hospital Psychiatry</i> , 24, 203-212.	Systematisches Review Suche in MEDLINE (1980-2000) Einschlusskriterien: • Diagnose mittels strukturiertem Interview und DSM-IV • Behandlung mit depressions-spezifischer Psychotherapie • 12 Studien zur Grundversorgung eingeschlossen	Störung: • Major Depression • Minor Depression • Dysthymie Therapieformen: • Kognitive Therapie (KT) • Verhaltenstherapie (KVT) Einzeln oder in Gruppen • Interpersonale Psychotherapie (IPT) • Problemlösetraining (PT) vs. • Gewöhnliche Behandlung vom Hausarzt • Psychopharmaka	• 2 Studien: Kognitive Therapie (KT) nicht effektiver als gewöhnliche Behandlung durch Hausarzt • 4 Studien: Behandlungsergebnisse signifikant besser für Psychotherapien (KVT, PT und IPT) als für gewöhnliche Behandlung • 5 Studien: Psychotherapien oder Pharmakotherapie unterscheiden sich nicht im Ausmass der Verbesserung • 1 Studie: IPT ist ebenso effektiv wie Antidepressiva, dies sogar bei schwerer Depression • Effektivitäten für Behandlung von Major Depression mit Psychotherapie liegen zwischen 1.66 - 2.36 • Effektivität von Psychotherapie bei Minor Depression oder Dysthymie im Vergleich zu gewöhnlicher Behandlung fragwürdig	Keine Angaben	3 Studien zu Kosteneffektivität: • Scott & Freeman (1992): KVT und Beratung sind teurer als gewöhnliche Behandlung durch den Hausarzt. KVT und gewöhnliche Behandlung durch den Hausarzt sind gleich effektiv • Beratung ist weniger effektiv als gewöhnliche Behandlung • Lave et al. (1998): IPT ist signifikant teurer als gewöhnliche Behandlung • durch den Hausarzt, jedoch auch signifikant bessere Ergebnisse • Von Korff et al. (1998): Psychotherapie in Gruppen für Patienten mit Major Depression effektiver und kosteneffektiver als gewöhnliche Grundversorgung durch einen Arzt • Für Patienten mit Minor Depression ist Psychotherapie in Gruppen teurer und nicht effektiver	Fazit: • Kosteneffektivität von qualifizierter Psychotherapie bleibt unklar • Für Patienten mit Major Depression erreicht Psychotherapie in der Grundversorgung zwar bessere klinische Ergebnisse als gewöhnliche Behandlung, ist jedoch teurer • Jüngere Studien weisen darauf hin, dass die höheren Kosten durch die grössere Effektivität gerechtfertigt sein könnten

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung & Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Churchill, R., Hunot, V., Comey, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., & Wessley, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. <i>Health Technology Assessment</i> , 5(35), 1-173.	Systematisches Review Suche in elektronischen Datenbanken (MEDLINE, PsycInfo, EMBASE, Science Scisearch and Social Scisearch, The Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Controlled Trials Register), 11 Psychiatrie und Psychologische Journals von Hand durchsucht Publizierte und unpublizierte randomisierte, kontrollierte Studien oder klinische kontrollierte Studien, die unterschiedliche Formen von kurzer Psychotherapie untereinander oder kurze Psychotherapie mit gewöhnlicher Behandlung verglichen 63 Studien eingeschlossen, publiziert in Englisch von 1973 bis 1998	Störung: • Depression Therapieformen: Alle Psychotherapien, die einer expliziten psychologischen Orientierung zuschreibbar sind und 20 Sitzungen oder länger dauern: • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT, alle psychologische Behandlungen, die auf der kognitiven Theorie der Depression basieren, verhaltenstherapeutisches Training sozialer Fertigkeiten, Therapie zur Selbstkontrolle, Problemlöse-Therapie, Lewinsohns „coping with depression“ Kurs) • Verhaltenstherapie (VT) • Interpersonale Therapie (IPT) • Kurze Psychodynamische Therapie (PDT) • Unterstützende Therapie (Supportive Therapy, ST)	Vergleich 1: Alle Varianten von Psychotherapie vs. gewöhnliche Behandlung oder Warteliste: • Bei 9 von 13 Trials: Individuelle Odds Ratio (OR) für Genesung nach Behandlung signifikant grösser für Psychotherapie. 4 Trials: Trend für Psychotherapie vorhanden • Gepoolte OR für Genesung mit Psychotherapie = 3.01 im Vergleich zu gewöhnlicher Behandlung • Je mehr Sitzungen, desto grösser die Verbesserung mit Psychotherapie im Vergleich zu gewöhnlicher Behandlung • 3 von 4 Trials: Kein Gruppenunterschied beim 3-Monats Follow-up Vergleich 2: KVT, KT, VT vs. PDT, IPT, ST: • 6 von 16 Trials: Die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapien bewirken signifikant häufiger Verbesserung • 7 Trials: nur Trend vorhanden, nicht signifikant • Symptome nach Behandlung, Symptomreduktion seit Baseline oder Drop-outs während Behandlung: Keine Gruppenunterschiede Vergleich 3: Einzel- vs. Gruppentherapien: • Patienten mit Einzeltherapie verbessern sich eher, zeigten signifikant weniger Symptome nach Behandlung • Kein Unterschied in Drop-outs Vergleich 4: KVT vs. VT: • Keine Gruppenunterschiede Vergleich 5: KVT, KT, VT vs. Gewöhnliche Behandlung oder Warteliste:	• Von 63 eingeschlossenen Studien haben nur 5 ökonomische Analysen und Kosten-Effektivität angeschaut! • Beträchtliche Variation in Qualität und Fokus der Kostenmasse • Langzeit-Studien sind nötig um Kostenausgleich zu sehen, da Studien aber Follow-up nur über 6 Monate machen ↑ keine Möglichkeit eine Langzeit-Kostenanalyse zu machen, die im Sinne dieses Reviews wäre	• Vergleich 1: 3 Studien: Unter Vorbehalt Unterstützung für bessere Kosten-Effektivität der Psychotherapie • Vergleich 2: Nur begrenzte Daten über ökonomische Aspekte ↑ keine Schlussfolgerungen möglich • Vergleich 3: Nur begrenzte Daten über ökonomische Aspekte ↑ keine Schlussfolgerungen möglich • Vergleich 4: Keine ökonomischen Daten vorhanden • Vergleich 5: Moderate Überlegenheit für Kosten-Effektivität der KVT • Vergleich 6: keine ökonomischen Daten vorhanden • Vergleich 7: Keine ökonomischen Daten • Vergleich 8: Keine ökonomischen Daten • Vergleich 9: Unzureichende Daten ↑ keine Schlussfolgerung • Vergleich 10: Unzureichende Daten • Vergleich 11: Unzureichende Daten • Vergleich 12: Geringe ökonomische Daten zeigen bessere Kosteneffektivität von ST	• Einschränkungen: • Niedrige interne Validität und inadäquate Berichte über verwendete Methoden • Qualität fast aller Studien niedrig • Investigator Bias möglich, da viele Autoren eng mit der evaluierten Therapie verbunden waren • Die meisten Studien hatten kleine Stichproben • Stichproben bestanden aus Freiwilligen, die sich selbst gemeldet hatten, viele davon hatten keine formale Diagnose einer Depression • Weitere Masse wie Lebensqualität nur selten erhoben • Alle 63 Studien in Englisch publiziert, 52 in der USA durchgeführt ↑ Generalisierbarkeit fraglich • Keine genauen Angaben über die Art der Therapien,

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

			<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit einer Variante von KVT signifikant eher Verbesserung, weniger Symptome nach Behandlung und signifikant grössere Symptomreduktion • Patienten, die mit KVT oder einer Variante behandelt wurden, haben bis zum 6 Monats Follow-up weniger Symptome, allerdings nur wenige Daten vorhanden <p>Vergleich 6: KVT, KT, VT vs. IPT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zu geringe Evidenz, scheint jedoch keine Gruppenunterschiede zu geben <p>Vergleich 7: KVT, KT, VT vs. PDT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit KVT signifikant grössere Verbesserung • Keine Gruppenunterschiede in Symptomen nach Behandlung oder Symptomreduktion im Vergleich zu Baseline • Nur wenige Follow-up Daten <p>Vergleich 8: KVT, KT, VT vs. ST:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit KVT signifikant eher Verbesserung und signifikant weniger Symptome nach Behandlung • Kein Unterschied in Symptomreduktion • Nur wenige Follow-up Daten <p>Vergleich 9: IPT vs. ST:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unzureichende Daten ↑ keine Schlussfolgerung <p>Vergleich 10: IPT vs. Gewöhnliche Behandlung oder Warteliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unzureichende Daten <p>Vergleich 11: PDT vs. ST:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unzureichende Daten <p>Vergleich 12: ST vs. Gewöhnliche Behandlung oder Warteliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit ST signifikant eher Ver- 		kein Manual vorhanden und nicht standardisiert
--	--	--	---	--	--

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung & Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Cavanagh, K., & Shapiro, D.A. (2004). Computer treatment for common mental health problems. <i>J Clin Psychol</i> , 60, 239-251.	Kürzlich publizierte Studien Keine genauen Angaben	Störung: • Angst • Depression Therapieformen: • Computerisierte Behandlung • Gewöhnliche Behandlung • Warteliste	<ul style="list-style-type: none"> • Computerisierte Behandlungen für Klienten mit gewöhnlichen psychischen Problemen akzeptierbar, wenig Drop-outs und im Allgemeinen gute Ergebnisse. Deshalb sind sie ein wertvolles Werkzeug für ambulante und stationäre Patienten • Systematisches Review von computerisierter Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) für Angst und Depression (Kaltenthaler et al.): 16 Studien. Qualität der Evidenz schlecht bis mittel, computerisierte KVT kann für Behandlung von Angst, Depression und Phobien effektiv sein • Metaanalyse von 5 Studien: Grosse prä/post Effektstärken für computerisierte KVT: 1,38 • 2 Studien: Computerisierte KVT vs. Face-to-face KVT: Effektstärke = 0.63 zugunsten von Face-to-face Behandlung • 3 Studien: Computerisierte KVT vs. Warteliste oder gewöhnliche Behandlung: Kleine Effektstärke von 0.34 zugunsten von computerisierter KVT 	<p>Kosten</p> <p>3 Arten von Kosten bei computerisierten Behandlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direkte Kosten • Overhead Kosten für Beschaffung und Wartung • Person, die Funktionen der Computer erklärt, überwacht etc. <p>Keine weiteren Angaben</p>	<p>Kosten-Effektivität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur wenige Therapiestudien betrachten Kosteneffektivität • Mögliche Kosteneinsparungen bei computerisierter Behandlung durch effizienteren Gebrauch von Therapeutenressourcen auf individuellem Level, Dienstleistungs- und Populationslevel • Kurz- und längerfristige Aufwägung von Kosten des Gesundheits- und Sozialwesens • Cost-offsets für das Individuum, den Arbeitgeber und gesellschaftliche Krankheitskosten • Frühe Studien zeigen, dass die Behandlungserfolge von computerisierter Behandlung mit denen konventioneller KVT vergleichbar sind, wobei der Zeitaufwand eines Therapeuten beträchtlich sinkt • Newman et al. (1997): Palm-top KVT Behandlung für Panik spart \$ 540 pro Behandlung bei gleichen Erfolgen wie gewöhnliche KVT • Virtuell reale Therapien können Gelegenheit sein um die Kosten von Therapeuten-begleiteter Exposition zu reduzieren • McCrone et al. (in press): 	<p>Fazit oder Einschränkungen</p> <p>Fazit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die meisten der publizierten Studien deuten darauf hin, dass diese junge Therapieform ein akzeptierbares Therapeutenspezifisches computerisiertes TherapiefORMAT ist, Zugang zu effektiven Therapien für Patienten mit Angststörungen oder Depressionen erhöht, deren Symptome und Probleme reduziert sowie das Funktionieren und das Wohlbefinden verbessert und auch die Kosten reduzieren hilft

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung & Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Rayburn, N. R., & Otto, M.W. (2003). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: A review of treatment elements, strategies and outcomes. <i>CNS Spectr.</i> , 8(5), 356-362.	Keine Angaben	<p>Störung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Panikstörung <p>Therapieformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (12-15 Sitzungen, Einzel- oder Gruppentherapie) • Pharmakotherapie mittels Antidepressiva 	<p>Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raten für Panikfreiheit nach Kurzzeitbehandlung = 74-85% • Raten für Erreichung eines remissionsfreien Zustands = 50-70% <p>KVT vs. Pharmakotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7 Studien: Effektstärken für KVT sind denen von Antidepressiva oder Benzodiazepinen überlegen • Konservative Annahme: Während der akuten Behandlungsphase etwa gleich effektiv • Signifikanter Unterschied in Langzeitergebnis: Nach Absetzen von Psychopharmaka Rückfallraten von 54-70%, nach Ende von KVT bleiben bis 80% der Patienten über 1-2 Jahre panikfrei • Gould et al. (1995): Drop-out Raten: <ul style="list-style-type: none"> - KVT: 5,6% - Benzodiazepine: 13,1% - Antidepressiva: 25,4% - SSRI: 19,9% • 3 Studien: KVT ist für Patienten, die nicht auf Pharmakotherapie ansprechen, eine effektive Alternative • 3 Studien: KVT hilft Patienten, die ihre Psychopharmaka absetzen, Entzugssymptome zu ertragen und weitere Behandlungserfolge zu erzielen 	Keine Angaben	<p>KVT vs. Pharmakotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einzel-KVT ist in den ersten 4 Monaten (akute Behandlung) etwas teurer als Pharmakotherapie • Im Follow-up werden Anfangskosten wieder reingeholt ↑ nach einem Jahr etwa halb so teuer wie Pharmakotherapie • Bei Gruppen-KVT beträgt die Kosteneinsparung relativ zur Pharmakotherapie schon in der akuten Behandlungsphase • Nach einem Jahr ist die Gruppen-KVT etwa 25% billiger als Pharmakotherapie 	Keine Angaben

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung & Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatric Clinical Practice Guidelines Team for Panic Disorder and Agoraphobia (2003). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i> , 37, 641-656.	<p>Artikelsuche in MEDLINE (1966-1999), PsycINFO (1984-1999), EMBASE (1988-1999), Cochrane Library (1966-1999)</p> <p>Eingeschlossen in diese Metaanalyse sind</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metaanalyse von Gould et al (1995) • 137 Studien, davon 58 randomisiert und Placebo kontrolliert • Resultate zweier Metaanalysen, die während dem Reviewprozess des Artikels erschienen 	<p>Störung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Panikstörung und Agoraphobie <p>Therapieformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • Trizyklische Antidepressiva (TCA) • Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRI) • Hoch wirksame Benzodiazepine (BZD) 	<p>Behandlung wird in dieser Metaanalyse dann empfohlen, wenn 3 oder mehr randomisierte, kontrollierte Studien von unterschiedlichen Forschern Effektivität gezeigt haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 Metaanalysen: Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist die am konsistentesten effektive Behandlung: Hat grösste Effektivität und den grössten Prozentsatz von Behandelten, die keine Panikattacken mehr hatten (74,3%) • Kurze KVT (6.5h) ist genauso effektiv wie Standard-KVT (12-15 h) • 2 Studien: Selbsthilfe Büchlein ebenso effektiv wie Gruppen-KVT. Da Behandlungserfolge über 6 Monate anhielten, ist dies eine kosten-effektive Variante • KVT mit reduziertem Therapeutenkontakt (dafür Telefongespräche) ist durchführbar und kostengünstig • Für Rückfallprävention scheint KVT besser zu sein als SSRIs • Im alltäglichen Funktionieren werden Behandlungserfolge über 2 Jahre aufrechterhalten • 1 Metaanalyse: TCAs sind ähnlich effektiv wie KVT • SSRIs: Unterschiedliche Ergebnisse zu Effektivität, jedoch weniger effektiv als KVT • 2 Meta-Analysen: Hoch wirksame Benzodiazepine haben Ausgleich von Nutzen und Nebenwirkungen, kleine bis moderate Effektivität 	<p>Kosten um in Australien bei einem Patienten Panikfreiheit zu erreichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imipramine: \$ 9'000 • Clomipramine: \$ 105'000 • Paroxetine: \$ 100'000 • KVT: \$ 6'500 	<ul style="list-style-type: none"> • Gould et al. (1995) Kostenanalyse in den USA zeigt, dass Gruppen-KVT und Imipramine die günstigsten Behandlungen sind. Dabei hat KVT etwas höhere Effektivität und Toleranz durch Patienten • Nach einem Jahr kostet KVT weniger als eine durchschnittliche Pharmakotherapie, während dem zweiten und den folgenden Jahren nimmt die Überlegenheit von KVT zu, besonders weil nach Absetzen der Psychopharmaka rasch Rückfälle auftreten, was bei KVT im Follow-up nicht der Fall ist 	<p>Fazit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • KVT auch in Australien die kosten-effektivste Behandlung • KVT ist effektiver und kosteneffektiver als Psychopharmaka • TCAs und SSRIs sind beide gleich effektiv und Benzodiazepinen vorzuziehen • Behandlung mit Psychopharmaka sollte durch KVT ergänzt werden

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung und Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Angst- und affektive Störungen	Gould, R.A., & Otto, M.W., & Pollack, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. <i>Clinical Psychology Review</i> , 15(8), 819-844.	Meta-Analyse 4 Suchstrategien: • CD ROM • PSYCHLIT Suche für die Jahre 1974-1994 mit folgenden Begriffen: panic, agoraphobia, treatment outcome, clinical trial, double-blind, comparative study, long-term and short-term • MEDLINE CD ROM Datenbank Suche mit denselben Begriffen. • Überprüfung der Referenzlisten der identifizierten Studien • Artikel in press Einschlusskriterien: Randomisierte, kontrollierte Therapiestudien für Patienten mit Panikstörung mit /ohne Agoraphobie, 43 Studien mit 76 separaten Behandlungs- mal Kontrollgruppen Vergleich wurden eingeschlossen	Störung: • Panikstörung mit/ohne Agoraphobie Therapieformen: • Pharmakotherapie (Antidepressiva, Benzodiazepine, andere) • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT: Nur kognitive Interventionen, kognitive Restrukturierung + Exposition in vivo, kognitive Restrukturierung + Exposition in sensu, andere) • Kombination Pharmakotherapie und KVT	Pharmakologische Behandlung: Antidepressiva (AD) vs. Benzodiazepine (BZD) • 16 Studien: Mittlere Effektivität (ES) für Pharmakotherapie = .47 • 9 Studien: Antidepressiva vs. Placebo: ES = .55 • 13 Studien: Benzodiazepine vs. Placebo: ES = .40. ↑ kein signifikanter Gruppenunterschied • 7 Studien: Raten für Panik-Freiheit = 58% für AD, 61% für BZD • Mittlere Effektivität Panik Häufigkeit: AD vs. Placebo = .56 (2 Studien), BZD vs. Placebo = .47 (7 Studien) • Drop-out Rate: 19,8% für Patienten mit Pharmakotherapie alleine Kognitiv- Verhaltenstherapeutische Interventionen: • 19 Studien: Mittlere ES = .68 • Mittlere ES für Panik Freiheit = .58 • Rate für Panikfreiheit = 74,3% • Mittlere ES für Panik Häufigkeit = .58 • Drop-out Rate = 5,6% • 3 Studien: Mittlere ES für Kognitive Restrukturierung alleine = .18 • 4 Studien: Mittlere ES für Kognitive Restrukturierung + Exposition in vivo = .53 • 7 Studien: Mittlere ES für Kognitive Restrukturierung + Exposition in sensu = .88, ES für Panikfreiheit = .66 Pharmakotherapie vs. Kognitiv-Verhaltenstherapeutische Interventionen: • ES für KVT Studien = .68 • ES für Medikation = .47 • Vergleich bezüglich Panik Häufigkeit statistisch nicht signifikant mit ES = .53 für Medikamente und ES = .55 für KVT	Kosten: Schätzungen: • Einzelsitzung KVT = \$ 90 pro Sitzung • Gruppensitzung KVT = \$ 40 pro Sitzung • 20-30 Minuten Pharmakologisches Management und KVT Aufwandsfrischsitzungen = \$ 60 pro Sitzung • Kosten pro Pille = 1 mg generisches Alprazolam = \$.60; 50 mg generisches Imipramine = \$.09; 20mg Fluoxetine = \$ 1.93 • Billigste Intervention ist Imipramine und Gruppen KVT: Jährliche Kosten = ca. \$ 600 • Einzel KVT billiger als Alprazolam und Fluoxetine nach 1 Jahr und weniger teuer als niedrig dosiertes Alprazolam nach 2 Jahren Nutzen: Keine Angaben	Kosten-Effektivität: KVT scheint zurzeit eine der kosten-effektivsten und bestolerierten Behandlungen zu sein	Fazit: Kurzeitige Effektivität: • Pharmakotherapie, KVT und Kombinationen sind effektiver als Kontrollgruppe • Antidepressiva und Benzodiazepine sind effektiv, mit BZD weniger drop-outs • KVT sehr geringe Drop-out Rate und gute Effektivität • Beste ES für Kombination kognitive Restrukturierung + Exposition • Kombination KVT + Pharmaka nicht so effektiv wie KVT alleine

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

				<ul style="list-style-type: none"> • Panikfreie Raten höher für KVT als für Medikamente (70% vs. 57%) • Medikation vs. Interozeptive Exposition zeigt signifikante Unterschiede mit ES = .47 und .88 zugunsten interozeptive Exposition • Mittlere Drop-out Rate höher für Medikamente (20%) als für KVT (6%) <p>Kombination Pharmakotherapie + KVT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 Studien: davon 6 Exposition + Imipramine, zeigten mittlere ES = .56, statistisch nicht unterschiedlich von der ES von Imipramine alleine • 3 Studien: Panik-Freiheit ES = -.08 • Drop-out Rate = 22% (wie Imipramine alleine) • 1 Studie: Exposition + BZD, ES = .84 • Rate für Panikfreiheit = 62% • Häufigkeit von Panikattacken ES = -.05 • Drop-out Rate = 15% <p>Langzeitergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 Studien zu Pharmakotherapie alleine, 2 Studien Pharmakotherapie + Exposition, 8 Studien KVT: Allgemeine ES innerhalb der Gruppe beim Follow-up = -.17 • ES für Pharmakotherapie = -.46 • Pharmakotherapie + Exposition ES = -.07 • KVT ES = .06 • Keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede, allerdings kleine Stichprobe 		
--	--	--	--	---	--	--

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung & Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	Gabbard, G.O. (2000). Psychotherapy of personality disorders. <i>Journal of Psychotherapy Practice and Research</i> , 9, 1-6.	Kontrollierte Studien Keine weiteren Angaben	Störung: Persönlichkeitsstörungen (Borderline, Antisoziale, Ängstliche Persönlichkeitsstörung) Therapieformen: • Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) • Psychodynamische Therapie • Psychoanalytisch orientierte Therapie • Brief Adaptive Psychotherapy • Kurze verhaltenstherapeutische Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Linehan et al. (1991): Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) vs. gewöhnliche Behandlung bei Borderline: DBT Gruppe nach 1 Jahr weniger Selbstverletzungen, grosse Reduktion in Hospitalisierungstagen, bessere soziale Anpassung Stevenson & Meares (1992): Psychodynamische Therapie bei Borderline reduziert Anzahl Arbeitsabsenzen, Selbstverletzungen, Arztbesuche und Hospitalisierungen Bateman & Fonagy (1999): Psychoanalytisch orientierte Therapie bei Borderline reduziert Suizidversuche, Depressionswerte, sowie State und Trait Angst 3 Studien zu kurzer Verhaltenstherapie bei vermeidender Persönlichkeitsstörung: Signifikante Verbesserung im Vergleich zu Kontrollgruppe 	Keine Angaben	<ul style="list-style-type: none"> Linehan et al (1991): Ausgedehnte Psychotherapie über 1 Jahr oder länger für Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung ist sehr kosteneffektiv ↑ reguläre Psychotherapie würde \$ 10'000 pro Patient sparen Stevenson & Meares (1992): Hospitalisierungskosten: <ul style="list-style-type: none"> - Im Jahr vor Therapie = \$ 68'4346 - Im Jahr nach Therapie = \$ 41'424 <p>↑ Mittlere Kostenabnahme in 12 Monaten = \$ 21'431 pro Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mittlere Behandlungskosten = \$ 13'000 <p>↑ Einsparung = \$ 8'431</p>	Keine Angaben

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung und Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Schizophrenie, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	Gabbard, G.O., Lazar, S.G., Hornberger, J., & Spiegel, D. (1997). The economic impact of psychotherapy: A review. <i>Am J Psychiatry</i> . 154, 147-155.	Suche in MEDLINE: Gesamte englische Literatur von 1984 – 1994, welche sich mit folgenden Begriffen befasste: psychotherapy and cost-effectiveness; psychotherapy and cost-offset; Psychotherapy and utilization of medical care; psychotherapy and inpatient admissions; efficacy of individual, group, and family therapy; family therapy and prevention of relapse; group therapy and Prevention of relapse; psychotherapy; psychology. Suche nur in Peer-reviewed Journals Von 35 Studien 18 eingeschlossen. 10 davon mit und 8 ohne randomisierte Zuweisung	Störungen: • Major Depression • Angststörungen • Schizophrenie • Borderline Persönlichkeitsstörung Behandlungsformen: • Psychotherapie (KVT, DBT, RET) • Gewöhnliche Behandlung durch Hausarzt • Familientherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Scott & Freeman (1992): Bei affektiven Störungen zeigten nach 16 Wochen alle vier Behandlungsgruppen (Psychopharmaka, KVT, Beratung und gewöhnliche Behandlung durch Hausarzt) signifikante Verbesserung in depressiven Symptomen • Hogarty et al. (1991): Bei schizophrenen Patienten mit Familientherapie signifikant geringere Rückfallrate als bei Kontrollgruppe • Tarrier et al. (1991): Familientherapie besonders bei schizophrenen Patienten mit hohen Expressed Emotions in der Familie wirksam • Zhang et al. (1994): Familientherapie und regelmässige Einnahme von Psychopharmaka haben bei schizophrenen Patienten additive günstige Effekte. 	<p>Kosten: Studien mit randomisierter Zuweisung: • Affektive Störungen: Nur Scott & Freeman (1992) fanden einen geringen Einfluss von Psychotherapie auf die Kosten • Schizophrenie: 5 von 6 Studien zeigten Reduktion der Kosten durch Familienintervention</p> <p>Nutzen: • Linehan et al. (1991, 1993): Bei Borderline Patienten führt Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zu Einsparung in Hospitalisierungskosten • Heard (1994): Einsparung durch DBT = \$ 10'000 pro Patient und Jahr • Ginsberg et al. (1984): Klinischer Erfolg bei Angststörungen besser bei Patienten, die durch Krankenschwester therapeutisch behandelt wurden, als bei gewöhnlicher Behandlung. Zudem geringere Nutzung von Gesundheitseinrichtungen, bei gewöhnlicher Behandlung Zunahme • McLellan et al. (1993): Bei Opiatabhängigen Patienten, die Psycho-</p>	Keine Angaben	<p>Fazit: • 8 von 10 Studien mit randomisierter Zuweisung und 8 von 8 Studien mit nicht-randomisierter Zuweisung zeigen, dass Psychotherapie eine Vielzahl von Kosten reduziert</p> <p>Einschränkungen: • Kleine Stichproben • Cost reporting ziemlich inkonsistent • Viele wichtige Kostenkategorien nicht berücksichtigt • Die meisten Studien nicht primär zur Untersuchung von Kosten-Effektivität gemacht. • 2 grosse Hindernisse der Übertragbarkeit auf die Praxis: • Patienten waren selektionierte, sehr homogene Gruppen in Kontrollierter Umgebung anders als die in klinischen Praxis</p>

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

				<p>therapie erhielten, war Ertragskraft grösser, Sozialhilfebezüge geringer und Hospitalisierungsraten viel geringer</p> <p>Studien mit Nicht-randomisierter Zuweisung: Kosten: • Verbosky et al. (1993) : Mittlere Anzahl Psychotherapiesitzungen = 5.5 ↑ Kosten = \$ 257.50. Diese Investition sparste verglichen mit unbehandelter KG pro Patient \$ 25'405 an Hospitalisierungskosten</p> <p>Nutzen: • 3 Studien zu Schizophrenie: Familientherapie reduzierte die im Spital verbrachte Zeit substantiell • Stevenson & Maers (1992): 2x pro Woche Psychodynamische Einzeltherapie für Borderline Patienten reduziert Kosten im Jahr nach Therapie Anzahl Monate mit stationärem Aufenthalt um die Hälfte, Anzahl Monate pro Jahr mit Arbeitsabsenzen von 4.5 auf 1.4, Arztbesuche um 1/7, Spitaleinweisungen um 2/5 • Klarreich et al. (1987): Rational-emotive Therapie bei gemischten</p>		<p>üblicherweise angetroffenen Patienten mit komorbiden Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Interventionskontext hat sich über die Zeit verändert: Viele Studien geschahen zu einer Zeit, als Hospitalisierungen noch länger dauerten, so dass heute die stationäre Behandlung geringere Einsparungen bringt, da sie kürzer dauert
--	--	--	--	---	--	--

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung & Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Schizophrenie, Borderline Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	Knapp, M. (1997). Costs of schizophrenia. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 171, 509-518.	Artikel über die Kosten von Schizophrenie in England Keine weiteren Angaben	Störung: • Schizophrenie Therapieformen: • Langzeit-Behandlung von stationären Patienten • Akute Behandlung • Antipsychotika • Psychologische Behandlungen (Verbesserung der Compliance, Familientherapien)	Keine Angaben	Keine Angaben	<ul style="list-style-type: none"> • Langzeit-Behandlung: Gemeindefähige Behandlung ist für die meisten Patienten kosteneffektiver als Behandlung im Spital. Dies besonders für Patienten mit weniger schwerer Krankheit oder weniger Abhängigkeit von anderem Personal • Akute Behandlung: Assertive Community Treatment (ACT) bringt höheren Nutzen als Kosten. Modifikation davon (Maudsley's Daily Living Programme) hat bessere Ergebnisse, höhere Patienten- und Familienzufriedenheit und geringere Kosten als Standardbehandlung nach 1 Jahr, Effekt verschwunden nach 4 Jahren. Insgesamt besteht Kosten-Effektivität über kurzen Zeitraum, jedoch keine Langzeit Follow-ups • Compliance Therapie ist kosteneffektiv, da die Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe 5x eher ihre Psychopharmaka einnahmen und Kosten nicht höher sind • Familieninterventionen reduzieren Rückfälle und Wieder-einlieferung ins Spital, verbessern die Compliance und können so auch die Kosten reduzieren 	<p>Fazit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die vorhandenen Studien weisen darauf hin, dass einige etablierte und neue pharmakologische und psychologische Behandlungen und auch gemeindefähige Versorgung das Potential haben, die direkten und indirekten Kosten von Schizophrenie zu senken, während gleichzeitig die Behandlungserfolge aufrechterhalten oder verbessert werden <p>Einschränkung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die vorhandene ökonomische Evidenz ist ziemlich spärlich und zum Teil von zweifelhafter Qualität, weitere Forschung auf diesem Gebiet ist nötig

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung & Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Schizophrenie, Borderline Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	Barton, R. (1999). Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations. <i>Psychiatric Services</i> , 50(4), 525-534.	Review von experimentellen und quasi-experimentellen Studien für Psycho-soziale Rehabilitation bei Personen mit schweren und chronischen mentalen Krankheiten Keine genaueren Angaben	Störung: • Schizophrenie • Bipolare Störung Therapieformen: • Training von Fertigkeiten • Psychoedukation der Familie • Unterstützung bei der Arbeit (supported employment)	9 Studien: • Psychosoziale Rehabilitation und besonders Fertigkeiten-Training resultieren in Symptomreduktion, Verbesserung der Anpassung an die Gesellschaft, Rückfallprävention, Compliance bei der Medikamenteneinnahme und reduzierter Hospitalisierung • Mittlere Effektstärke über alle 9 Studien = .83 • 5 Reviews und Meta-Analysen: Psychoedukation der Familie generiert konsistent starke Ergebnisse	Keine Angaben	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten-Effektivitäts Studien zu Fertigkeiten-Training sind limitiert • Mittlere Veränderung durch Fertigkeiten-Training und Psychoedukation (7 Studien): <ul style="list-style-type: none"> - Dienstleistungskosten = - 43% - Hospitalisierungskosten = - 66% - Arbeit = 14% - Kosten-Nutzen Ratio = 1 : 1.36 • Mittlere Veränderung durch Unterstützung bei der Arbeit (6 Studien): <ul style="list-style-type: none"> - Dienstleistungskosten = -34% - Spitalkosten = -55% - Zunahme des Lohns = +125.3% - Arbeit = +42% - Kosten-Nutzen Ratio = 1 : 1.78 	Keine Angaben

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung & Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Somatofor-somatische Störungen und gemischte Gruppe	Compas, B.E., Keefe, F.J., Haaga, D.A.F., Leitenberg, H., & Williams, D.A. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: smoking, chronic pain, cancer and bulimia nervosa. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 66(1), 89-112.	<ul style="list-style-type: none"> • Raucherentwöhnung: Suche in PsycLIT von Januar 1990 - September 1996, Suche von Hand. Studien mit absoluter Absolutheit für erfolgreiche Behandlung gesucht • Umgang mit chronischen Schmerzen: PsycLit und MedLine 1984-1996, Handsuche in 3 Journals Jahrgang 1996 • Bulimia Nervosa: PsycLit Artikel in Englisch, publiziert vor 1996 	<p>Behandlungsformen und Störungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raucherentwöhnung: Multikomponenten Verhaltenstherapie • Reduziertes Rauchen nach Plan • 5-wöchige kognitive Verhaltenstherapie <p>Umgang mit chronischen Schmerzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operante Verhaltenstherapie (OVT) • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • Biofeedback • Hypnose • Psychodynamische Behandlung <p>Bulimia Nervosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • Interpersonale Therapie (IPT) 	<p>Raucherentwöhnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multikomponenten Verhaltenstherapie ist effizient und spezifisch • Reduziertes Rauchen nach Plan ist möglicherweise effektiv • KVT ist möglicherweise effektiv <p>Chronische Schmerzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • KVT: Effektive und spezifische Behandlung für rheumatische Erkrankungen, chronische Schmerzen und Rückenschmerzen, sowie für Reizdarmsyndrom • OVT: Effektive und spezifische Behandlung für chronische Schmerzen und chronische Rückenschmerzen • Biofeedback: Gemischte Evidenz für Effektivität bei chronischen Schmerzen, effektive Behandlung von Migräne (zusammen mit Progressiver Muskelrelaxation) <p>Bulimia Nervosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychodynamische Therapie signifikant effektiver als Standardbehandlung • Hypnotherapie möglicherweise effektiv bei Reizdarmsyndrom <p>Bulimia Nervosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • KVT ist effektive und spezifische Behandlung im Vergleich zu keiner Behandlung oder Pharmakotherapie • IPT ist möglicherweise effektiv 	Keine Angaben	<p>Raucherentwöhnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sehr wenig Forschung zu Kosten-Effektivität ↑ keine Angaben <ul style="list-style-type: none"> • Insgesamt: Sehr wenig Daten zur Kosteneffektivität der Behandlungen. Es ist nicht klar, ob durch psychologische Interventionen im Vergleich zu Langzeit-Medikation überdauernde Einsparungen entstehen 	Keine Angaben

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung & Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Somatoforme, psychosomatische Störungen und gemischte Gruppe	Baltensperger, C., & Grawe, K. (2001). Psychotherapie unter Gesundheitsökonomischem Aspekt. <i>Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie</i> , 30(1), 10-21.	Sekundäranalyse von 124 Kosten-Nutzen Studien Literatursuche manuell und über Datenbanken Psyn-dex, Psych-Lit Grossteil der Studien aus USA aber auch Deutschland, England	Störungen: Verschiedenste Diagnosegruppen: • Alkoholisismus • Psychophysiologische Störungen • Ängste • Neurotische und psychotische Störungen • Körperliche Störungen Therapieformen: • Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) • Kurzinterventionen in Health Maintenance Organisation (HMO) • Andere störungsspezifische Therapieansätze • Psychodynamische Therapie • Hypnose • Humanistische Therapie 80 Studien sind einer therapeutischen Richtung zuordenbar	53 Studien zu psychologischer Operationsvorbereitung: • Mittlere Effektstärke: $M = .59 \pm .18$ • Umfassende Vorbereitungsprogramme signifikant wirksamer als bloße Informationsvermittlung. Wenn Vorbereitung durch psychologische Fachperson mit spezifischen psychotherapeutischen Techniken geschieht, ist Effektstärke um durchschnittlich .72 höher bei nicht entsprechend ausgebildetem Personal Schizophrenie: • 4 Studien zu Verhaltenstherapeutischen Familientherapie einer stützenden psychotherapeutischen Einzeltherapie deutlich überlegen Alkoholisismus: • 13 Studien aus USA: Durch Psychotherapie wurden stationäre Kliniktage 1 Jahr nach Therapiebeginn um 7 Tage pro Patient reduziert. Reduktion über 2-5 Jahre anhaltend	• 54 Studien: Hochsignifikante Abnahme der Anzahl ambulanter Arztbesuche, diagnostischer Untersuchungen und stationärer Klinik-tage 1 Jahr nach Psychotherapie im Vergleich zu 1 Jahr vor Psychotherapiebeginn (Datenquelle: Krankenversicherer) • Abnahme der Klinik-tage pro Patient um durchschnittlich 5.6 Tage (54%) ↑ Kosteneinsparung = sFr. 5'102 pro Patient und Jahr • Einsparung im ambulanten Bereich v.a. durch Abnahme der Arztkontakte um 4.2 Kontakte (26%) ↑ Einsparung = sFr. 403 pro Patient und Jahr • 8 Studien: Diese Reduktion ist stabil auch über 2-5 Jahre nach Therapiebeginn • Im 1. Jahr nach Therapiebeginn noch keine Aufhebung der Therapiekosten durch ambulante Einsparungen, echte Kostenreduktion erst im 2. Jahr • 16 Studien: Signifikante Abnahme der Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zu vor Therapie, davon 7 Studien	Psychologische Operationsvorbereitung: • 53 Studien: Durchschnittliche Kosteneinsparung pro Patient = sFr. 829 Schizophrenie: • 6 Studien: Kombination von Pharmakotherapie mit Psychotherapie signifikant wirksamer und kostengünstiger • Falloon et al. (1984): Nach 9 Monaten verhaltenstherapeutischer Familientherapie ist durchschnittlicher Gewinn pro Patient = \$ 2'639 • Pharmakotherapie vs. Psychoanalytische Einzeltherapie teilweise kombiniert mit medikamentöser Behandlung zeigte Gewinn zugunsten Psychotherapie von durchschnittlich \$ 6'194 pro Patient für 3.7 Jahre nach Therapiebeginn Alkoholisismus: • Psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen bringt Nutzen in Form von Verminderung der Kosten infolge Krankheit, Unfall, Arbeitsunfähigkeit, mangelnder Arbeitsleistung, Chronifizierung, Frühberentung und Sachschaden	Fazit: Kosten-Effektivität am besten untersucht und belegt für: • Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapiemethoden (45%) • Kürzere Therapien in Health Maintenance Organization (HMO) (24%) • Andere spezifische Therapieansätze (18%) • Psychodynamische Therapie (8%) • Humanistische Therapie (1%) • Hypnose (4%) Nutzenhinweise vor allem fürs Einzelsetting (91% vs. 9% im Mehrpersonensetting)

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

				<p>zu rein psychotherapeutisch oder kombiniert medizinisch psychotherapeutischer Behandlung von Ängsten, chronischen Schmerzen, verschiedenen psychosomatischen und psychischen Störungen: Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage um 26-100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 Studien: Psychotherapie ist bei Großteil der Störungen, die von Ärzten routinemässig medikamentös behandelt werden, nicht nur wirksamer sondern auch kostengünstiger 	<p>Psychophysiologische Störungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 Studien aus Deutschland: Stationäre Verhaltenstherapie bringt Kostenreduktion der Krankheitskosten in 2-Jahres Zeitraum vor bzw. nach Therapie pro Patient um DM 26'578 (63%). Abzug der Psychotherapiekosten von DM 10'111 zeigt, dass diese selbsttragend war und eine Nettokosteneinsparung von DM 16'467 pro Patient erzielte ↑ Kosten-Nutzen Verhältnis = 1: 2,6 zu Gunsten der Psychotherapie • Margraf & Schneider (1996), verhaltenstherapeutische Intervention bei Panikpatienten: Bei 80% der Patienten erfolgreich, 2 Jahre nach Therapie Kosten-Nutzen-Verhältnis = 1: 5,6; Evidenz für Kosten-Nutzen Vorteile in 3 weiteren Studien • Klein et al. (1980): Geriatrische Patienten mit Schizophrenie, Manisch-depressiver Störung und organischem Psychosyndrom und Behandlung mit spezifischer Verhaltenstherapie oder gewöhnlicher Behandlung: 51% der Verhaltenstherapeutisch vs. 15% der routinemässig behandelten Patienten
--	--	--	--	--	--

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung und Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Somatofor- me, Psycho- somatische Störungen und ge- mischte Gruppe	Chiles, J.A., Lambert, M.J., & Hatch, A.L. (1999). The Impact of Psychological Interventions on Medical Cost- Offset: A Meta- Analysis. <i>Clin Psychol Sci Prac</i> , 6, 204- 220.	Meta-Analyse Suche in Psychlit und Medline für Zeitraum Januar 1967 - Juli 1997. Referenzen von Artikeln nach 1984 durchgeschaut. Artikel vor 1984 z.B. in der Meta- Analyse von Mum- ford et al. (1984) identifiziert. Suche im Social Sciences Citation Index Insgesamt 91 Stu- dien zu Offset- Effekten einge- schlossen	Störungen: • Verschiedene medizi- nische Krankheiten (z.B. chirurgische Eingriffe, Notfälle, allgemeinärztliche Besuche) • Psychologische Störungen (z.B. Sub- stanzmissbrauch, Depression, Angst) Therapieformen: • Verschiedene Formen psychotherapeuti- scher Interventionen • Verhaltensmedizin • Psychiatrische Bera- tung • 40% der Studien aus einem stationären medizinischen Be- reich, 60% in ambu- lantem medizinischen Abhängigkeits- oder psychologischen Bereich	• Analyse der Effektstärken (ES) nach Behandlungssetzung zeigte geringfügig höhere ES für stationäre Behandlung (.53) im Vergleich zu ambulanter Be- handlung (.23) ↑ Hinweis, dass Patienten, die medizini- sche Prozeduren benötigen, für die eine stationäre Behandlung angebracht ist, zu grösseren Offset-Effekten führen könnten als Patienten, die ambulante Behandlung aufsuchen • Gemessen in ihren jeweiligen Setting zeigt Verhaltensmedizin grössere ES (.52) als Psychotherapie (.21) • ES für Patienten, die wegen chirurgi- schen Eingriffen hospitalisiert wurden = .69 • ES für Patienten, die stationäre oder ambulante medizinische Versorgung für verschiedene medizinische Proble- me aufsuchten = .26 ↑ Resultate zeigen, dass beide Patien- tengruppen von psychologischen Inter- ventionen profitieren, diese aber bei Patienten mit chirurgischen Problemen eine grössere Wirkung haben	Kosten: • Keine Angaben zu Behandlungskosten Nutzen: • 90% der Studien be- richteten Abnahme der Nutzung von medizini- schen Diensten nach irgendeiner Form von psychologischer Inter- vention. Durchschnitt- liche Abnahme in The- rapiegruppe = 15.7%, in Kontrollgruppe Zu- nahme um 12.27% • Hospitalisierungstage um 2.52 Tage reduziert ↑ Einsparung pro Per- son = \$ 2'205 • Von 28 Studien, die Einsparungen in Dollar angaben, berichteten 31% auch noch Einspa- rungen nachdem die Kosten der psychologi- schen Behandlung subtrahiert wurden	Cost-Offset Effekte: • 2 der 28 Artikel berichte- ten höhere Behandlung- kosten als Einsparungen • Analyse der Verhaltens- medizinischen Intervен- tion bei chirurgischen Patienten zeigt statistisch signifikante Cost-Offset Effekte • In Bezug auf den Cost- Offset Effekt machte es keinen signifikanten Unterschied ob die Be- handlung durch einen Psychologen, Sozialar- beiter oder Psychiater durchgeführt wurde. Alle diese Disziplinen schei- nen Interventionen zu benützen, die die Gene- rationszeit verkürzen und so die Nutzung von me- dizinischer Versorgung reduzieren • 5 Studien: Signifikant grössere ES für Cost- Offset Studien mit 100% Frauen (.82) als solche mit 100% Männer (.26)	Fazit: • Psychologische Interventionen führen bei einer Vielzahl von Patienten zu ei- nem Cost-Offset Effekt, wobei der grösste Effekt bei Chirurgie- Patienten mit Verhaltensmedi- zinischer Intervен- tion auftrat Einschränkungen: • Achtung bei der Interpretation der Prozentangaben, da Gefahr die Stichprobengrös- se zu vernachlässi- gen • Nur ein Viertel der Studien ver- suchte andere Einflussfaktoren auf die unabhän- gige Variable gezielt zu kon- trollieren

Reviews zu Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivität von Psychotherapien

Bereich	Studie	Methode der Artikelsuche	Störung und Therapieformen	Therapieerfolg	Kosten und Nutzen	Kosteneffektivität	Fazit oder Einschränkungen
Psychodynamische Therapie	Abbass, A.A. (2003). The cost-effectiveness of short-term dynamic psychotherapy. <i>Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res.</i> 3(5), 535-539.	Publizierte Studien zu Kurzer Psychochotherapie, die deren Kosten-Effektivität gemessen haben 7 Studien eingeschlossen	Störungen: <ul style="list-style-type: none"> • Schwere oder chronische gastrointestinale Probleme • Selbstvergiftung • Patienten mit hoher Nutzung von psychiatrischen Einrichtungen (Gemischte Achse I und II Störungen) Therapieformen: <ul style="list-style-type: none"> • Kurze Psychotherapeutische Psychotherapie (STPD) • Gruppentherapie • Gewöhnliche Behandlung • Pharmakotherapie 	Keine Angaben	Keine Angaben	<ul style="list-style-type: none"> • Budman et al. (1988): Arzttermine oder Laboranalysen während Therapie: Kein signifikanter Gruppenunterschied für Kurze Psychodynamische Therapie (STPD) und Gruppentherapie • Nutzung von Gesundheitsdiensten für psychische Störungen in den 6 Monaten nach Therapie: Reduktion um 92% mit STPD vs. Zunahme um 27% mit Gruppentherapie. Nach 9 Monaten Anzahl Termine nach STPD 13x geringer als nach Gruppentherapie • Guthrie et al. (2001): Nutzung von Gesundheitsdiensten für psychische Störungen während Behandlung mit STPD grösser als für gewöhnliche Behandlung, jedoch keine generelle Zunahme an Behandlungskosten • In den 6 Monaten nach STPD signifikante Reduktion der Hospitalisierungstage, Arzttermine und Medikamente • Insgesamt kein Kostenunterschied, obwohl mit STPD grössere Verbesserung in Symptomen und sozialer Anpassung • Therapiekosten für STPD 6 Monate nach Therapie wieder reingeht 	Fazit: <ul style="list-style-type: none"> • STDP ist im prä-post Vergleich, im Vergleich zu anderen Behandlungen und zu gewöhnlicher Behandlung kosteneffektiv • STDP reduzierte Kosten oder brachte gute Ergebnisse bei gleichbleibenden Kosten • 3 Studien: Im Durchschnitt im Jahr nach Therapie pro Patient US \$ 1'537 wieder reingeht • Dieses Resultat würde es erlauben, für Patienten auf Wartelisten mehr Therapeuten einzustellen

4 Literaturverzeichnis

- Abbass, A. (2002). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a Private Psychiatric Office: Clinical and Cost-Effectiveness. *American Journal of Psychotherapy*, 65(2), 225-232.
- Allgulander, C., Bandelow, B., Hollander, E., Montgomery, S.A., Nutt, D.J., Okasha, A., Pollack, M.H., Stein, D.J., & Swinson, R.P. (2003). WCA Recommendations for the Long-Term Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *CNS Spectrums*, 8(suppl 1), 53-61.
- Alterman, A.I., Gariti, P., & Mulvaney, F. (2001). Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 261-264.
- Antonuccio, D.O., Thomas, M., & Danton, W.G. (1997). A Cost-Effectiveness Analysis of Cognitive Behavior Therapy and Fluoxetine (Prozac) in the Treatment of Depression. *Behavior Therapy*, 28, 187-210.
- Areán, P.A., & Cook, B.L. (2002). Psychotherapy and Combined Psychotherapy/Pharmacotherapy for Late Life Depression. *Biological Psychiatry*, 52, 293-303.
- Avenell, A., Broom, J., Brown, J.J., Poobalan, A., Aucott, L., Stearns, S.C., Smith, W.C.S., Jung, R.T., Campbell, M.K., & Grant, A.M. (2004). Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. *Health Technology Assessment*, 8(21), 1-194.
- Backhaus, J., Hohagen, F., Voderholzer, U., & Riemann, D. (2001). Long-term effectiveness of a short-term cognitive-behavioral group treatment for primary insomnia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 35-41.
- Baillargeon, L., Landreville, P., Verreault, R., Beauchemin, J.P., Grégoire, J.P., & Morin, C.M. (2003). Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*, 169(10), 1015-1020.
- Baltensperger, C., & Grawe, K. (2001). Psychotherapie unter Gesundheitsökonomischem Aspekt. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30(1), 10-21.
- Barsky, A.J., & Ahern, D.K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis. A randomized controlled trial. *JAMA*, 291(12), 1464-1470.
- Barton, R. (1999). Psychosocial Rehabilitation Services in Community Support Systems: A Review of Outcomes and Policy Recommendations. *Psychiatric Services*, 50(4), 525-534.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2003). Health Service Utilization Costs for Borderline Personality Disorder Patients Treated With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization Versus General Psychiatric Care. *American Journal of Psychiatry*, 160, 169-171.

- Beutel, M.E., Rasting, M., Stuhr, U., Rüger, B., & Leuzinger-Bohleber, M. (2004). Assessing the Impact of Psychoanalyses and Long-Term Psychoanalytic Therapies on Health Care Utilization and Costs. *Psychotherapy Research*, 14(2), 146-160.
- Biondi, M., & Picardi, A. (2003). Increased probability of remaining in remission from panic disorder with agoraphobia after drug treatment in patients who received concurrent cognitive-behavioural therapy. A follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 34-42.
- Blay, S.L., vel Fucks, J.S., Barruzi, M., di Pietro, M.C., Gastal, F.L., Neto, A.M., de Souza, M.P., Glauziusz, L.R.U., & Dewey, M. (2002). Effectiveness of time-limited psychotherapy for minor psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 180, 416-422.
- Bower, P., Rowland, N., Mellor, C.J., Heywood, P. Godfrey, C., & Hardy, R. (2002). Effectiveness and cost-effectiveness of counselling in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Art. No.: CD 001025. DOI: 10.1002/14651858.CD001025.
- Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C., Dunn, E., Bell, B., Mills, M., Chalklin, L., Wallik, D., & Kraemer, J. (2002). Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *Journal of Affective Disorders*, 68, 317-330.
- Burnard, Y., Andreoli, A., Kolatte, E., Venturini, A., & Rosset, N. (2002). Psychodynamic Psychotherapy and Clomipramine in the Treatment of Major Depression. *Psychiatric Services*, 53, 589-590.
- Byford, S., Knapp, M., Greenshields, J., Ukoumunne, O.C., Jones, V., Thompson, S., Tyrer, P., Schmidt, U., & Davidson, K. (2003). Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach. *Psychological Medicine*, 33, 977-986.
- Carroll, K.M., Nich, C., Ball, S.A., McCance, E., Frankforter, T.L., & Rounsaville, B.J. (2000). One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol users: sustained effects of treatment. *Addiction*, 95(5), 1335-1349.
- Cavanagh, K., & Shapiro, D.A. (2004). Computer Treatment for Common Mental Health Problems. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 239-251.
- Chiles, J.A., Lambert, M.J., & Hatch, A.L. (1999). The Impact of Psychological Interventions on Medical Cost-Offset: A Meta-Analysis. *Clin Psychol Sci Prac*, 6, 204-220.
- Chisholm, D., Godfrey, E., Ridsdale, L., Chalder, T., King, M., Seed, P., Wallace, P., Wessely, S., & the Fatigue Trialists' Group. (2001). Chronic fatigue in general practice: economic evaluation of counselling versus cognitive behaviour therapy. *British Journal of General Practice*, 51, 15-18.
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., & Wessley, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*, 5(35), 1-173.

- Compas, B.E., Keefe, F.J., Haaga, D.A.F., Leitenberg, H., & Williams, D.A. (1998). Sampling of Empirically Supported Psychological Treatments From Health Psychology: Smoking, Chronic Pain, Cancer and Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 89-112.
- Cooper, P.J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression I. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry, 182*, 412-419.
- Cormac, I., Jones, C., Campbell, C., & Silveira da Mota Neto, J. (2004). Cognitive Behaviour Therapy for Schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* (3rd ed.). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Creed, F., Fernandes, L., Guthrie, E., Palmer, S., Ratcliffe, J., Read, N., Rigby, C., Thompson, D., & Tomenson, B. (2003). The Cost-effectiveness of Psychotherapy and Paroxetine for Severe Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology, 124*, 303-317.
- Culpepper, L. (2002). Generalized Anxiety Disorder in Primary Care: Emerging Issues in Management and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*(suppl 8), 35-42.
- Cunningham, C.E., Bremner R., & Boyle, M. (1995). Large Group Community-Based Parenting Programs for Families of Preschoolers at Risk for Disruptive Behavior Disorders: Utilization, Cost Effectiveness, and Outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*(7), 1141-1159.
- de Beurs, E., van Balkom, A.J.L.M., van Dyck, R., & Lange, A. (1999). Long-term outcome of pharmacological and psychological treatment for panic disorders with agoraphobia: a 2-year naturalistic follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 99*, 59-67.
- de Jong, P.J., Vorage, I., & van den Hout, M.A.(2000). Counterconditioning in the treatment of spider phobia: Effects on disgust, fear and valence. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 1055-1069.
- Devlin, M.J., Goldfein, J.A., Carino, J.S., & Wolk, S.L. (2000). Open treatment of overweight binge eaters with phentermine & fluoxetine as an adjunct to cognitive-behavioral therapy. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 325-332.
- Donnelly, C.L. (2003). Pharmacologic treatment approaches for children and adolescents with post-traumatic stress disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 12*, 251-269.
- Doyle, A., & Pollack, M.H. (2004). Long-Term Management of Panic Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*(suppl 5), 24-28.
- Driessen, M., Veltrup, C., Junghans, K., Przywara, A., & Dilling, H. (1999). Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluiertes Behandlungsprogramme. *Nervenarzt, 70*, 463-470.
- Dugas, M.J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M.H., Langlois, F., Provencher, M.D., & Boisvert, J.-M. (2003). Group Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Treatment Outcome and Long-Term Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 821-825.

- Durham, R.C., Chambers, J.A., MacDonald, R.R., Power, K.G., & Major K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine*, *33*, 499-509.
- Ebbert, J.O., Rowland, L.C., Montori, V.M., Vickers, K.S., Erwin, P.J., & Dale, L.C. (2003). Treatment of spit tobacco use: a quantitative systematic review. *Addiction*, *98*, 569-583.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., & Báez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: long-term outcomes. *Behavior Therapy*, *31*, 351-364.
- Espie, C.A., Inglis, S.J., Tessier, S., & Harvey, L. (2001). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 45-60.
- Fals-Sterward, W., O'Farrell, T., & Birchler, G.R. (1997). Behavioral Couples Therapy for Male Substance-Abusing Patients: A Cost Outcome Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*(5), 789-802.
- Fedoroff, I.C., & Taylor, S. (2001). Psychological and Pharmacological Treatments of Social Phobia: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *21*(3), 311-324.
- Flint, A.J., & Gagnon, N. (2003). Diagnosis and Management of Panic Disorder in Older Patients. *Drugs Aging*, *20*(12), 881-891.
- French, M.T., Roebuck, M.C., Dennis, M.L., Diamond, G., Godley, S.H., Tims, F., Webb, C., & Herrell, J.M. (1997). The Economic cost of outpatient marijuana treatment for adolescents: findings from a multi-site field experiment. *Addiction*, (Suppl 1), 84-97.
- Gabbard, G.O. (2000). Psychotherapy of Personality Disorders. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *9*, 1-6.
- Gabbard, G.O., Lazar, S.G., Hornberger, J., & Spiegel, D. (1997). The economic impact of psychotherapy: A review. *Am J Psychiatry*. *154*, 147-155.
- Gilroy, L.J., Kirkby, K.C., Daniels, B.A., Menzies, R.G., & Montgomery, I.M. (2003). Long-term follow-up of computer-aided vicarious exposure versus live graded exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, *34*, 65-76.
- Golay, A., Buclin, S., Ybarra, J., Toti, F., Pichard, C., Picco, N., de Tonnac, N., & Allaz, A.F. (2004). New interdisciplinary cognitive-behavioural-nutritional approach to obesity treatment: A 5-year follow-up study. *Eating Weight Disorders*, *9*(1), 29-34.
- Goldfield, G.S., Epstein, L.H., Kilanowski, C.K., Paluch, R.A., & Kogut-Bossler, B. (2001). Cost-effectiveness of group and mixed family-based treatment for childhood obesity. *International Journal of Obesity*, *25*, 1843-1849.
- Goossens, M.E.J.B., Rutten-van Mölken, M.P.M.H., Leidl, R.M., Bos, S.G.P.M., Vlaeyen, J.W.S., & Teeken-Gruben, N.J.G. (1996). Cognitive-Educational Treatment of Fibromyalgia: A Randomized Clinical Trial II. Economic Evaluation. *The Journal of Rheumatology*, *23*, 1246-1254.

- Goossens, M.E.J.B., Rutten-van Mölken, M.P.M.H., Kole-Snijders, A.M.J., Vlaeyen, J.W.S., van Breukelen, G., & Leidl, R. (1998). Health economic assessment of behavioural rehabilitation in chronic low back pain: a randomised clinical trial. *Health Economics*, 7, 39-51.
- Gorman, J.M. (2002). Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(suppl 8), 17-23.
- Götestam, K.G. (2002). One session group treatment of spider phobia by direct or modelled exposure. *Cognitive Behavior Therapy*, 31(1), 18-24.
- Gould, R.A., Otto, M.W., & Pollack, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 819-844.
- Guthrie, E., Moorey, J., Margison, F., Barker, H., Palmer, S., McGrath, G., Tomenson, B., & Creed, F. (1999). Cost-effectiveness of Brief Psychodynamic-Interpersonal Therapy in High Utilizers of Psychiatric Services. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 519-526.
- Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B., & von Witzleben, I. (2001). Short- and long-term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 375-382.
- Healey, A., Knapp, M., Astin, J., Beecham, J., Kemp, R., Kirov, G., & David, A. (1998). Cost-effectiveness evaluation of compliance therapy for people with psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172, 420-424.
- Hegerl, U., Plattner, A., & Möller, H.J. (2004). Should combined pharmaco- and psychotherapy be offered to depressed patients? A qualitative review of randomized clinical trials from the 1990s. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 99-107.
- Heinzel, R., Breyer, F., & Klein, T. (1997). Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 2, 59-73.
- Heinzel, R., Breyer, F., & Klein, T. (1998). Ambulante analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie in einer bundesweiten katamnestischen Evaluationsstudie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 34, 135-152.
- Hembree, E.A., Riggs, D.S., Kozak, M.J., Franklin, M.E., & Foa, E.B. (2003). Long-term efficacy of exposure and ritual prevention therapy and serotonergic medications for obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 8(5), 363-371.
- Henggeler, S.W., Clingempeel, W.G., Brondino, M.J., & Pickrel, S.G. (2002). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(7), 868-874.
- Hiller, W., Fichter, M.M., & Rief, W. (2003). A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 369-380.

- Himle, J.A., Rassi, S., Haghghatgou, H., Krone, K.P., Nesse, R.M., & Abelson, J. (2001). Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: seven vs. twelve-week outcomes. *Depression and Anxiety, 13*, 161-165.
- Hood, K.K., & Eyberg, S.M. (2003). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy: Mother's Reports of Maintenance Three to Six Years After Treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*(3), 419-429.
- Hornung, W.P., Feldmann, R., Klingberg, S., Buchkremer, G., & Reker, T. (1999). Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons - results of a five-year follow-up. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 249*, 162-167.
- Huibers, M.J.H., Beurskens, A.J.H.M., van Schayck, C.P., Bazelmans, E., Metsemakers, J.F.M., Knottnerus, J.A., & Bleijenberg, G. (2004). Efficacy of cognitive-behavioural therapy by general practitioners for unexplained fatigue among employees. *British Journal of Psychiatry, 184*, 240-246.
- Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Andrews G., & Lapsley, H. (2004). Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological Medicine, 34*, 19-35.
- Jacobi, C., Dahme, B., & Dittmann, R. (2002). Cognitive-behavioural, fluoxetine, and combined treatment for bulimia nervosa: short- and long-term results. *European Eating Disorders Review, 10*(3), 179-198.
- Jakobi, F. (2001). Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzen-Analyse psychologischer Angstbehandlung. *Dissertationsschrift, Juli 2001, TU Dresden*.
- Javitz, H.S., Swan, G.E., Zbikowski, S.M., Curry, S.J., McAfee, T.A., Decker, D.L., Patterson, R., & Jack, L.M. (2004). *The American Journal of Management Care, 10*(27), 217-226.
- Jeffery, R.W., Wing, R.R., Sherwood, N.E., & Tate, D.F. (2003). Physical activity and weight loss: does prescribing higher physical activity goals improve outcome?. *American Journal of Clinical Nutrition, 78*, 684-689.
- Jerrell, J.M., & Ridgely, M.S. (1999). Impact of Robustness of Program Implementation on Outcomes of Clients in Dual Diagnosis Programs. *Psychiatric Services, 50*(1), 109-112.
- Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J., & Campbell, C. (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* (Ausgabe 4) Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Kaltenthaler, E., Shackley, P., Stevens, K., Beverley, C., Parry, G., & Chilcott, J. (2002). A systematic review and economic evaluation of computerised cognitive behavior therapy for depression and anxiety. *Health Technology Assessment, 6*(22), 1-89.
- Kamlet, M.S., Paul, N., Greenhouse, J., Kupfer, D., Frank, E., & Wade, M. (1995). Cost Utility Analysis of Maintenance Treatment for Recurrent Depression. *Controlled Clinical Trials, 16*, 17-40.

- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Davis, T.L., & Crow, S.J. (2002). Long-term impact of treatment in women diagnosed with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *31*, 151-158.
- Keller, M.B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108* (suppl 417), 85-94.
- Keller, W., Westhoff, G., Dilg, R., Rohner, R., Studt, H.H., & die Arbeitsgruppe empirische Psychotherapieforschung in der Analytischen Psychologie (2001). Wirksamkeit und Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen bei Langzeitanalysen: Ergebnisse einer empirischen Follow-up-Studie zur Effektivität der (Jungianischen) Psychoanalyse und Psychotherapie. *Analytische Psychologie*, *32*, 202-229.
- Kenardy, J.A., Dow, M.G.T., Johnston, D.W., Newman, M.G., Thomas A., & Barr Taylor, C. (2003). A Comparison of Delivery Methods of Cognitive-Behavioral Therapy for Panic Disorder: An International Multicenter Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(6), 1068-1075.
- King, M., Sibbald, B., Ward, E., Bower, P., Lloyd, M., Gabbay, M., & Byford, S. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technology Assessment*, *4*(19), 1-83.
- King, N., Tonge, B.J., Heyne, D., Turner, S., Pritchard, M., Young, D., Rollings, S., Myerson, N., & Ollendick, T.H. (2001). Cognitive-Behavioural Treatment of School-Refusing Children. Maintenance of improvement at 3- to 5-year follow-up. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, *30*(2), 85-89.
- Kjernisted, K.D., & Bleau, P. (2004). Long-term Goals in the Management of Acute and Chronic Anxiety Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(1), 51S-63S.
- Klesges, R.C., Haddock, C.K., Lando, H., & Talcott, G.W. (1999). Efficacy of forced smoking cessation and an adjunctive behavioral treatment on long-term smoking rates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(6), 952-958.
- Knapp, M. (1997). Costs of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *171*, 509-518.
- Koran, L.M., Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Schneider, J.A., Telch, C.T., Raeburn, S., Bruce, B., Perl, M., & Kraemer, H.C. (1995). Comparing the cost effectiveness of psychiatric treatments: bulimia nervosa. *Psychiatry Research*, *58*, 13-21.
- Kraft, S., Puschner, B., Lambert, M.J., & Kordy, H. (in press). Medical Cost Offset in Mid- and Long-Term Outpatient Psychotherapy.
- Krampen, G. (1999). Long-term evaluation of the effectiveness of additional autogenic training in the psychotherapy of depressive disorders. *European Psychologist*, *4*(1), 11-18.
- Lave, J.R., Frank, R.G., Schulberg, H.C., & Kamlet, M.S. (1998). Cost-effectiveness of Treatments for Major Depression in Primary Care Practice. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 654-651.

- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223-1232.
- Margraf, J. (in press). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine aktuelle Literaturübersicht*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Marks, I.M., Mataix-Cols, D., Kenwright, M., Cameron, R., Hirsch, S., & Gega, L. (2003). Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 183, 57-65.
- McTigue, K.M., Harris, R., Hemphill, B., Lux, L., Sutton, S., Bunton, A.J., & Lohr, K.N. (2003). Screening and Interventions for Obesity in Adults: Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 139(11), 933-966.
- Melchionda, N., Besteghi, L., Di Domizio, S., Pasquit, F., Nuccitelli, C., Migliorini, S., Baraldi, L., Natale, S., Manini, R., Bellini, M., Belsito, C., Forlani, G., & Marchesini, G. (2003). Cognitive behavioural therapy for obesity: One-year follow-up in a clinical setting. *Eating Weight Disorders*, 8, 188-193.
- Morgan, K., Dixon, S., Mathers, N., Thompson, J., & Tomeny, M. (2004). Psychological treatment for insomnia in the regulation of long-term hypnotic drug use. *Health Technology Assessment*, 8(8), 1-80.
- Morin, C.M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (1999). Behavioral and Pharmacological Therapies for Late-Life Insomnia. *JAMA*, 281(11), 991-999.
- Muratori, F., Picchi, L., Casella, C., Tancredi, R., Milone, A., & Patarnello, M.G. (2002). Efficacy of Brief Dynamic Psychotherapy for Children with Emotional Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 28-38.
- Murray, L., Cooper, P.J., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression II. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry*, 182, 420-427.
- Newman, M.G., Kenardy, J., Herman, S., & Barr Taylor C. (1997). Comparison of Palmtop-Computer Assisted Brief Cognitive-Behavior Treatment to Cognitive-Behavioral Treatment for Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 178-183.
- Nordhus, I.H., & Pallesen, S. (2003). Psychological Treatment of Late-Life Anxiety: An Empirical Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 643-651.
- Nord-Rüdiger, D. (2002). Metabolisches Syndrom und Rehabilitation: Gibt es vorzeigbare Langzeitergebnisse aus psychologischer Sicht?. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 40, 15-17.
- Nübling, R., Puttendörfer, J., Wittmann, W.W., Schmidt, J., & Wittich, A. (1995). Evaluation psychosomatischer Heilverfahren – Ergebnisse einer Katamnesestudie. *Rehabilitation*, 34, 74-80.
- O'Farrell, T.J., Choquette, K.A., Cutter, H.S.G., Floyd, F.J., Bayog, R., Brown, E.D., Lowe, J., Chan, A., & Deneault, P. (1996). Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analyses of Behavioral Marital

- Therapy as an Addition to Outpatient Alcoholism Treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8(2), 145-166.
- Olmsted, M.P., Kaplan, A.S., & Rockert, W. (2003). Relative Efficacy of a 4-Day Versus a 5-Day Day Hospital Program. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 441-449.
- Otto, M.W., Pollack, M.H., & Maki, K.M. (2000). Empirically Supported Treatments for Panic Disorder: Costs, Benefits, and Stepped Care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 556-563.
- Patel, V., Chisholm, D., Rabe-Hesketh, S., Dias-Saxena, F., Andrew, G., & Mann, A. (2003). Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomized, controlled trial. *Lancet*, 361, 33-39.
- Peden, A.R., Rayens, M.K., Hall, L.A., & Beebe, L.H. (2001). Preventing depression in high-risk college women: A report of an 18-month follow-up. *Journal of American College Health*, 49(6), 299-306.
- Pietrzak, R.H., Ladd, G.T., & Petry, N.M. (2003). Disordered Gambling in Adolescents. *Pediatric Drugs*, 5(9), 583-595.
- Pollack, M.H., Allgulander, C., Bandelow, B., Cassano, G.B., Greist, J.H., Hollander, E., Nutt, D.J., Okasha, A., & Swinson, R.P. (2003). WCA Recommendations for the Long-Term Treatment of Panic Disorder. *CNS Spectrums*, 8(suppl 1), 17-30.
- Rawson, R.A., Huber, A., McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C., & Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 817-824.
- Rayburn, N. R., & Otto, M.W. (2003). Cognitive-Behavioral Therapy for Panic Disorder: A Review of Treatment Elements, Strategies and Outcomes. *CNS Spectrums*, 8(5), 356-362.
- Richards, A., Brakham, M., Cahill, J., Richards, D., Williams, Ch., & Heywood, Ph. (2003). PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioral therapy in primary care. *British Journal of General Practice*, 53, 764-770.
- Rohde, P., Clarke, G.N., Mace, D.E., Jorgensen, J.S., & Seeley, J.R. (2004). An Efficacy/Effectiveness Study of Cognitive-Behavioral Treatment for Adolescents With Comorbid Major Depression and Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(6), 660-668.
- Rouillon, F. (2004). Long term therapy of generalized anxiety disorder. *European Psychiatry*, 19, 96-101.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatric Clinical Practice Guidelines Team for Panic Disorder and Agoraphobia (2003). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 641-656.

- Rufer, M., Hand, I., & Peter, H. (2001). Kombinationstherapie bei Angststörungen: Aktuelle Datenlage und Empfehlungen für den klinischen Alltag. *Verhaltenstherapie*, 11, 160-172.
- Ruhmland, M., & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von spezifischer Phobie und Zwangsstörung: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, 11, 14-26.
- Ruhmland, M., & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, 11, 27-40.
- Ruhmland, M., & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, 11, 41-53.
- Rund, B.R., Moe, L., Sollien, T., Fjell, A., Borchgrevnik, T., Hallert, M., & Naess, P.O. (1994). The Psychosis Project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 211-218.
- Schoenbaum, M., Unützer, J., Sherbourne, C., Duan, N., Rubenstein, L.V., Miranda, J., Merredith, L.S., Carney, M. F., & Wells, K. (2001). Cost-effectiveness of Practice-Initiated Quality Improvement for Depression. Results of a Randomized Controlled Trial. *American Medical Association*, 286(11), 1325-1330.
- Schulberg, H.C., Raue, P.J., & Rollman, B.L. (2002). The effectiveness of psychotherapy in treating depressive disorders in primary care practice: clinical and cost perspectives. *General Hospital Psychiatry* 24, 203-212.
- Scott, J., Palmer, S., Paykel, E., Teasdale, J., & Hayhurst, H. (2003). Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression – cost-effectiveness study. *British Journal of Psychiatry*, 182, 221-227.
- Segal, Z., Vincent, P., & Levitt, A. (2002). Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 27(4), 281-290.
- Severens, J.L., Prins, J.B., van der Wilt, G.J., van der Meer, J.W.M., & Bleijenberg, G. (2004). Cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for patients with chronic fatigue syndrome. *QJM (An International Journal of Medicine)*, 97, 153-161.
- Shakeshaft, A.P., Bowman, J.A., Burrows, S., Doran, C.M., & Sanson-Fisher, R.W. (2002). Community-based alcohol counselling: a randomized clinical trial. *Addiction*, 97(11), 1449-1463.
- Sherbourne, C.D., Wells, K.B., Duan, N., Miranda, J., Unützer, J., Jaycox, L., Schoenbaum, M., Meredith, L.S., & Rubenstein, L.V. (2001). Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 58, 696-703.
- Simpson, S., Coreney, R., Fitzgerald, P., & Beecham, J. (2003). A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of psychodynamic counselling for general practice patients with chronic depression. *Psychological Medicine*, 33, 229-239.

- Smith, S.S., Douglas, D.E., Fiore, M.C., Anderson, J.E., Mielke, M.M., Beach K.E., Piasecki, T.M., & Baker, T.B. (2001). Strike while the iron is hot: Can stepped-care treatments resurrect relapsing smokers?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 429-439.
- Spycher, S., Margraf, J., & Meyer, P.C. (2005). *Zulassung der psychologischen Psychotherapeut/innen zur Krankenversicherung? Mögliche Varianten und Kostenfolgen in der ambulanten Versorgung der Schweiz*. Arbeitsdokument Nummer 15 des Obsan, Neuchâtel, November 2005.
- Stein, D.J., Bandelow, B., Hollander, E., Nutt, D.J., Okasha, A., Pollack, M.H., Swinson R.P., & Zohar, J. (2003). WCA Recommendations for the Long-Term Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *CNS Spectrums*, 8(suppl 1), 31-39.
- Stevenson, J., & Meares, R. (1999). Psychotherapy with borderline patients: II. A preliminary cost benefit study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 473-477.
- Svensson, B., Hansson, L., & Nyman, K. (2000). Stability of outcome in a comprehensive, cognitive therapy based treatment programme for long-term mentally ill patients. A 2-year follow-up study. *Journal of Mental Health*, 9(1), 51-61.
- Thiels, C., Schmidt, U., Treasure, J., & Garthe, R. (2003). Four-year follow-up of guided self-change for bulimia nervosa. *Eating Weight Disorders*, 8, 212-217.
- van Ameringen, M., Allgulander, C., Bandelow, B., Greist, J.H., Hollander, E., Montgomery, S.A., Nutt, D.J., Okasha, A., Pollack, M.H., Stein, D.J., & Swinson, R.P. (2003). WCA Recommendations for the Long-Term Treatment of Social Phobia. *CNS Spectrums*, 8(suppl 1), 40-52.
- van den Bosch, L.M.C., Verheul, R., Schippers, G.M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27, 911-923.
- van Noppen, B., Steketee, G., McCorkle, B.H., & Pato, M. (1997). Group and Multifamily Behavioral Treatment for Obsessive Compulsive Disorder: A Pilot Study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(4), 431-446.
- von Korff, M., Katon, W., Busch, T., Lin, E., Simon, G., Saunders, K., Ludman, E., Walker, E., & Unutzer, J. (1998). Treatment Costs, Cost Offset, and Cost-Effectiveness of Collaborative Management of Depression. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 143-149.
- Voshaar, R.O., Gorgels, W., Mol, A., van Balkom, A., Breteler, M., van de Lisdonk, E., Mulder, J., & Zitman, F. (2003). Predictors of relapse after discontinuation of long-term benzodiazepine use by minimal intervention: a 2-year follow-up study. *Family Practice*, 20(4), 370-372.
- Wilfley, D.E., Welch, R.R., Stein, R.I., Spurrell, E.B., Cohen, L.R., Saelens, B.E., & Douchis, J.Z. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 713-721.

- Williamson, D.A., Thaw, J.M., & Varnado-Sullivan, P.J. (2001). Cost-Effectiveness Analysis of a Hospital-Based Cognitive Behavioral Treatment Program for Eating Disorders. *Behavior Therapy*, 32, 459-477.
- Wilson, G.T. (1999). Cognitive behavior therapy for eating disorders: progress and problems. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 79-95.
- Wonderlich, S.A., de Zwaan, M., Mitchell, J.E., Peterson, C., & Crow, S. (2003). Psychological and Dietary Treatments of Binge Eating Disorder: Conceptual Implications. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 58-73.
- Zielke, M. (1999). Kosten-Nutzen-Aspekte in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 49, 361-367.
- Zielke, M., Borgart, E-J., Carls, W., Herder, F., Lebenhagen, J., Leidig, S., Limbacher, K., Meermann, R. Reschenberg, I., & Schwickerath, J. (2004). Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltens-medizinischer Psychosomatik in der Klinik, Kompromierter Auszug aus dem Abschlussbericht zum „Kooperativen Katamneseprojekt zwischen der DAK-Hauptverwaltung in Hamburg und den Psychosomatischen Fachkliniken Bad Dürkheim, Bad Pyrmont und Berus im AHG-Wissenschaftsrat 2004.“