

Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 8 PsychThG

Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Verfahren und Methoden der Psychotherapie

Version 3.0

Hinweis: Die Änderungen gegenüber der Version 3.0 des Methodenpapiers vom 03.06.2019 wurden vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie in seiner Sitzung vom 09.10.2023 beschlossen.

Inhaltsverzeichnis

I.	Grundlagen der Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden.....	3
I.1.	Psychotherapeutische Verfahren und Methoden.....	3
I.2.	Wissenschaftliche Anerkennung.....	6
I.3.	Anwendungsbereiche der Psychotherapie.....	10
II.	Verfahren zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren und -methoden	13
II.1.	Antragstellung und Formulierung der Fragestellung	13
II.2.	Einstufung als Psychotherapieverfahren oder Psychotherapiemethode	15
II.3.	Zusammenstellung der Studien.....	16
II.4.	Beurteilung einzelner Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden.....	17
II.4.1.	<i>Feststellung des Gegenstands der Untersuchung</i>	18
II.4.2.	<i>Beurteilung der allgemeinen methodischen Qualität einer Studie.....</i>	18
II.4.3.	<i>Beurteilung der internen Validität einer Studie</i>	19
II.4.4.	<i>Beurteilung der externen Validität einer Studie</i>	20
II.4.5.	<i>Beurteilung der Ergebnisse einer Studie.....</i>	20
II.4.6.	<i>Berücksichtigung von Einzelfallstudien</i>	22
II.4.7.	<i>Berücksichtigung älterer Studien.....</i>	22
II.5.	Wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden	23
II.5.1.	<i>Wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden für einzelne Anwendungsbereiche</i>	23
II.5.2.	<i>Wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapiemethoden für die Behandlung einzelner Störungen.....</i>	24
II.6.	Zwischenbericht.....	25
II.7.	Abschließende Begutachtung	26
III.	Empfehlungen für die Weiterbildung	26
III.1.	Psychotherapie bei Erwachsenen	26
III.2.	Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen	29
Anhang	31
1.	Kriterienkatalog zur Beurteilung der Studienqualität von Psychotherapiestudien	31
2.	Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen	37

I. Grundlagen der Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden

In seinem Methodenpapier legt der gemäß dem Psychotherapeutengesetz eingerichtete Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie basierend auf den Erfahrungen mit den bisherigen Begutachtungen und unter Berücksichtigung aktueller methodologischer Entwicklungen der Evaluationsforschung seine Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Verfahren und Methoden der Psychotherapie nieder. Grundlagen dafür sind neben seinem gesetzlichen Auftrag die wissenschaftlich-methodologische Weiterentwicklung des Fachs und die allgemeine Diskussion zur evidenzbasierten Medizin unter Berücksichtigung des besonderen Charakters psychotherapeutischer Behandlungen.

Die Begutachtung erfolgt auf der Grundlage eines strukturierten und transparenten Beurteilungsprozesses, der für alle in Frage kommenden Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden in vergleichbarer Weise durchzuführen ist, wobei der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie seine Prozesse zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden kontinuierlich weiterentwickelt.

I.1. Psychotherapeutische Verfahren und Methoden

Nach § 1 Absatz 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) ist die Ausübung von Psychotherapie jede mittels wissenschaftlich geprüfter und anerkannter psychotherapeutischer Verfahren oder Methoden berufs- oder geschäftsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Gemäß § 8 PsychThG stellt die zuständige Behörde die wissenschaftliche Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens oder einer psychotherapeutischen Methode fest. Sie stützt ihre Entscheidung dabei in Zweifelsfällen auf ein Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, der gemeinsam von der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundesärztekammer errichtet worden ist.

In den jeweiligen Weiterbildungsordnungen der Psychotherapeuten¹ sowie der Ärzte² sind die Qualifikationen mit Bezug zur Psychotherapie abgebildet. Die Weiterbildungsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern umfassen die erforderlichen Weiterbildungsinhalte für den Erwerb der Kenntnisse und Kompetenzen zur Durchführung von Psychotherapie mittels wissenschaftlich anerkannter Psychotherapieverfahren und -methoden in den Gebieten „Psychotherapie für Erwachsene“, „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“ und „Neuropsychologische Psychotherapie“ sowie in den Bereichsweiterbildungen „Analytische Psychotherapie“, „Systemische Therapie“, „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“, „Verhaltenstherapie“ und „Klinische Neuropsychologie“. Die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern umfassen die erforderlichen Weiterbildungsinhalte zur Durchführung von Psychotherapie mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren und Methoden in den Gebieten „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sowie in den Zusatz-Weiterbildungen „Psychoanalyse“ und „Psychotherapie“ (Anforderung u. a.: Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung bzw. für die Zusatz-Weiterbildung „Psychoanalyse“ Facharztanerkennung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie).

¹ Nach § 7 Abs. 1 Satz 1 PsychThG vermittelt das Studium, das Voraussetzung für die Erteilung einer Approbation als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut ist, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand psychotherapiewissenschaftlicher, psychologischer, pädagogischer, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse die grundlegenden personalen, fachlich-methodischen, sozialen und umsetzungsorientierten Kompetenzen, die für eine eigenverantwortliche, selbständige und umfassende psychotherapeutische Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersstufen und unter Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen mittels der wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und Methoden erforderlich sind. Nach § 27 Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind alle wissenschaftlich geprüften und anerkannten Psychotherapieverfahren und -methoden Gegenstand der psychotherapeutischen Prüfung.

Gemäß § 1 Abs. 1 PsychTh-AprV bzw. KJPsychTh-AprV erfolgt die Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf der Grundlage von Ausbildungsplänen und erstreckt sich auf die Vermittlung von eingehenden Grundkenntnissen in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren sowie auf eine vertiefte Ausbildung in einem dieser Verfahren. Sie ist auf der Grundlage des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes praxisnah und patientenbezogen durchzuführen. Gemäß § 27 PsychThG besteht die Möglichkeit, eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unter bestimmten Voraussetzungen bis zum 01.09.2032 bzw. (in Ausnahmefällen) bis zum 31.08.2035 nach dem in der bis zum 31.08.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG-alt) abzuschließen.

² Nach § 1 Abs. 1 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) soll die ärztliche Ausbildung grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt. Sie soll das Grundlagenwissen über die Körperfunktionen und die geistig-seelischen Eigenschaften des Menschen, das Grundlagenwissen über die Krankheiten und den kranken Menschen sowie die für das ärztliche Handeln erforderlichen allgemeinen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Diagnostik, Therapie, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, vermitteln. Gemäß § 22 Abs. 1 Nr. 1 ÄApprO umfasst der Erste Abschnitt der ärztlichen Prüfung u. a. Grundlagen der Medizinischen Psychologie. Gemäß § 27 Abs. 1 der ÄApprO ist Voraussetzung für die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, u. a. das Erbringen von Leistungsnachweisen in den Fächern Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Im Folgenden wird, sofern keine berufsgruppenspezifische Differenzierung erforderlich, allgemein der Begriff „Weiterbildung“ verwendet.

Für die Begutachtung geht der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie von folgendem Verständnis von Psychotherapie-Verfahren, Psychotherapie-Methoden und Psychotherapie-Techniken aus³:

Psychotherapie-Verfahren

Ein zur Krankenbehandlung geeignetes Psychotherapie-Verfahren ist gekennzeichnet durch

- eine umfassende, wissenschaftlich fundierte Theorie⁴ der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung beziehungsweise verschiedene Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung auf der Basis gemeinsamer theoriegebundener Grundannahmen,
- eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie mit spezifischen psychotherapeutischen Methoden bzw. Techniken für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen oder mehrere darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsmethoden oder –techniken für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen und
- darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Für die Empfehlung zur Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung muss ein Psychotherapieverfahren die Voraussetzungen nach II.5 und III. erfüllen.

Psychotherapie-Methode

Eine zur Behandlung einer oder mehrerer Störungen mit Krankheitswert geeignete Psychotherapiemethode ist gekennzeichnet durch

- eine Theorie der Entstehung und der Aufrechterhaltung dieser Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung,
- Indikationskriterien einschließlich deren diagnostischer Erfassung,
- die Beschreibung der Vorgehensweise bzw. der spezifischen psychotherapeutischen Techniken und
- die Beschreibung der angestrebten Behandlungseffekte.

³Bei der Erarbeitung der Grundlagen der Beurteilung von Verfahren und Methoden erfolgten Abstimmungen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss u. a. zu den Begriffsdefinitionen (Verfahren, Methode und Technik der Psychotherapie), den Anwendungsbereichen von Psychotherapie sowie dem Schwellenkriterium.

⁴Die Konstrukte dieser Theorie müssen definiert und operationalisiert sein.

Für die Empfehlung zur Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung muss eine Psychotherapiemethode die Voraussetzungen nach II.5 erfüllen.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie beurteilt die wissenschaftliche Anerkennung von Verfahren und eigenständigen psychotherapeutischen Methoden. Methoden, die einem Verfahren zuzuordnen sind, werden nicht gesondert auf ihre wissenschaftliche Anerkennung beurteilt, sondern lediglich im Zusammenhang mit der Beurteilung des Verfahrens.

Psychotherapie-Technik

Eine psychotherapeutische Technik ist eine konkrete Vorgehensweise, mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden erreicht werden sollen, z. B. im Bereich des psychodynamischen Verfahrens die Übertragungsdeutung zur Bewusstmachung aktualisierter unbewusster Beziehungsmuster oder in der Verhaltenstherapie die Reizkonfrontation in vivo.

I.2. Wissenschaftliche Anerkennung

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie geht entsprechend seiner Aufgabenstellung davon aus, dass die Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren oder Psychotherapiemethoden auf der Grundlage der Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung zu erfolgen hat. Dabei betreibt der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie als Institution nicht selbst Forschung, sondern sichtet und beurteilt die von Dritten durchgeführten nationalen und internationalen Forschungsarbeiten.

Der Definition von Psychotherapie gem. § 1 Abs. 2 PsychThG entsprechend geht der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie davon aus, dass **die wissenschaftliche Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens oder einer Psychotherapiemethode dann festzustellen ist, wenn es sich aus wissenschaftlicher Sicht um ein Psychotherapieverfahren oder eine Psychotherapiemethode handelt, dessen oder deren Durchführung in der Praxis zur Heilung oder Linderung von definierten Störungen mit Krankheitswert führt.**

Für die Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden sind insbesondere solche Untersuchungen heranzuziehen, die belegen, dass das entsprechende psychotherapeutische Vorgehen wirksam ist und dessen Anwendung in der Praxis den im Gesetz geforderten Effekt der Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert hat. Damit ergeben sich für die Beurteilung von Forschungsarbeiten folgende grundsätzliche Kriterien:

- **Kriterium 1:** Der Einsatz der Intervention erfolgt bei Personen, die unter einer Störung mit Krankheitswert leiden, und der beobachtete therapeutische Effekt stellt eine Heilung oder Linderung dieser Störung dar.

Für die Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung werden wissenschaftliche Ergebnisse nur insofern berücksichtigt, als sie sich auf die Behandlung von Personen beziehen, die unter einer Störung mit Krankheitswert leiden. Weiterhin werden Erfolgskriterien nur insoweit berücksichtigt, als sie Rückschlüsse auf die Erreichung des Ziels der „Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert“ erlauben (Näheres unter II.2.5. Beurteilung der Ergebnisse einer Studie).

- **Kriterium 2:** Der beobachtete therapeutische Effekt ist inter-subjektiv feststellbar und replizierbar.

Der Eindruck von Patienten und Therapeuten, dass eine Behandlung erfolgreich ist, ist durch eine kontrollierte Überprüfung mittels objektiver, reliabler und valider Messungen zu belegen. Weiterhin kann die Wirkung eines Psychotherapieverfahrens oder einer Psychotherapiemethode nur dann festgestellt werden, wenn der jeweilige Effekt wiederholt, in voneinander unabhängigen Studien jeweils unter kontrollierten Bedingungen festgestellt wurde (Näheres unter II.4.2 Beurteilung der allgemeinen methodischen Qualität einer Studie).

- **Kriterium 3:** Der erzielte Effekt muss mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die psychotherapeutische Intervention zurückführbar sein (interne Validität).

Es muss ersichtlich sein, dass dieser Effekt tatsächlich auf das untersuchte Psychotherapieverfahren oder die Psychotherapiemethode zurückzuführen ist und nicht allein oder primär auf andere Bedingungen, die – zufällig oder nicht zufällig – gegeben waren. Dies wird in der Regel dadurch nachgewiesen,

- dass eine vergleichbare Gruppe von Patienten, die nicht mit der zu beurteilenden Psychotherapiemethode bzw. dem zu beurteilenden Psychotherapieverfahren behandelt wurde, sondern eine Behandlung mit einem anderen Psychotherapieverfahren oder einer anderen Psychotherapiemethode, keine Behandlung, lediglich eine Placebobehandlung oder eine Behandlung wie sonst üblich erhalten hat, nicht das gleich gute Ergebnis erzielt hat,
- oder dass die mit der untersuchten Psychotherapiemethode oder dem untersuchten Psychotherapieverfahren behandelte Gruppe von Patienten zumindest kein schlechteres Therapieresultat erzielt hat als eine Gruppe von Patienten, die eine andere, bereits nachweislich erfolgreiche Behandlung erhalten hat,

- oder dass in einer Serie von Einzelfalluntersuchungen ein systematischer Zusammenhang zwischen Methodenanwendung und Effekt gezeigt wurde.

Diese Überprüfung kann grundsätzlich unter Forschungs- oder Praxisbedingungen erfolgen (Näheres unter II.4.3 Beurteilung der internen Validität).

- **Kriterium 4:** Die untersuchte psychotherapeutische Intervention ist in der Praxis unter den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens effektiv durchführbar (externe Validität).

Von der in Studien nachgewiesenen Wirksamkeit (Effektivität) kann nur in dem Maße auf die Wirksamkeit in der Praxis geschlossen werden, in dem das konkrete Vorgehen des Therapeuten, Merkmale der Patienten sowie die Rahmenbedingungen, wie sie bei den Untersuchungen gegeben waren, auch unter Bedingungen der Versorgungspraxis grundsätzlich Erfolg versprechend sind. Neben der nachgewiesenen Wirksamkeit (interne Validität) sind also auch die Vergleichbarkeit der Studienbedingungen mit den Bedingungen der klinischen Praxis und die Übertragbarkeit der Forschungsergebnisse auf den klinischen Alltag zu beurteilen (siehe II.4.4 Beurteilung der externen Validität).

Interne und externe Validität. Aus dem Nachweis der internen Validität kann nicht auf die externe Validität geschlossen werden und umgekehrt. Die Frage nach der internen und die Frage nach der externen Validität erfordert die Berücksichtigung jeweils unterschiedlicher methodischer Regeln. Zumeist werden Studien geplant und durchgeführt, die lediglich auf die Beantwortung einer der beiden Fragen abzielen (z. B. experimentelle Studien oder naturalistische Studien), doch es gibt auch Studien, die aufgrund ihres Untersuchungsdesigns sowohl Aussagen zur internen Validität, als auch zur externen Validität erlauben.

Weitere Forschungsfragestellungen und -bereiche. Neben der Frage, ob psychotherapeutische Interventionen im Sinne einer Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert wirken (Wirksamkeitsforschung), beschäftigt sich die Forschung zur Psychotherapie u. a. auch mit Aspekten der Wirkungsweise von Psychotherapie, ihres Einsatzes in der Praxis, ihres Beitrags zur Versorgung, der verfahrensbezogenen Grundlagenforschung und der Versorgungsforschung. Prozessforschung ist für das Verständnis und die Weiterentwicklung der Psychotherapie ebenfalls von großer Bedeutung. Wirksamkeitsforschung und Prozessforschung verfolgen zwei unterschiedliche Fragestellungen (wenn auch in einer Studie beide Fragestellungen parallel verfolgt werden können). Aus der Erklärung der Wirkungsweise eines Psychotherapieverfahrens oder seiner theoretischen Begründung lässt sich nicht zwingend auf seine Wirksamkeit und Unschädlichkeit schließen und umgekehrt ist der Nachweis der Wirksamkeit kein zwingender Beleg für die Gültigkeit der vermuteten Wirkungsweise des Psychotherapieverfahrens oder der Psychotherapiemethode.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass für die Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens oder einer Psychotherapiemethode im Sinne des Auftrags des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie daher – unabhängig von der Art der Forschung – vor allem alle Forschungsarbeiten zu dem zu beurteilenden Psychotherapieverfahren beziehungsweise zu der zu beurteilenden Psychotherapiemethode herangezogen werden, die geeignet sind, die wissenschaftliche Anerkennung zu beurteilen. Für jede dieser Arbeiten ist einzeln zu prüfen, inwieweit sie Aussagen zu den oben genannten Kriterien erlauben und damit zusammengenommen unter Berücksichtigung des Verzerrungsrisikos objektiv und reproduzierbar

(1) die Wirksamkeit im Sinne der Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert als Resultat der Anwendung der entsprechenden Intervention(en)

und

(2) die erfolgreiche Anwendung bzw. die erfolgversprechende Anwendbarkeit des Psychotherapieverfahrens oder der Psychotherapiemethode unter Bedingungen der klinischen Routine-Praxis belegen.

Wie in den Abschnitten II.4 und II.5 ausgeführt, nimmt der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie für jede Studie eine Gesamtbewertung der Studie vor, die die Aussagesicherheit und das Verzerrungsrisiko der Studie berücksichtigt.

Gültigkeit und Einschränkungen. Die Frage nach den vier genannten Kriterien kann grundsätzlich für alle Psychotherapieverfahren beziehungsweise Psychotherapiemethoden gestellt werden, unbeschadet der jeweiligen Therapietheorie und unbeschadet der in der Therapie verwirklichten therapeutischen Prinzipien.

Die Forschungsstrategie, die für eine Beurteilung der vier Kriterien der wissenschaftlichen Anerkennung erforderlich ist, ist getrennt zu sehen vom jeweiligen therapeutischen Vorgehen und seiner Begründung. Das bedeutet zum einen, dass Forschungsvorhaben grundsätzlich möglichst wenig Einfluss auf den zu erforschenden Gegenstandsbereich nehmen dürfen. Rückwirkungen der Forschung auf das therapeutische Vorgehen sollten bei einem gut geplanten Forschungsprojekt möglichst gering sein. Falls dies bei einer Untersuchung nicht gewährleistet ist, ist die Aussagekraft der Studie für die Praxis, also die externe Validität, reduziert; dies wird entsprechend bei der Bewertung der Studie berücksichtigt.

Zum anderen ist eine angemessene Beurteilung eines Psychotherapieverfahrens nur dann möglich, wenn die Erfordernisse der Anwendung eines bestimmten Psychotherapieverfahrens oder einer bestimmten Psychotherapiemethode nicht mit den erforderlichen Forschungsstrategien kollidieren. Sollte dies tatsächlich der Fall sein, so sind Abweichungen von den ansons-

ten anzulegenden Kriterien zu akzeptieren. In begründeten Fällen kann daher von den im Folgenden dargestellten Verfahrensgrundsätzen und Regeln für die Beurteilung von Psychotherapieverfahren und –methoden abgewichen werden.

I.3. Anwendungsbereiche der Psychotherapie

Vom Nachweis der Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens oder einer Methode bei einem Anwendungsbereich kann nicht generell auf die Wirksamkeit des gesamten psychotherapeutischen Verfahrens oder der Methode bei einem anderen Anwendungsbereich geschlossen werden. Darüber hinaus kann aus der Wirksamkeit eines Psychotherapieverfahrens oder einer Psychotherapiemethode bei Erwachsenen nicht generalisierend auf die Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen geschlossen werden – und umgekehrt.

Entsprechend hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie festgelegt, die Wirksamkeitsnachweise für definierte Anwendungsbereiche und für die Psychotherapie bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen getrennt zu prüfen und anzugeben, für welche Anwendungsbereiche ein Psychotherapieverfahren oder eine Psychotherapiemethode gegebenenfalls als wissenschaftlich anerkannt gelten kann. Der Nachweis der Wirksamkeit ist für die verschiedenen Anwendungsbereiche getrennt zu führen, auch wenn das Psychotherapieverfahren keine störungs- oder anwendungsbereichsspezifischen Methoden oder Techniken definiert.

Für diese Prüfung hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie 18 Anwendungsbereiche im Sinne größerer Klassen von Störungen gebildet, von denen die Anwendungsbereiche 15 bis 17 nahezu ausschließlich für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen von Bedeutung sind.⁵

Bei der Bewertung von Psychotherapieverfahren werden zusätzlich auch Studien mit Patienten, bei denen Störungen mit Krankheitswert vorliegen, die jedoch nicht eindeutig einem der 18 Anwendungsbereiche der Psychotherapie zugeordnet werden können (z. B. Patienten mit komplexen Störungen, die durch mehrere ICD-Diagnosen⁶ abgebildet werden, und/oder diagnostisch gemischte Patientengruppen), einbezogen.⁷ Diese Studien werden unter den in Abschnitt III genannten Voraussetzungen nur bei den Kriterien für die Empfehlungen für die Weiterbildung gesondert berücksichtigt.

⁵ vgl. Fußnote 3

⁶ Werden in einer Studie die Diagnosen von psychischen Störungen gemäß der jeweils gültigen Fassung der DSM-Kriterien gestellt, sind für die Zuordnung zu den Anwendungsbereichen der Psychotherapie grundsätzlich die korrespondierenden ICD-Diagnosen maßgeblich.

⁷ Solche Studien werden im Methodenpapier unter dem Begriff „gemischte Störungen“ zusammengefasst. Dabei begründen „gemischte Störungen“ keinen weiteren, 19. Anwendungsbereich der Psychotherapie.

Zusätzlich können Studien berücksichtigt werden, die auf der Grundlage einer Weiterentwicklung der Diagnosesysteme (z. B. entwicklungssensitive, transdiagnostische oder dimensionale Konzepte) durchgeführt wurden.

Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen

- 1. Affektive Störungen (F3); einschließlich F94.1; F53**
- 2. Angststörungen und Zwangsstörungen (F40 - F42; F93; F94.0)**
- 3. Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (F44 - F48)**
- 4. Abhängigkeiten und Missbrauch (F1; F55)**
- 5. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F6)**
- 6. Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43)**
- 7. Essstörungen (F50)**
- 8. Nicht-organische Schlafstörungen (F51)**
- 9. Sexuelle Funktionsstörungen (F52)**
- 10. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54)**
- 11. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)**
- 12. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0)**
- 13. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F7) und tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)**
- 14. Hyperkinetische Störungen (F90) und Störungen des Sozialverhaltens (F91; F94.2-F94.9)**
- 15. Umschriebene Entwicklungsstörungen (F80 bis F83)**
- 16. Störungen der Ausscheidung (F98.0; F98.1)**
- 17. Regulationsstörungen/ Fütterstörungen (F98.2)**
- 18. Ticstörungen und Stereotypien (F95; F98.4)**

Die Überprüfung der Kriterien zur wissenschaftlichen Anerkennung erfolgt für jeden Anwendungsbereich getrennt (vgl. II.5). Zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung einer

Psychotherapiemethode zur Behandlung von lediglich einzelnen Störungen mit Krankheitswert erfolgt die Überprüfung der wissenschaftlichen Anerkennung ausschließlich für diese Störungen und nicht für einen umfassenderen Anwendungsbereich (vgl. II.5.2).

Bestimmten Anwendungsbereichen der Psychotherapie kommt u. a. auf Grund der Häufigkeit der Störungen in der Bevölkerung und in klinischen Populationen oder aufgrund des Schweregrades, der Chronizität und der Krankheitsfolgen eine besondere Bedeutung für die Versorgung zu (Versorgungsrelevanz). Im Hinblick auf eine hinreichende Breite der psychotherapeutischen Versorgung von Patienten empfiehlt der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nur solche Psychotherapieverfahren für die Weiterbildung, die ihre Wirksamkeit insbesondere auch für Anwendungsbereiche mit hoher Versorgungsrelevanz (für Affektive Störungen sowie für Angst- und Zwangsstörungen, bei Kindern und Jugendlichen außerdem für Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens) sowie für mindestens einen bzw. zwei weitere Anwendungsbereiche mit geringerer Versorgungsrelevanz nachgewiesen haben.

Die genauen Kriterien sind unter III dargestellt.⁸

⁸ vgl. Fußnote 3

II. Verfahren zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren und -methoden

Die Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung erfolgt in sieben aufeinander aufbauenden Schritten. Auf dieser Grundlage werden – als Schritt acht – Empfehlungen für die Weiterbildung gegeben.

1. Schriftliche Formulierung der Fragestellung, ggf. zusätzlich im Rahmen einer mündlichen Vorstellung des Antrags im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie
2. Bewertung: Handelt es sich um einen Antrag in Bezug auf ein Psychotherapieverfahren oder eine Psychotherapiemethode?
3. Einstufung als Psychotherapieverfahren oder Psychotherapiemethode,
4. Zusammenstellung der einschlägigen Studien,
5. Beurteilung der einzelnen wissenschaftlichen Studien,
6. Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens oder einer Psychotherapiemethode,
7. Erstellung eines Zwischenberichts und Möglichkeit des Antragstellers zur Stellungnahme
8. Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung und zu den Empfehlungen für die Weiterbildung.

Die Kriterien für die einzelnen Beurteilungen und Entscheidungen wurden so weit als möglich operationalisiert. Ihre Anwendung setzt nicht nur entsprechende methodologische Kenntnisse, sondern auch fachwissenschaftliches psychotherapeutisches Wissen und psychotherapeutische Kompetenz voraus.

Die aufeinander aufbauenden Stufen des Begutachtungsprozesses werden kontinuierlich in einem Gutachtenprotokoll festgehalten.

Die genannten Prozessschritte werden im Folgenden im Einzelnen dargestellt.

II.1. Antragstellung und Formulierung der Fragestellung

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie wird in der Regel auf Anfrage von Landesbehörden, anderen Einrichtungen oder Fachgesellschaften bzw. Verbänden tätig, die eine Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens oder einer Psychotherapiemethode beantragen. Gegebenenfalls wird vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie ergänzend zu einer Anfrage ein entsprechender schriftlicher Antrag der Fachgesellschaften eingeholt. Der Antrag enthält:

1. Die Bezeichnung des zu beurteilenden Psychotherapieverfahrens oder der zu beurteilenden Psychotherapiemethode sowie Angaben dazu, ob es sich nach dem eigenen Selbstverständnis um ein Psychotherapieverfahren oder eine Psychotherapiemethode handelt.
2. Beschreibung der Psychotherapiemethode bzw. - im Falle eines Psychotherapieverfahrens - der Behandlungsstrategie bzw. der Methoden, die dem Psychotherapieverfahren zugeordnet sind, einschließlich der zu erzielenden Effekte und ihrer Indikationskriterien.
3. Angaben zu den für das Psychotherapieverfahren oder die Psychotherapiemethoden geltend gemachten Anwendungsbereichen, differenziert für die Psychotherapie bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen, gegebenenfalls weitere Angaben zu Merkmalen der klinischen Population und zum Setting.
4. Angaben zur Theorie des Psychotherapieverfahrens bzw. der Psychotherapiemethoden sowie der von ihnen behandelbaren Störungen sowie im Falle von Psychotherapieverfahren gegebenenfalls Angaben zu den theoretischen Grundannahmen.
5. Angaben zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.
6. Angaben zu möglichen unerwünschten Wirkungen und Kontraindikationen.
7. Angaben zur Aus-, Weiter- oder Fortbildung in dem Psychotherapieverfahren oder der Psychotherapiemethode zumindest in Deutschland.

Dem Antrag ist eine Liste von Studien anzufügen, die für die Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung relevant und gemäß den Kriterien des Methodenpapiers geeignet sind, getrennt aufgelistet für den Bereich der Psychotherapie bei Erwachsenen sowie der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen und jeweils geordnet nach den Anwendungsbereichen der Psychotherapie (siehe Anhang 2).

Die genaue Fragestellung des Gutachtens wird nach Sichtung des Antrags in Abstimmung zwischen dem Antragsteller und dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, ggf. im Rahmen einer mündlichen Vorstellung des Antrags, geklärt und im Gutachtenprotokoll festgehalten.

Die Fragestellung enthält somit:

1. die Bezeichnung des zu beurteilenden Psychotherapieverfahrens oder der zu beurteilenden Psychotherapiemethode,
2. Angaben des Antragstellers zur Einstufung als Psychotherapieverfahren oder Psychotherapiemethode,
3. im Falle eines Psychotherapieverfahrens gegebenenfalls eine Auflistung der Methoden, die aus Sicht des Antragstellers dem Psychotherapieverfahren zugeordnet sind und

4. Angaben zu den für das Psychotherapieverfahren oder die Psychotherapiemethoden geltend gemachten Anwendungsbereichen.

II.2. Einstufung als Psychotherapieverfahren oder Psychotherapiemethode

Wie ausgeführt, prüft der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in einem ersten Schritt, ob es sich um einen Gutachtenantrag zur wissenschaftlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens oder einer Psychotherapiemethode handelt. Andernfalls wird dem Antragsteller das Ergebnis ohne weitergehende Begutachtung mitgeteilt. – Falls sich diese Frage im ersten Schritt ohne eine ausführliche Sichtung der Studienlage nicht sicher klären lässt, wird das Begutachtungsverfahren fortgesetzt.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie prüft in einem zweiten Schritt die Einstufung als Psychotherapieverfahren oder Psychotherapiemethode und gegebenenfalls die Zuordnung der Methoden zu dem zu beurteilenden Psychotherapieverfahren.

Ein psychotherapeutischer Ansatz wird dann als ein **Psychotherapieverfahren** eingeordnet,

- wenn er von seinen Vertretern selbst als ein Psychotherapieverfahren verstanden wird,
- wenn er von anderen Psychotherapieverfahren unterscheidbar ist,
- wenn er auf einer umfassenden, wissenschaftlich fundierten Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung basiert,
- wenn begründete Kriterien für die Indikationsstellung sowie Konzepte zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung formuliert sind,
- wenn er bzw. seine Methoden zur Behandlung von Störungen eines breiten Spektrums von Anwendungsbereichen der Psychotherapie eingesetzt werden und
- wenn er entsprechend der im Gutachtenantrag beschriebenen Breite auf der Grundlage eines plausiblen Konzepts in der Aus-, Weiter- oder Fortbildung zumindest in Deutschland gelehrt wird.

Ein psychotherapeutischer Ansatz wird dann als eine **eigenständige Psychotherapiemethode** angesehen,

- wenn er von seinen Vertretern selber als eine Psychotherapiemethode verstanden wird,
- wenn seine Beschreibung (jeweils) neben Angaben zur Vorgehensweise auch Angaben zu den zu erzielenden Effekten und den Indikationskriterien umfasst,
- wenn eine theoretische Erklärung der Entstehung und der Aufrechterhaltung der behandelbaren Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung durch diese Psychotherapiemethode formuliert sind,

- wenn die für die Psychotherapiemethode spezifischen Faktoren relevant und von denen anderer Psychotherapiemethoden und Psychotherapieverfahren verschieden sind und
- wenn die Psychotherapiemethode nicht bereits als Methode eines vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannten Psychotherapieverfahrens berücksichtigt wurde.

Zur Beurteilung von Psychotherapieverfahren oder Psychotherapiemethoden können auch Studien berücksichtigt werden, in denen zusätzlich Techniken angewendet wurden, die auch bei anderen Psychotherapieverfahren oder Psychotherapiemethoden zur Anwendung kommen.

II.3. Zusammenstellung der Studien

Die Identifikation der Studien, welche die Grundlage der Bewertung der wissenschaftlichen Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie bilden, erfolgt auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche in den einschlägigen Datenbanken. Hierfür kann der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die Hilfe Dritter in Anspruch nehmen. Die Antragsteller und andere Vertreter des psychotherapeutischen Verfahrens oder der psychotherapeutischen Methode können von sich aus Literaturangaben ergänzen.

Die Suchstrategie für die Identifikation der relevanten Studien (Definition der Suchwörter, Generierung einer Suchstrategie und Definition der Selektionskriterien) wird von Vertretern des Psychotherapieverfahrens oder der Psychotherapiemethode vorgeschlagen. Die Suchstrategie wird vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie überprüft und gegebenenfalls modifiziert bzw. ergänzt.

Das Ergebnis der Literaturrecherche, ggf. ergänzt um Publikationen im Literaturverzeichnis von dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie vorliegenden systematischen Übersichtsarbeiten, wird auf der Webseite des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie veröffentlicht. Darüber hinaus werden die Antragsteller über das Ergebnis schriftlich informiert. Diese Literaturliste kann innerhalb von vier Wochen nach Veröffentlichung auf der Webseite des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie um bis dato unberücksichtigte bzw. nicht erfasste Studien vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie oder von Interessensgruppen ergänzt werden.

Nach Ablauf der Vierwochenfrist prüft der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie, ob mit den beigebrachten Ergänzungen die relevante Studiengrundlage bestimmt worden ist. Falls sich aus dem Zwischenergebnis der Literaturrecherche die Notwendigkeit zur Überarbeitung der

Suchstrategie ergibt, legt der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie weitergehende Suchkriterien fest. Die Literaturliste wird daraufhin auf der Basis der Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche mittels der überarbeiteten Suchstrategie ergänzt.

Anschließend werden auf der Basis der Abstracts der so erfassten Studien in einem ersten Screening diejenigen Studien bzw. Publikationen, die den geforderten Mindestkriterien offenkundig widersprechen beziehungsweise zur Beurteilung der Kriterien offenkundig nicht geeignet sind, vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie ausgeschlossen. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie berücksichtigt nur Publikationen, die nach Peer Review in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift veröffentlicht wurden. Als Ergebnis des ersten Screenings entsteht eine Basisliste von Studien, welche die Bewertungsgrundlage für die Beurteilung der Wirksamkeit des Psychotherapieverfahrens bzw. der Psychotherapiemethode darstellt. Diese Basisliste wird wiederum auf der Webseite des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie veröffentlicht.

Die Antragsteller, die die Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens bzw. einer Psychotherapiemethode beantragt haben, werden daraufhin aufgefordert, innerhalb von sechs Wochen in Papierform je drei Kopien der in der Basisliste aufgeführten Publikationen im Volltext und bei nicht deutsch- oder englischsprachigen Publikationen mit einer autorisierten Übersetzung, beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie einzureichen. Sofern einzelne Studien nicht eingereicht werden, ist dies vom Antragsteller bzw. der betroffenen Fachgesellschaft gesondert zu begründen.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie entscheidet nach Ablauf von zwei Jahren nach Durchführung der systematischen Literaturrecherche, wenn der Begutachtungsprozess noch nicht abgeschlossen sein sollte, oder vor Verabschiedung des Zwischenberichts, ob eine Aktualisierung der Recherche („Update-Recherche“) erforderlich ist.

Die konkreten Schritte der systematischen Literaturrecherche, der Screeningprozess inklusive der Definition der Screeningkriterien sowie das Ergebnis der systematischen Literaturrecherche und des ersten Screenings werden im Gutachtenprotokoll dokumentiert.

II.4. Beurteilung einzelner Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden

Grundlage für die Beurteilung der Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden sind empirische Studien. Die Beurteilung der Studien umfasst:

1. Feststellung des Gegenstands der Untersuchung: In der Studie überprüfte psychotherapeutische Vorgehensweise und Indikationsbereich

2. Allgemeine methodische Beurteilung
3. Beurteilung der internen Validität
4. Beurteilung der externen Validität
5. Beurteilung der Ergebnisse der Untersuchung.

II.4.1. Feststellung des Gegenstands der Untersuchung

Die psychotherapeutische Vorgehensweise, die in der einzelnen Studie einer Prüfung unterzogen wurde, und der in dieser Studie untersuchte Indikationsbereich werden festgestellt. Dabei werden Informationen aus einer ggf. vorliegenden Präregistrierung der Studie berücksichtigt. Die psychotherapeutische Vorgehensweise ist in der Regel durch ein Manual oder manual-ähnliche Behandlungsrichtlinien konkretisiert. Fehlt eine konkrete Beschreibung des Vorgehens und wird nur das allgemeine psychotherapeutische Verfahren angegeben, wird dies bei der Bewertung der allgemeinen methodischen Qualität bzw. bei der Bewertung der externen Validität (s. Anhang 1) berücksichtigt.

Der überprüfte **Indikationsbereich** ist gekennzeichnet durch Merkmale (Ein- und Ausschlusskriterien) der in der Untersuchung behandelten Patienten. Dies betrifft in erster Linie die Diagnosen im Sinne des DSM- oder ICD-Schlüssels. Es können jedoch ergänzend auch Informationen, welche die untersuchte Patientenstichprobe einer Studie zusätzlich kennzeichnen, festgehalten werden.

Studien, in denen überwiegend Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen, die durch mehrere ICD-Diagnosen abgebildet werden, und/oder mit diagnostisch gemischten Patientengruppen, bei denen keine eindeutige Zuordnung zu einem der 18 Anwendungsbereiche der Psychotherapie nach Abschnitt I.3 vorgenommen werden kann, sind ebenfalls zu beurteilen, da solche Studien gegebenenfalls bei den Empfehlungen für die Weiterbildung (s. unter Abschnitt III) berücksichtigt werden können.

II.4.2. Beurteilung der allgemeinen methodischen Qualität einer Studie⁹

Die methodische Qualität der einzelnen Studie wird anhand des „Kriterienkatalogs zur Beurteilung der Studienqualität von Psychotherapiestudien, Teil A: Kriterien zur Beurteilung der allgemeinen methodischen Qualität“ (s. Anhang 1) beurteilt. Für eine Studie kann in der Regel eine ausreichend hohe allgemeine methodische Qualität festgestellt werden,

⁹ Soweit für einzelne Methoden oder Verfahren Forschungsmöglichkeiten aus klinischen Gründen eingeschränkt sind, kann von den genannten Kriterien in entsprechend begründeten Fällen abgewichen werden.

1. wenn das Kriterium B12 (Darstellung der Veränderungen auf den Zielkriterien) mit 1 oder 2 bewertet wurde
und
2. wenn die Kriterien C1 (Patienten mit Störungen mit Krankheitswert) und C9 (Patientenrelevante primäre Zielkriterien) mit 1 oder 2 bewertet wurden
und
3. wenn alle A-Kriterien (A1-A19) mit 1 oder 2 bewertet wurden
oder
wenn die Kriterien A1 (Diagnosestellung) und A8 (Messung der Zielkriterien) und A17 (Statistische Power der Vergleiche) mit 1 oder 2 bewertet wurden und die Bewertung der übrigen A-Kriterien (A1, A3-A7 und A9-A19) ergibt, dass die Studie eine ausreichend hohe allgemeine methodische Qualität aufweist.¹⁰

Sofern Hinweise auf Manipulation der Ergebnisse einer Studie vorliegen, kann für die Studie keine ausreichend hohe methodische Qualität festgestellt werden. Eine Studie wird als Wirksamkeitsnachweis ausgeschlossen, wenn keine ausreichend hohe methodische Qualität festgestellt wurde.

II.4.3. Beurteilung der internen Validität einer Studie¹¹

Die interne Validität der einzelnen Studie wird anhand des „Kriterienkatalogs zur Beurteilung der Studienqualität von Psychotherapiestudien, Teil B: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität“ (s. Anhang 1) beurteilt. Für eine Studie kann in der Regel eine ausreichend hohe interne Validität festgestellt werden,

1. wenn für die Studie eine ausreichend hohe allgemeine methodische Qualität festgestellt wurde
und
2. wenn alle B-Kriterien (B1-B12) mit 1 oder 2 bewertet wurden
oder
das Kriterium B9 (Gruppenzuweisung) auf Stufe 1 oder 2 eingeschätzt wurde und die Bewertung der übrigen B-Kriterien (B1-B8 und B10-B12) ergibt, dass die Studie eine ausreichend hohe interne Validität aufweist.

¹⁰ Falls Angaben zur Beurteilung eines Kriteriums fehlen, wird dieses Kriterium in der Regel mit „9“ bewertet.

¹¹ Soweit für einzelne Methoden oder Verfahren Forschungsmöglichkeiten aus klinischen Gründen eingeschränkt sind, kann von den genannten Kriterien in entsprechend begründeten Fällen abgewichen werden.

II.4.4. Beurteilung der externen Validität einer Studie

Die externe Validität der einzelnen Studie wird anhand des „Kriterienkatalogs zur Beurteilung der Studienqualität von Psychotherapiestudien, Teil C: Kriterien zur Beurteilung der externen Validität“ (s. Anhang 1) beurteilt. Für eine Studie kann in der Regel eine ausreichend hohe externe Validität festgestellt werden,

1. wenn für die Studie eine ausreichend hohe allgemeine methodische Qualität festgestellt wurde
und
2. wenn die C-Kriterien C1-C9 mit 1 oder 2 bewertet wurden
oder
das Kriterium C9 (Patientenrelevante primäre Zielkriterien) mit 1 oder 2 bewertet wurde und die Bewertung der übrigen C-Kriterien (C1-C8) ergibt, dass die Studie eine ausreichend hohe externe Validität aufweist, wobei die Kriterien für den Praxistransfer (C10-C13) zusätzlich berücksichtigt werden.

II.4.5. Beurteilung der Ergebnisse einer Studie

Eine Studie kann als einer der geforderten Wirksamkeitsnachweise gelten, wenn sie die folgenden Bedingungen erfüllt:

- I. die allgemeine methodische Qualität der Studie wurde als ausreichend hoch beurteilt und
- II. für die Studie wurde eine ausreichend hohe interne und/oder externe Validität festgestellt und
- III.
 1. die Ergebnisse der Studie zeigen, dass in der Interventionsgruppe die Verbesserung in den primären Zielkriterien¹² zwischen Prä- und Post-Zeitpunkt signifikant größer ist und/oder das Behandlungsziel einer Heilung oder Besserung der vorliegenden Störung signifikant besser bzw. bei signifikant mehr Patienten erreicht worden ist als bei einer unbehandelten Kontrollgruppe, einer Placebo-Kontrollgruppe, einer aktiven Kontrollgruppe, einer aktiven Kontrollgruppe oder einer Kontrollgruppe mit "treatment as usual",

oder

¹² Falls in der Studie primäre Zielkriterien nicht angegeben wurden, werden diese, sofern methodisch vertretbar, bei der Beurteilung von dem jeweiligen Gutachter festgelegt.

2. in der Interventionsgruppe ist die Verbesserung in den primären Zielkriterien zwischen Prä- und Post-Zeitpunkt mindestens gleich groß wie bei einer Vergleichsgruppe mit einer bereits als wirksam nachgewiesenen Behandlung, und die Studie erfüllt darüber hinaus die folgenden Kriterien:
 - Bei der Studie muss es sich um eine randomisiert kontrollierte Studie handeln.
 - Die Studie sollte a priori als Nicht-Unterlegenheitsstudie oder Äquivalenz-Studie geplant gewesen sein. Dies schließt die a priori Festlegung eines Margins (begründet über klinische Relevanz), eine ausreichend hohe Power und die Planung einer entsprechenden Stichprobengröße ein.
 - Es muss eine adäquate Vergleichsbedingung vorliegen. Die Vergleichsbedingung („Standardtherapie“) muss einem Psychotherapieverfahren bzw. einer Psychotherapiemethode zuzuordnen sein, für die bzw. für das der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie für den untersuchten Anwendungsbereich die wissenschaftliche Anerkennung entsprechend der Kriterien in Abschnitt II.5 des Methodenpapiers festgestellt hat, und die Wirksamkeit der Vergleichsbedingung muss für den untersuchten Anwendungsbereich wissenschaftlich in einem Überlegenheits-Trial nachgewiesen sein.
 - Die Vergleichsbedingung muss bona fide durchgeführt sein, z. B. hinsichtlich Therapiedauer und –frequenz bzw. des Therapeutentrainings.
 - Das Konfidenzintervall der Effektstärke muss bei Äquivalenzprüfung vollständig innerhalb des Margins liegen (identisch mit Äquivalenznachweis durch zwei einseitige Tests (two one-sided tests, TOST)). Bei Nicht-Unterlegenheitsprüfung wird nur die untere Grenze des Konfidenzintervalls betrachtet (ein einseitiger Test). Neben einer Analyse nach dem Intention to Treat (ITT)-Prinzip sollte auch die Per-Protokoll-Analyse (PP-Analyse) durchgeführt worden sein.
 - Die Ergebnisse der Nicht-Unterlegenheitsstudie oder Äquivalenzstudie liegen für die primären Zielkriterien innerhalb des a priori festgelegten Margins.

oder

3. Sofern bei einer Studie keine Kontrollgruppen vorliegen (gegebenenfalls bei methodisch adäquaten Studien mit hoher externer Validität), können ihre Ergebnisse als Wirksamkeitsnachweis gelten, wenn der Therapieeffekt sowohl durch eine signifikante Prä-Post-Veränderung als auch die klinische Bedeutsamkeit der erreichten Veränderung nachgewiesen ist.

II.4.6. Berücksichtigung von Einzelfallstudien

Experimentelle Einzelfallstudien können zur Beurteilung der Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren und -methoden herangezogen werden, wenn in ihnen ein systematischer Zusammenhang zwischen Intervention und Effekt nachgewiesen wurde und wenn sie, soweit anwendbar, die allgemeinen wissenschaftlichen Kriterien (gemäß Abschnitt I.2. und II.4.) erfüllen. Ein systematischer Zusammenhang kann in der Regel dann aufgezeigt werden, wenn in der Einzelfallstudie

1. kontinuierliche Messungen des im Fokus stehenden Verhaltens/Erlebens über alle relevanten Untersuchungsabschnitte vorgenommen werden,
2. eine ausreichend lange Baseline des Zielverhaltens und –erlebens (analog zu einer Wartelistenkontrollbedingung in einer Gruppenstudie) erhoben wird,
3. die abhängige Variable eine ausreichend hohe Stabilität innerhalb der jeweils definierten Untersuchungsabschnitte aufweist und
4. das therapeutische Vorgehen (die Intervention) detailliert beschrieben wird (z. B. anhand eines Therapiemanuals).

Eine weitere Voraussetzung für die Berücksichtigung von Einzelfallstudien ist, dass diese von mindestens zwei unabhängigen Forschergruppen/Einrichtungen/Institutionen stammen.

Die Beurteilung der Studien erfolgt anhand des Kriterienkatalogs zur Beurteilung der Studienqualität von Psychotherapiestudien (s. Anhang). Nicht berücksichtigt werden Kriterien, die auf Grund des experimentellen Designs auf Einzelfallstudien keine Anwendung finden.

II.4.7. Berücksichtigung älterer Studien

Für den Fall, dass bei der Bewertung eines Psychotherapieverfahrens ältere Studien beurteilt werden müssen, die den heute gültigen methodischen Standards der Psychotherapieforschung nicht mehr entsprechen, weil sie zu einer Zeit geplant und durchgeführt wurden, in der diese Standards noch nicht etabliert waren, wird der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie dies bei der Beurteilung der Studien berücksichtigen.

Erfüllt eine Studie, die vor dem 1. Januar 1990 publiziert wurde, nicht die neuen Bewertungskriterien, kann sie dennoch berücksichtigt werden, wenn sie den nachfolgenden Mindestanforderungen entspricht:

1. Die Stichprobe muss hinreichend beschrieben sein.
2. Es muss ein klinisch relevantes Outcome-Kriterium genannt werden, das mit reliablen Methoden feststellbar ist, zum Beispiel Syndromskalen.

3. Es muss ein klinisch relevantes Indikationskriterium genannt werden. Dies kann eine Diagnose sein (z. B. Generalisierte Angsterkrankung), es kann aber auch ein Zielsyndrom sein (z. B. Neglect oder Schlafstörung), sofern plausibel gemacht werden kann, dass die Veränderung eines solchen Zielkriteriums bei der Behandlung einer krankheitswertigen Störung bedeutsam sein kann.
4. Es muss eine Kontrollbedingung gegeben sein, die im Vergleich zur Intervention erlaubt abzuschätzen, wie über die Zeit hin der Spontanverlauf oder der Verlauf unter einer anderen Therapie gewesen wäre.
5. Es muss nachvollziehbar gemacht werden, worin die therapeutische Intervention und der therapeutische Prozess bestand.
6. Aussagen zur Stabilität des Behandlungserfolges (Katamnese) sind wünschenswert.

Der Nachweis der Wirksamkeit eines Psychotherapieverfahrens darf dabei nur zu weniger als 50 Prozent auf älteren Studien mit veralteter Methodik beruhen.

II.5. Wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden

II.5.1. Wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden für einzelne Anwendungsbereiche

Zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens oder einer bestimmten Psychotherapiemethode für einen einzelnen Anwendungsbereich werden alle Studien herangezogen, die (entsprechend der Beschreibung nach II.4.1) das gleiche psychotherapeutische Vorgehen bei Störungen dieses Anwendungsbereichs untersucht haben.

Die wissenschaftliche Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens oder einer eigenständigen Psychotherapiemethode (im Sinne von II.2) kann für jeweils einen der Anwendungsbereiche der Psychotherapie (entsprechend Anhang 2) festgestellt werden, wenn:

1. mindestens drei methodisch adäquate und valide Studien, davon mindestens zwei mit als ausreichend hoch beurteilter interner Validität entsprechend den Kriterien zu II.4.3 und mindestens zwei mit als ausreichend hoch beurteilter externer Validität entsprechend den Kriterien zu II.4.4 vorliegen, die die Wirksamkeit dieses Psychotherapieverfahrens bzw. dieser Psychotherapiemethode für Störungen dieses Anwendungsbereiches belegen. Eine der drei Studien kann durch mindestens fünf experimentelle Einzelfallstudien ersetzt werden, die die Kriterien nach Abschnitt II.4.6 erfüllen und die die Wirksamkeit dieses Psychotherapieverfahrens oder dieser Psychotherapiemethode für Störungen dieses Anwendungsbereichs belegen.

und

2. mindestens zu einer methodisch adäquaten und validen Studie (entsprechend den Kriterien zu II.4.3 und II.4.4) eine katamnestische Untersuchung mit einer angemessenen

Ausschöpfung der Stichprobe durchgeführt wurde, die belegt, dass der Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachweisbar ist,

und

3. für den Fall, dass neben den unter 1. und 2. genannten Voraussetzungen eine größere Anzahl der vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie geprüften Studien keine Wirksamkeit für dieses Psychotherapieverfahren oder diese Psychotherapiemethode für Störungen dieses Anwendungsbereichs nachweist, mindestens eine Metaanalyse vorliegt, die gemäß üblicher Checklisten¹³ eine ausreichend hohe methodische Qualität aufweist und einen Wirksamkeitsnachweis für dieses Psychotherapieverfahren oder diese Psychotherapiemethode für Störungen dieses Anwendungsbereichs ergibt,

und wenn nicht zugleich

4. Hinweise auf erhebliche schädliche Effekte des Psychotherapieverfahrens oder der Psychotherapiemethode vorliegen. Dies ist in der Regel der Fall, wenn mindestens 10% der Studien, in der Regel jedoch mindestens zwei Studien, für welche die allgemeine methodische Qualität (entsprechend den Kriterien zu II.4.2) und die interne Validität (entsprechend den Kriterien zu II.4.3) oder die externe Validität (entsprechend den Kriterien zu II.4.4) als ausreichend hoch beurteilt wurde, nachgewiesen haben, dass das Psychotherapieverfahren oder die Psychotherapiemethode erhebliche schädliche Effekte hat.

Bei der Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens können sich die drei erforderlichen Studien auf die Untersuchung der Wirksamkeit unterschiedlicher Methoden beziehen, die diesem Psychotherapieverfahren zugeordnet werden.

II.5.2. Wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapiemethoden für die Behandlung einzelner Störungen

Zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung einer bestimmten Psychotherapiemethode für eine einzelne Störung werden alle Studien herangezogen, die (entsprechend der Beschreibung nach II.4.1) das gleiche psychotherapeutische Vorgehen bei dieser Störung untersucht haben.

Für eine Psychotherapiemethode kann dann die wissenschaftliche Anerkennung für eine einzelne Störung festgestellt werden,

¹³ z. B. Aromataris E, Fernandez R, Godfrey CM et al. Int J Evid Based Healthc. 2015 Sep;13(3):132-40.

1. wenn mindestens zwei unabhängige Studien vorliegen, deren allgemeine methodische Qualität (entsprechend den Kriterien zu II.4.2) und Validität (entsprechend den Kriterien zu II.4.3 oder II.4.4) als ausreichend hoch beurteilt wurden und welche die Wirksamkeit der Psychotherapiemethode (entsprechend den Kriterien zu II.4.5) belegen. Dabei muss:

- mindestens eine dieser Studien die Kriterien für eine hohe interne Validität (entsprechend den Kriterien zu II.4.3) erfüllen,
und
- mindestens eine dieser Studien die Kriterien für eine hohe externe Validität (entsprechend den Kriterien zu II.4.4) erfüllen.

Eine der zwei Studien kann durch mindestens fünf experimentelle Einzelfallstudien ersetzt werden, die die Kriterien nach Abschnitt II.4.6 erfüllen und die die Wirksamkeit dieses Psychotherapieverfahrens oder dieser Psychotherapiemethode für Störungen dieses Anwendungsbereichs belegen.

und

2. wenn mindestens in einer methodisch adäquaten und validen Studie (entsprechend den Kriterien zu II.4.3 und II.4.4) eine katamnestische Untersuchung mit einer angemessenen Ausschöpfung der Stichprobe durchgeführt wurde, die belegt, dass der Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachweisbar ist,

und wenn nicht zugleich

3. Hinweise auf erhebliche schädliche Effekte der Psychotherapiemethode vorliegen. Dies ist in der Regel der Fall, wenn mindestens 10% der Studien, in der Regel jedoch mindestens zwei Studien, für welche die allgemeine methodische Qualität (entsprechend den Kriterien zu II.4.2) und die interne Validität (entsprechend den Kriterien zu II.4.3) oder die externe Validität (entsprechend den Kriterien zu II.4.4) als ausreichend hoch beurteilt wurde, nachgewiesen haben, dass die Psychotherapiemethode erhebliche schädliche Effekte hat.

II.6. Zwischenbericht

Auf der Grundlage der Ergebnisse der wissenschaftlichen Beurteilung der Abschnitte II.1 bis II.5 wird ein Zwischenbericht erstellt, der dem Antragsteller mit der Möglichkeit einer schriftlichen Stellungnahme sowie ggf. zu einer Anhörung im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie zur Verfügung gestellt wird.

II.7. Abschließende Begutachtung

Das den Antrag abschließende Gutachten wird auf der Webseite des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie veröffentlicht.

III. Empfehlungen für die Weiterbildung

Für ein Psychotherapieverfahren oder eine Psychotherapiemethode, für die der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung empfiehlt, sollte die Abbildung in den Weiterbildungsordnungen geprüft werden.

Da die Ausübung von Psychotherapie gem. § 1 Abs. 2 PsychThG eine Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert darstellt, empfiehlt der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nur solche Psychotherapieverfahren für die Weiterbildung, die durch die Breite ihrer Anwendungsbereiche ihre Relevanz für eine umfassende psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen (Abschnitt III.1) bzw. von Kindern und Jugendlichen (Abschnitt III.2) nachgewiesen haben.

III.1. Psychotherapie bei Erwachsenen

Die Empfehlung für eine Weiterbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren für die umfassende psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen erfordert, dass dessen wissenschaftliche Anerkennung mindestens bei den folgenden Anwendungsbereichen¹⁴ nachgewiesen wurde:

bei den folgenden beiden Anwendungsbereichen:

1. Affektive Störungen (F3); einschließlich F94.1; F53
2. Angststörungen (F40-F42; F93 und F94.0)

und entweder zusätzlich bei mindestens einem der folgenden Anwendungsbereiche:

3. Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (F44-F48)
4. Abhängigkeit und Missbrauch (F1, F55)
5. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F6)

oder zusätzlich bei mindestens zwei der folgenden Anwendungsbereiche:

6. Anpassungsstörungen und Belastungsstörungen (F43)
7. Essstörungen (F50)

¹⁴ Studien zur Kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) werden den bereits vorhandenen Anwendungsbereichen zugeordnet. Eine Zuordnung zu mehreren Anwendungsbereichen ist möglich.

8. Nicht-organische Schlafstörungen (F51)
9. Sexuelle Funktionsstörungen (F52)
10. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen (F54)
11. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)
12. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen F0)
13. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F7) und tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)
14. Hyperkinetische Störungen (F90) und Störungen des Sozialverhaltens (F91, F94.2-F94.9)
18. Ticstörungen und Stereotypien (F95 und F98.4)

Psychotherapie-Studien mit Patienten, die an einer somatisch definierten Erkrankung leiden, sind wie folgt zu charakterisieren:

1. Studien mit Patienten, die beispielsweise nach einer onkologischen Erkrankung oder durch die Folgen einer schweren Unfallverletzung klinisch relevant psychisch belastet sind und deshalb eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, sind entweder der Diagnose-Kategorie Akute Belastungsreaktion (F43.0), wenn die Behandlungsauslösende Situation erst wenige Tage besteht, oder Anpassungsstörung (F43.2) im Sinne der Krankheitsverarbeitung zuzurechnen. Eine Zuordnung zu einer dieser beiden Diagnosekategorien muss erfolgt sein. Liegt als Folge einer Erkrankung (z. B. nach erlebter Reanimation; Narkosezwischenfälle) eine Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) vor, ist die Psychotherapie-Studie in diesen Anwendungsbereich zu kategorisieren. In diesen Studien sollten psychische Outcome-Parameter gemessen worden sein.
2. Bei somatisch Erkrankten mit einer vorbestehenden psychischen Komorbidität oder einer im Verlauf neu auftretenden psychischen Störung (z. B. einer depressiven Störung; einer Angsterkrankung) werden Studien, in denen sich die Psychotherapie auf diese Komorbidität bezieht, der entsprechenden psychischen Störung (z. B. Kategorie F32/F33ff. bei der Behandlung einer komorbiden depressiven Störung) zugeordnet.
3. In Bezug auf die Kategorie F54 („Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen“) ist gefordert, dass Patienten psychotherapeutisch behandelt werden, bei denen psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse eine wesentliche Rolle in der Ätiologie und im Verlauf körperlicher Erkrankungen, die in anderen Kapiteln der ICD klassifiziert werden, spielen. Die begleitenden psychischen Störungen sind meist unspezifisch und langanhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartungen etc.) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer anderen

Störung im Kapitel F. Dabei ist eine zusätzliche Codierung zur Bezeichnung der körperlichen Störung zu verwenden; Beispiele: Asthma, Neurodermitis, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, weiterhin in Studien nachgewiesen sind diese Zusammenhänge für die Hypertonie sowie die Migräne. Der Behandlungserfolg einer Psychotherapie muss sich an der Besserung der somatischen Symptomatik (Abnahme der Migräne-Frequenz; bessere Einstellung der Hypertonie etc.) und/oder des klinisch relevanten Gesundheitsverhaltens messen lassen.

4. In den Fällen, in denen die Typisierungen (1) bis (3) nicht zutreffen, kann Gegenstand der Psychotherapie-Studie auch die Verbesserung eines Psychopathologie-Parameters sein. Dafür müssen der oder die gemessenen Parameter zu Beginn der Studie bei der Interventionsgruppe jedoch eine definierte Normabweichung in Bezug auf die Allgemeinbevölkerung aufweisen. Diese Studien würden dann ebenfalls im Anwendungsbereich F54 gewertet.
5. Sonstige Interventionen inklusive sportlichem Training können zur Verbesserung der Zufriedenheit und der Lebensqualität körperlich Kranker erfolgreich eingesetzt werden, ohne dass es sich hierbei um eine psychotherapeutische Intervention im eigentlichen Sinne handelt. Sollten Studien mit solchen Interventionen vorgelegt werden, können diese nicht als Nachweis der Effektivität eines Psychotherapieverfahrens oder einer Psychotherapiemethode angesehen werden.

Anstelle der wissenschaftlichen Anerkennung in einem der Anwendungsbereiche 6 bis 14 oder in dem Anwendungsbereich 18 kann im Einzelfall ein Nachweis der Wirksamkeit durch eine entsprechende Anzahl von Studien zu „gemischten Störungen“ nach Absatz II.4.1 anerkannt werden, sofern diese Studien einzeln und zusammen die unter II.5 genannten Kriterien erfüllen und sofern eine Zuordnung der einzelnen Studien zu einem der 18 Anwendungsbereiche der Psychotherapie nicht möglich ist und wenn der durch die einzelnen Studien geführte Wirksamkeitsnachweis nicht überwiegend auf Behandlungseffekte bei Störungen aus solchen Anwendungsbereichen zurückzuführen ist, für die bereits ein indikationsspezifischer Wirksamkeitsnachweis erbracht worden ist. Eine Berücksichtigung von Wirksamkeitsnachweisen für ein Psychotherapieverfahren durch Studien zu gemischten Störungen bei der Empfehlung für die Weiterbildung bedarf einer umfassenden Abwägung im Einzelfall, inwieweit dieser Wirksamkeitsnachweis in seiner Bedeutung einem Wirksamkeitsnachweis in einem der Anwendungsbereiche 6 bis 14 oder in dem Anwendungsbereich 18 gleichkommt.

III.2. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Die Empfehlung für eine Weiterbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren für die umfassende psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfordert, dass dessen wissenschaftliche Anerkennung mindestens bei den folgenden Anwendungsbereichen¹⁵ nachgewiesen wurde:

bei allen drei der folgenden Anwendungsbereiche:

1. Affektive Störungen (F3; einschließlich F94.1; F53)
2. Angststörungen (F40 – F42; F93; F94.0)
14. Hyperkinetische Störungen (F90) und Störungen des Sozialverhaltens (F91; F94.2 – F94.9)

oder

bei mindestens zwei der folgenden drei Anwendungsbereiche:

1. Affektive Störungen (F3; einschließlich F94.1; F53)
2. Angststörungen (F40 – F42; F93; F94.0)
14. Hyperkinetische Störungen (F90) und Störungen des Sozialverhaltens (F91; F94.2 – F94.9)

und zusätzlich bei mindestens zwei der folgenden Anwendungsbereiche:

3. Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (F44 – F48)
4. Abhängigkeit und Missbrauch (F1; F55)
5. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)
6. Anpassungsstörungen und Belastungsstörungen (F43)
7. Essstörungen (F50)
8. Nicht-organische Schlafstörungen (F51)
9. Sexuelle Funktionsstörungen (F52)
10. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen (F54)
11. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)
12. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0)
13. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F7) und tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)
15. Umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)
16. Störungen der Ausscheidung (F98.0; F98.1)

¹⁵ Studien zur Kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) werden den bereits vorhandenen Anwendungsbereichen zugeordnet. Eine Zuordnung zu mehreren Anwendungsbereichen ist möglich.

17. Regulationsstörungen und Fütterstörungen (F98.2)
18. Ticstörungen und Stereotypien (F95; F98.4)

Zur Charakterisierung von Psychotherapie-Studien mit Patienten, die an einer somatisch definierten Erkrankung leiden, vgl. Abschnitt III.1.

Anstelle der wissenschaftlichen Anerkennung in einem der Anwendungsbereiche 3 bis 13 oder 15 bis 18 kann im Einzelfall ein Nachweis der Wirksamkeit durch eine entsprechende Anzahl von Studien zu „gemischten Störungen“ nach Absatz II.4.1 anerkannt werden, sofern diese Studien einzeln und zusammen die unter II.5 genannten Kriterien erfüllen und sofern eine Zuordnung der einzelnen Studien zu einem der 18 Anwendungsbereiche der Psychotherapie nicht möglich ist und wenn der durch die einzelnen Studien geführte Wirksamkeitsnachweis nicht überwiegend auf Behandlungseffekte bei Störungen aus solchen Anwendungsbereichen zurückzuführen ist, für die bereits ein indikationsspezifischer Wirksamkeitsnachweis erbracht worden ist. Eine Berücksichtigung von Wirksamkeitsnachweisen für ein Psychotherapieverfahren durch Studien zu gemischten Störungen bei der Empfehlung für die Weiterbildung bedarf einer umfassenden Abwägung im Einzelfall, inwieweit dieser Wirksamkeitsnachweis in seiner Bedeutung einem Wirksamkeitsnachweis in einem der Anwendungsbereiche 3 bis 13 oder 15 bis 18 gleichkommt.

Anhang

1. Kriterienkatalog zur Beurteilung der Studienqualität von Psychotherapiestudien

A.	Kriterien zur Bewertung der allgemeinen methodischen Qualität	Operationalisierung ¹⁶
	Patienten	
1.	Objektive und reliable Diagnosestellung (mittels (teil-) standardisierter Interviews) (Stufe 3 oder 9 = Ausschlusskriterium)	1) Diagnosestellung mittels strukturiertem klinischen bzw. voll standardisiertem Interview (z. B. SKID, DIPS) 2) Diagnosestellung mittels Diagnosechecklisten oder nachvollziehbarem klinischen Urteil 3) keine adäquate Diagnosestellung
2.	Höhe der Drop-out-Quote zu Behandlungsende (sofern nicht Erfolgskriterium)	1) i.d.R. Drop-out-Quote kleiner 20 % 2) i.d.R. Drop-out-Quote zwischen 20 % und 40 % 3) i.d.R. Drop-out-Quote größer 40 %
3.	Unterschiede in der Drop-out-Quote zwischen den Behandlungsgruppen	1) unter 15 % 3) über 15 %
4.	Höhe der Studien-Drop-outs zur Katamnese (falls Katamneseerhebung durchgeführt)	1) deutlich besser als in Studien mit vergleichbarem Katamnesezeitraum 2) Drop-out-Quote vergleichbar mit Studien mit entsprechendem Katamnesezeitraum 3) deutlich schlechter als in Studien mit vergleichbarem Katamnesezeitraum
	Studiendesign	
5.	Stichprobengröße pro Gruppe	1) n pro Gruppe > 30 2) n pro Gruppe 10-30 3) n pro Gruppe < 10 (Abweichungen von diesem Schema sind bei sehr seltenen Erkrankungen möglich.)
6.	Vergleiche der (sofern vorhanden) Behandlungsgruppen und der Messzeitpunkte a priori definiert	1) a priori Definition der Vergleiche der (sofern vorhanden) Behandlungsgruppen und Messzeitpunkte erfüllt 2) teilweise post-hoc Definition der Vergleiche 3) ausschließlich post-hoc definierte Vergleiche
	Outcome-Messung	
7.	a priori Definition der primären und sekundären Zielkriterien	1) a priori definierte primäre und gegebenenfalls sekundäre Zielkriterien 2) a priori Nennung der Zielkriterien ohne Differenzierung in primäre und sekundäre Zielkriterien 3) a posteriori Definition der Zielkriterien; keine Angaben zu Zielkriterien,
8.	Reliable und valide Messung zumindest der primären Zielkriterien (Stufe 3 oder 9 = Ausschlusskriterium)	1) reliable und valide Outcome-Messung 2) nur eingeschränkte Reliabilität und/oder Validität der Messverfahren 3) Reliabilität und Validität der Messverfahren nicht überprüft oder Gütekriterien der Messverfahren sind unzureichend
9.	Klinische Bedeutsamkeit der Outcome-Messung (z. B. das Konzept der klinischen Signifikanz)	1) klinische Bedeutsamkeit des Therapieeffekts (z. B. im Sinne des Konzepts der klinischen Signifikanz) ist feststellbar 2) klinische Bedeutsamkeit des Therapieeffekts (z. B. im Sinne des Konzepts der klinischen Signifikanz) ist nur eingeschränkt feststellbar 3) klinische Bedeutsamkeit des (z. B. im Sinne des Konzepts der klinischen Signifikanz) Therapieeffekts ist nicht feststellbar

¹⁶ Falls ein Kriterium anhand der Angaben in der Publikation nicht zu beurteilen ist, wird das Kriterium mit „9“ bewertet.

10.	Multiple Informationsquellen (z. B. Patient, Therapeut, Laborwerte)	<ol style="list-style-type: none"> 1) multidimensionale Erfassung der Zielkriterien – Drei oder mehr Informationsquellen 2) zwei Informationsquellen 3) eine Informationsquelle
11.	Sofern Fremdeinschätzungsverfahren: externe Beurteiler (blind für die Gruppenzugehörigkeit)	<ol style="list-style-type: none"> 1) validiertes Fremdeinschätzungsverfahren angewendet von trainierten, für die Gruppenbedingungen blinden externen Beurteilern 2) validiertes Fremdeinschätzungsverfahren angewendet von trainierten, nicht-blinden externen Beurteilern 3) validiertes Fremdeinschätzungsverfahren angewendet – Rater sind weder trainiert noch blind für die Gruppenzugehörigkeit der Patienten
12.	Vollständige Darstellung der Ergebnisse zu allen Outcomemaßen und zu allen relevanten Messzeitpunkten	<ol style="list-style-type: none"> 1) für alle Outcome-Variablen berichtet 2) ausschließlich für die primären Zielkriterien berichtet 3) nicht für alle primären Zielkriterien berichtet
13.	Erfassung unerwünschter Wirkungen	<ol style="list-style-type: none"> 1) Systematische Erfassung und Bericht von Nebenwirkungen und kritischen Ereignissen 2) unsystematische Erfassung und/oder unvollständiger Bericht von Nebenwirkungen und kritischen Ereignissen 3) Nebenwirkungen und kritische Ereignisse wurden nicht erfasst oder nicht berichtet
	Statistische Methodik	
14.	Anwendungsvoraussetzungen für statistische Modelle geprüft und erfüllt	<ol style="list-style-type: none"> 1) Anwendungsvoraussetzungen geprüft und erfüllt 2) Anwendungsvoraussetzungen geprüft und lediglich leichte Verletzungen der Voraussetzungen oder keine Prüfung der Anwendungsvoraussetzungen bei gleichzeitiger Robustheit der angewendeten statistischen Verfahren 3) deutliche Verletzungen der Anwendungsvoraussetzungen oder keine Prüfung der Anwendungsvoraussetzungen bei substantiellem Risiko für deren Verletzung
15.	Angemessenheit der statistischen Analysen (inklusive der Korrektur für multiple Tests)	<ol style="list-style-type: none"> 1) adäquate und umfassende statistische Analysen 2) weitgehend adäquate statistische Analysen 3) unangemessene statistische Analysen (fehlende Korrektur für multiple Tests, inadäquate statistische Methoden)
16.	Intention to treat – Analysen (oder gleichwertige Alternativen) durchgeführt	<ol style="list-style-type: none"> 1) ITT-Analysen durchgeführt 2) Keine ITT-Analysen bei geringem Risiko für einen attrition bias 3) Keine ITT-Analysen bei deutlichem Risiko für einen attrition bias
17.	Statistische Power der Vergleiche bei Vergleich mit bewährter Treatment-Gruppe (Stufe 3 oder 9 = Ausschlusskriterium)	<ol style="list-style-type: none"> 1) adäquate statistische Power der Vergleiche ($\geq .80$) 2) Eingeschränkte Power der statistischen Vergleiche (.50-.79) 3) unzureichende statistische Power der Vergleiche ($< .50$)
18.	Vollständige Beschreibung der Drop-Outs	<ol style="list-style-type: none"> 1) vollständige Beschreibung aller Drop-outs, inkl. der Gründe und des Zeitpunkts des Drop-outs 2) unvollständige Angaben zu Gründen oder Zeitpunkten des Drop-outs 3) keine Beschreibung der Drop-outs oder definitive Angabe der Anzahl der drop-outs in einer Gruppe
19.	Drop-out-Analysen	<ol style="list-style-type: none"> 1) Drop-out-Analysen unter Berücksichtigung der wichtigsten prognostischen Faktoren durchgeführt; keine signifikanten Drop-out-Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen 2) Drop-out-Analysen unter Berücksichtigung wichtigster prognostischer Faktoren durchgeführt; trotz sign. Drop-out-Unterschiede ist die Validität der Ergebnisse nicht wesentlich eingeschränkt 3) Drop-out-Analysen nicht oder unter Vernachlässigung relevanter prognostischer Merkmale durchgeführt; Drop-out-Analysen stellen die Validität der Ergebnisse deutlich in Frage

B.	Kriterien zur Bewertung der internen Validität	Operationalisierung
	Patienten	
1.	Nennung der Einschluss- und Ausschlusskriterien	1) eindeutige Nennung der Einschluss- und Ausschlusskriterien 2) Einschluss- oder Ausschlusskriterien teilweise uneindeutig beschrieben 3) Einschluss- und Ausschlusskriterien sind nicht eindeutig definiert
2.	Operationalisierung der benannten Einschluss- und Ausschlusskriterien mittels valider Methoden	1) Die Einschluss- und Ausschlusskriterien sind sämtlich klar operationalisiert und werden mittels valider Methoden erfasst (z. B. komorbide Störungen als Ausschluss werden mittels strukturiertem klinischen Interview erfasst; Ausschlusskriterien beziehen sich auf eindeutig objektivierbare Merkmale wie Alter, Geschlecht etc.) 2) Die Validität der Erhebungen von Teilen der Einschluss- oder Ausschlusskriterien ist teilweise eingeschränkt (z. B. komorbide Störungen als Ausschluss werden mittels globalem klinischen Urteil eingeschätzt) und wirkt sich jedoch nur in geringem Umfang auf die Zusammensetzung der Stichprobe aus. 3) Die Validität der Erhebungen von Teilen der Einschluss- oder Ausschlusskriterien ist deutlich eingeschränkt und kann einen selektiven Einfluss auf die Zusammensetzung der Behandlungsgruppen haben.
	Intervention	
3.	Bewertung der Therapiedurchführung „bona fide“ a) Training der Therapeuten, Aufbau einer therapeutischen Beziehung	1) Die Intervention wird von trainierten Therapeuten umgesetzt und umfasst eine Interaktion zwischen Patient und Therapeut, die damit verbunden ist, dass Patienten eine Beziehung zu den Therapeuten aufbauen, und die Intervention wird auf die Patienten zugeschnitten. 3) Die unter 1) genannten Voraussetzungen werden nicht erfüllt.
	b) Interventionsprinzip, Vorgehen, Manual, Wirkfaktoren	1) Die Intervention erfüllt mindestens zwei der folgenden vier Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> • Es wird mindestens ein etabliertes psychologisches Interventionsprinzip zitiert (z. B. prolongierte Exposition), • Es liegt eine Beschreibung des psychotherapeutischen Vorgehens vor, das auf psychologischen Prinzipien beruht (z. B. Extinktion), • Ein Manual des therapeutischen Vorgehens ist verfügbar und diente als Orientierung für die Umsetzung des Vorgehens, • Aktive Wirkfaktoren des Vorgehens wurden benannt und Literatur zu diesen Wirkfaktoren wurde angegeben. 3) Weniger als zwei der unter 1) genannten Voraussetzungen werden erfüllt.
4.	Unterschied in der Allegiance der Autoren, bspw. bezüglich der Entwicklung der zu vergleichenden Interventionen oder bezüglich eines relevanten Beitrags zum ätiologischen Störungsverständnis	1) Kein Unterschied in der Allegiance, bspw. bezüglich der Entwicklung der zu vergleichenden Interventionen oder bezüglich eines für die Entwicklung der Intervention relevanten Beitrags zum ätiologischen Verständnis einer Störung 2) Geringer Unterschied in der Allegiance, bspw. bezüglich der Entwicklung der zu vergleichenden Interventionen oder bezüglich eines für die Untersuchung relevanten Beitrags zum ätiologischen Verständnis einer Störung 3) Deutlicher Unterschied in der Allegiance, bspw. bezüglich der Entwicklung der zu vergleichenden Intervention oder bezüglich eines für die Untersuchung relevanten Beitrags zum ätiologischen Verständnis einer Störung
5.	Operationale Definition der Kontrollbedingungen	1) Prospektive Festlegung und umfassende Beschreibung der Kontrollbedingung 2) Ex post facto Beschreibung der Kontrollbedingungen 3) keine Beschreibung der Kontrollbedingung
6.	Strukturelle Äquivalenz bei Kontrollbedingungen	1) hinsichtlich des Umfangs an therapeutischer Zuwendung und der Settingbedingungen in der KG besteht Äquivalenz 2) der Umfang der therapeutischen Zuwendung in der KG ist reduziert, die Settingbedingungen weichen von der IG ab 3) der Umfang der therapeutischen Zuwendung in der KG ist deutlich reduziert, die Settingbedingungen weichen wesentlich von der IG ab

7.	Manualtreue, Treatment Integrity	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hohe Manualtreue/Treatmentintegrität durch externe Beobachter (z. B. videogestützt) belegt 2) Hohe Manualtreue/Treatmentintegrität durch Fragebögen belegt 3) keine Maßnahmen zum Monitoring der Manualtreue oder Hinweise auf substantielle Abweichungen
8.	Zulässigkeit, Dokumentation und Analyse des Einflusses begleitender nicht-randomisierter Interventionen (insbesondere Pharmakotherapie)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ausschluss begleitender nicht-randomisierter Interventionen 2) begleitende nicht-randomisierte Interventionen sind zulässig, werden jedoch detailliert dokumentiert und die Analysen weisen auf keinen substantziellen, differenziellen Einfluß der begleitenden Interventionen hin 3) begleitende nicht-randomisierte Interventionen sind zulässig, werden jedoch nicht dokumentiert oder die Analysen weisen auf eine differenzielle Inanspruchnahme von begleitenden Interventionen und deren Einfluss auf das Behandlungsergebnis hin
	Studiendesign	
9.	Gruppenzuweisung [obligatorisches Kriterium für interne Validität (<3)]	<ol style="list-style-type: none"> 1) angemessene Randomisierung (inkl. Cluster-Randomisierung¹⁷) bei ausreichender Stichprobengröße ($n > 30$/Gruppe¹⁸), die das Gelingen der Randomisierung hinsichtlich bekannter und unbekannter (nicht erfasster) prognostisch relevanter Merkmale sicherstellt 2) Parallelisierung oder teilweise randomisiert oder quasi-randomisiert oder Stichprobengröße $n \geq 10$/Gruppe 3) keine randomisierte oder parallelisierte Zuweisung oder $n < 10$/Gruppe
10.	Vergleichbarkeit der Gruppen zur Baseline in Hinblick auf prognostisch relevante Merkmale (z. B. demographische Merkmale, Risikofaktoren, Komorbiditäten)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Weder statistisch (auch im Hinblick auf Effektmaße) noch klinisch relevante Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich prognostisch relevanter oder potentiell konfundierender Variablen 2) Vergleichbarkeit hinsichtlich der meisten prognostisch relevanten Merkmale ist weitgehend gegeben; signifikante Unterschiede hinsichtlich relevanter prognostischer Merkmale zwischen den Gruppen werden statistisch angemessen kontrolliert 3) Keine angemessene Überprüfung der Vergleichbarkeit oder Vergleichsgruppen unterscheiden sich erheblich hinsichtlich mehrerer prognostisch relevanter Merkmale und eine angemessene statistische Kontrolle des Einflusses dieser Merkmale fehlt
11.	Definition der Messzeitpunkte (Prospektive Messung; Follow-up-Messung)	<ol style="list-style-type: none"> 1) mehrere vorab festgelegte Messzeitpunkte über den Therapieverlauf incl. Prä-post-Messungen 2) ausschließlich Prä-post-Messung 3) ausschließlich Post-Messung
	Outcome-Messung	
12.	Erzielte Veränderungen auf den primären und sekundären Zielkriterien ggf. im Vergleich zur Kontrollgruppe (Signifikanz, Größe und Relevanz der Effekte) (Stufe 3 oder 9 = Ausschlusskriterium)	<ol style="list-style-type: none"> 1) vollständige Darstellung der erzielten Veränderungen auf den Zielkriterien inklusive der Signifikanz, Größe der Effektmaße und Ausmaß der klinisch relevanten Zielerreichung (ggf. im Vergleich zur Kontrollgruppe) 2) Darstellung des Behandlungsergebnisses nur durch Veränderungs- oder Zielerreichungsmaße oder beides ist (ggf. im Vergleich zur Kontrollgruppe) bei einigen Kriterien unvollständig 3) weitgehend unvollständige oder inadäquate Darstellung der Outcome-Kriterien (ggf. im Vergleich zur KG)

¹⁷ Erläuterung wird ergänzt

¹⁸ es handelt sich um Anhaltzahlen

C.	Kriterien zur Beurteilung der externen Validität ¹⁹	Operationalisierung
	Patienten	
1.	Stichprobe von Patienten mit Störungen mit Krankheitswert (Stufe 3 oder 9 = Ausschlusskriterium)	<ol style="list-style-type: none"> 1) ausschließlich Patienten mit Störung mit Krankheitswert (z. B. ICD-, DSM-Diagnosen) 2) Stichprobe von Patienten mit wahrscheinlicher klinischer Störung (z. B. Menschen nach Trauma) oder bis zu (maximal) 20% der Patienten mit lediglich erhöhter Symptomausprägung, z.T. subklinisch 3) Patienten ohne festgestellte Störung mit Krankheitswert
2.	Art der Rekrutierung der Stichprobe	<ol style="list-style-type: none"> 1) Patientenzugang überwiegend durch gängige klinische Routinen (Überweisung, Primärzugang, etc); keine Selektionseffekte aufgrund der Zugangswege 2) Patientenzugang überwiegend durch gängige klinische Routinen (Überweisung, Primärzugang, etc); Selektionseffekte aufgrund der Zugangswege 3) Patientenzugang überwiegend über Aufforderungen der Forschergruppe (z. B. Anzeigenwerbung)
3.	Selektivität der Stichprobe aufgrund der Ausschlusskriterien im Hinblick auf die Gesamtheit der untersuchten Störungskategorie	<ol style="list-style-type: none"> 1) keine Selektionseffekte aufgrund der Ausschlusskriterien: Einschluss aller Patienten 2) mittlere Selektionseffekte aufgrund der Ausschlusskriterien (z. B. Ausschluss einiger epidemiologisch relevanter komorbider Störungen) 3) deutliche Selektionseffekte aufgrund der Ausschlusskriterien
	Intervention	
4.	Klinische Repräsentativität der Intervention hinsichtlich Vorgehen und Dauer	<ol style="list-style-type: none"> 1) Intervention wie in klinischer Alltagspraxis 2) Intervention gegenüber klinischer Alltagspraxis teilweise verändert 3) Intervention gegenüber klinischer Alltagspraxis stark verändert
5.	Art des Therapie-Monitorings (Einfluss auf Therapeutenverhalten)	<ol style="list-style-type: none"> 1) keine Rückmeldung durch Therapie-Supervision (Ausnahmen: Audio- oder Video-Aufzeichnungen ohne Feedback an Therapeuten, nur zur späteren Auswertung sind erlaubt) 2) gelegentliche Rückmeldungen an Therapeuten 3) kontinuierliche Rückmeldungen an Therapeuten
6.	Zulässigkeit begleitender Interventionen (z. B. Pharmakotherapie)	<ol style="list-style-type: none"> 1) keine Einschränkungen 2) begleitende in der Routine-Praxis übliche Interventionen teilweise ausgeschlossen 3) alle begleitenden in der Routine-Praxis üblichen Interventionen ausgeschlossen
7.	Qualifikation der Behandler (insbes. der zu bewertenden Therapiemethode) a) Klinische Tätigkeit der Therapeuten	<ol style="list-style-type: none"> 1) Therapeuten sind praktizierende Kliniker 3) keine Kliniker oder Kliniker, die keine Psychotherapeuten sind
	b) Spezifisches Training der Psychotherapeuten in einer Behandlungsmethode für die Studie	<ol style="list-style-type: none"> 1) kein spezifisches Training für die Studie (z. B. Therapeuten wenden die von ihnen üblicherweise angewendete Therapie an) 2) kurzes Training für die Studie / intensives Training nur einiger Therapeuten 3) intensives Training vor der Studie
	Studiendesign	
8.	Repräsentativität der patientenseitigen Freiheit hinsichtlich der Wahl der Intervention	<ol style="list-style-type: none"> 1) Patienten entscheiden sich selbst für eine der angebotenen Therapieformen 2) ein Teil der Patienten (z. B. Randomisierungswillige) wird der Therapie zufällig zugewiesen 3) alle Patienten werden der Therapie (zufällig) zugewiesen

¹⁹ Die Beurteilung der externen Validität bezieht sich auf die Vergleichbarkeit mit Verhältnissen des deutschen Gesundheitssystems.

	Outcome-Messung	
9.	<p>Primäre Zielkriterien beziehen sich auf patientenrelevante Parameter (insbesondere Schwere der Symptomatik, Leiden, Beeinträchtigung/Lebensqualität, Inanspruchnahme von Diensten des Gesundheitswesens)</p> <p>(Stufe 3 oder 9 = Ausschlusskriterium)</p>	<p>1) Zielkriterien beziehen sich auf mehrere Dimensionen patienten- bzw. störungsrelevanter Parameter unter Einbezug von Beeinträchtigung/Lebensqualität und Inanspruchnahme von Diensten des Gesundheitswesens)</p> <p>2) Zielkriterien beziehen sich nur auf eine Dimension</p> <p>3) Zielkriterien beziehen sich ausschließlich auf Surrogatparameter (z. B. Kontrollüberzeugung)</p>
	Praxistransfer	
10.	Spezifikation und Herstellbarkeit notwendiger Settingbedingungen	<p>1) Notwendige Settingbedingungen herstellbar (z. B. Infrastruktur, Kooperation, Team)</p> <p>2) Notwendige Settingbedingungen nur begrenzt herstellbar (z. B. Infrastruktur, Kooperation, Team)</p> <p>3) Notwendige Settingbedingungen nicht herstellbar</p>
11.	Spezifikation und Herstellbarkeit der notwendigen Behandlerqualifikation	<p>1) Notwendige Behandlungsqualifikation eindeutig beschrieben und herstellbar</p> <p>2) Notwendige Behandlungsqualifikation eindeutig beschrieben, aber nur mit sehr großem Zeitaufwand herstellbar</p> <p>3) Notwendige Behandlungsqualifikation nicht beschrieben oder praktisch nicht herstellbar</p>
12.	Spezifikation und Erfassbarkeit relevanter Patientenmerkmale	<p>1) Relevante Patientenmerkmale (z. B. Alter, genetische Marker) praktisch erfassbar</p> <p>2) Relevante Patientenmerkmale nur mit erheblichem Aufwand erfassbar</p> <p>3) Relevante Patientenmerkmale praktisch nicht erfassbar</p>
13.	Spezifikation und Herstellbarkeit relevanter Treatmentaspekte	<p>1) Relevante Treatmentmerkmale (Art der Interventionen, Reihenfolge, Dauer) praktisch herstellbar (z. B. durch Manual)</p> <p>2) Relevante Treatmentmerkmale nur schwer herstellbar (z. B. tägliche Behandlung, Parallelbehandlung)</p> <p>3) Relevante Treatmentmerkmale praktisch nicht herstellbar</p>

2. Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen

- 1. Affektive Störungen (F3); einschließlich F94.1; F53**
- 2. Angststörungen und Zwangsstörungen (F40 - F42; F93 und F94.0)**
- 3. Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (F44 - F48)**
- 4. Abhängigkeiten und Missbrauch (F1, F55)**
- 5. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F6)**
- 6. Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43)**
- 7. Essstörungen (F50)**
- 8. Nicht-organische Schlafstörungen (F51)**
- 9. Sexuelle Funktionsstörungen (F52)**
- 10. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54)**
- 11. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)**
- 12. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0)**
- 13. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F7) und tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)**
- 14. Hyperkinetische Störungen (F90) und Störungen des Sozialverhaltens (F91, F94.2-F94.9)**
- 15. Umschriebene Entwicklungsstörungen (F80 bis F83)**
- 16. Störungen der Ausscheidung (F98.0, F98.1)**
- 17. Regulationsstörungen/ Fütterstörungen (F98.2)**
- 18. Ticstörungen und Stereotypien (F95 und F98.4)**

