

Evidenzanalyse zur Wirksamkeit therapeutischer Leistungen, die in Österreich häufig von Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen bei ausgewählten Di- agnosen erbracht werden

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und
des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger

Evidenzanalyse zur Wirksamkeit therapeutischer Leistungen, die in Österreich häufig von Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen bei ausgewählten Di- agnosen erbracht werden

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Sophie Sagerschnig
Daniela Antony
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Daniela Kern
Richard Pentz

Fachliche Begleitung:

Magdalena Arrouas
Johannes Gregoritsch
Elisabeth Zissler

Projektassistenz:

Menekşe Yılmaz

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen der Auftraggeber wieder.

Wien, im Mai 2020

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
und des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger

Zitiervorschlag: Sagerschnig, Sophie; Antony, Daniela; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kern, Daniela; Pentz, Richard (2020): Evidenzanalyse zur Wirksamkeit therapeutischer Leistungen, die in Österreich häufig von Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen bei ausgewählten Diagnosen erbracht werden. Gesundheit Österreich, Wien

P4/21/5060

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung/Fragestellung

In der mit Jänner 1992 in Kraft getretenen 50. ASVG-Novelle wurden Psychotherapie sowie klinisch-psychologische Diagnostik der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen, nicht jedoch die klinisch-psychologische Behandlung.

Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen könnten jedoch auch in der extramuralen Sachleistungsversorgung in Österreich eine wichtige Rolle einnehmen. Voraussetzung für die Aufnahme klinisch-psychologischer Behandlungsleistungen in die Leistungskataloge der Kassen ist allerdings das Vorhandensein wissenschaftlicher Evidenz bzgl. ihrer Wirksamkeit. Die fehlende allgemein anerkannte Definition von „klinisch-psychologischer Behandlung“ verunmöglicht jedoch de facto eine Gesamtbewertung. Da auch anhand der internationalen Fachliteratur v. a. im Bereich der F-Diagnosen keine seriöse Trennung zwischen klinisch-psychologischer Behandlung und Psychotherapie möglich ist, wurde in der Planungsphase dieses Projekts gemeinsam mit den Auftraggebern entschieden, für vier ausgewählte Diagnosen/Diagnosegruppen, nämlich Angststörungen und Schlaganfall für den Erwachsenenbereich sowie ADHS und Chronischer Schmerz im Kinder- und Jugendalter, Evidenz zur Wirksamkeit von Leistungen, die in Österreich in der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit diesen Diagnosen häufig v. a. durch Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen erbracht werden, zu untersuchen.

Methoden

Mithilfe von Experteninterviews wurden in einem ersten Schritt für die vorab festgelegten Diagnosen jeweils jene konkreten Interventionen identifiziert, die bei der klinisch-psychologischen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung standardmäßig zum Einsatz kommen.

In Folge wurde für jede der vier Diagnosen in den Datenbanken Medline und PsycINFO eine systematische Literatursuche über die Benutzeroberfläche OVID durchgeführt. Hierbei wurden jeweils entsprechende MeSH-Bezeichnungen sowie –Schlagworte verwendet. Zusätzlich wurde ein Filter zur Einschränkung auf bestimmte Studientypen (Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten) angewandt und die Suche auf die Zielgruppen erwachsene Patientinnen/Patienten bzw. Kinder und Jugendliche sowie auf englische und deutsche Literatur eingeschränkt.

Ergebnisse

Für alle vier untersuchten Diagnosen/Diagnosegruppen konnten systematische Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen oder Leitlinien recherchiert werden, die die Wirksamkeit psychologischer Interventionen untersuchten.

Acht systematische Übersichtsarbeiten, in denen insgesamt 106 Studien analysiert wurden, wurden für den Bereich Angststörungen bei Erwachsenen identifiziert, sieben systematische Übersichtsarbeiten, in denen insgesamt 92 Studien analysiert wurden, für die Diagnose Schlaganfall bei Erwachsenen und eine systematische Übersichtsarbeit, in der 47 Primärstudien untersucht wurden, für die Diagnose Chronischer Schmerz bei Kindern und Jugendlichen. Hinsichtlich der Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS liegt eine interdisziplinär erarbeitete evidenz- und konsensbasierte (S3-)Leitlinie vor.

Im Rahmen dieser Übersichtsarbeiten wurde einen Großteil der von den Expertinnen und Experten genannten Interventionen behandelt. Bezüglich der meisten dieser Interventionen zeigen sich Hinweise auf positive Effekte.

Schlussfolgerungen

Insgesamt sprechen die Studien für eine Wirksamkeit der untersuchten Interventionen, die Aussagekraft und Sicherheit der Evidenzlage ist aber aufgrund der Größe und Qualität der Studien gering. Hierbei muss aber auch betont werden, dass die Hinweise auf die mangelnde Qualität in der Bewertung der Studien auch dem Setting geschuldet sind, in welchem Wirksamkeitsnachweise besonders schwierig zu erbringen sind.

Schlüsselwörter

Klinische Psychologie; Klinisch-psychologische Behandlung; Evidenzanalyse

Summary

Background/Subject/Research Question

In the 50th ASVG amendment, which came into force in January 1992, psychotherapy and clinical-psychological diagnostics were put on an equal footing with medical practice and included in the benefits package of social health insurance institutions. Clinical-psychological treatment was not included.

However, clinical psychologists could also play an important role in ambulatory care in Austria. A prerequisite for the inclusion of clinical-psychological treatment services in the benefit catalogues of social health insurance institutions is, however, the scientific evidence of their effectiveness. The lack of a generally accepted definition of "clinical psychological treatment", however, makes an overall assessment impossible. Since no clear distinction can be made between clinical psychological treatment and psychotherapy, even on the basis of international specialist literature, it was decided in the planning phase of this project, together with the commissioning authority of the project, to assess evidence on the effectiveness of interventions often provided in Austria by clinical psychologists in the course of treatment of patients with one of the following four diagnoses: anxiety disorders and stroke in adults and ADHD and chronic pain in children and adolescents.

Methods

In a first step, interviews with experts were conducted to identify standard interventions in the clinical-psychological treatment of patients with these diseases.

Subsequently, a systematic literature search for each of the four diagnoses in the databases Medline and PsycINFO was conducted using the user interface OVID. In each case, corresponding MeSH designations and keywords were used. In addition, a filter was applied to limit the search to certain study types (meta-analyses, systematic reviews). The search was limited to the corresponding target groups (adult patients or children and adolescents) as well as to English and German literature.

Results/Findings

For all four diagnoses/diagnosis groups investigated, systematic reviews or meta-analyses or guidelines evaluating the effectiveness of psychological interventions were found:

- » Eight systematic reviews, in which a total of 106 studies were analysed, were identified for the area of anxiety disorders in adults.
- » Seven systematic reviews, in which a total of 92 studies were analysed, were identified for the diagnosis of stroke in adults.

- » One systematic review, in which 47 primary studies were examined, for the diagnosis of chronic pain in children and adolescents.
- » With regard to the effectiveness of psychosocial interventions for children and adolescents with ADHD, an interdisciplinary evidence- and consensus-based (S3) guideline is available.

These reviews covered most of the interventions mentioned by the experts. There are indications of positive effects with regard to most of these interventions.

Discussion/Conclusion/Recommendations

Overall, the studies indicate that the examined interventions are effective, but the significance and safety of the evidence base is small due to the size and quality of the studies. However, it must also be emphasised that the indications of the lack of quality in the assessment of the studies are also due to the setting in which proof of effectiveness is particularly difficult to provide.

Keywords

Clinical psychology; clinical psychological treatment; evidence analysis

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	V
Tabellen	IX
Abkürzungen	X
1 Einleitung	1
2 Aufgabenstellung	3
2.1 Aufgaben/Ziele	3
2.2 Nicht-Ziele	3
3 Projektdesign/Methoden	4
4 Ergebnisse	9
4.1 Ergebnisse der Interviews mit Expertinnen und Experten	9
4.1.1 Angststörungen	9
4.1.2 Schlaganfall	10
4.1.3 ADHS	11
4.1.4 Chronischer Schmerz	13
4.2 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche	13
4.2.1 Gesamtbeurteilung der Evidenzlage zu Angststörungen bei Erwachsenen	14
4.2.2 Gesamtbeurteilung der Evidenzlage zu Schlaganfall bei Erwachsenen	22
4.2.3 Gesamtbeurteilung der Evidenzlage zu ADHS bei Kindern und Jugendlichen	31
4.2.4 Gesamtbeurteilung der Evidenzlage zu Chronischem Schmerz bei Kindern und Jugendlichen	38
5 Schlussfolgerungen	40
5.1 Limitationen	40
5.2 Gefundene Effekte	41
6 Quellen und Literatur	43
Anhang	47

Tabellen

Tabelle 3.1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturselektion	6
Tabelle 4.1: Überblick über eingeschlossene Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zu Angststörungen bei Erwachsenen.....	16
Tabelle 4.2: Überblick über eingeschlossene Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zu Schlaganfall bei Erwachsenen	24
Tabelle 4.3: Überblick über die eingeschlossene S3-Leitlinie zu Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen.....	33
Tabelle 4.4: Überblick über eingeschlossene Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zu Chronischem Schmerz bei Kindern und Jugendlichen	39
Tabelle 5.1: Evidenz zur Wirksamkeit von standardmäßig durchgeführten klinisch-psychologischen Interventionen nach Diagnose.....	41

Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2017–2020)
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (seit 28. 1. 2020)
BÖP	Berufsverband Österreichischer PsychologInnen
bzw.	beziehungsweise
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
d. h.	das heißt
DVSV	Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (seit 2020)
etc.	et cetera
GkPP	Gesellschaft kritischer Psychologen und Psychologinnen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HTA	Health Technology Assessment
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (bis 2020)
ÖBVP	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
PSD	Psychosozialer Dienst
PSY 3-Diplom	Diplom für Psychotherapeutische Medizin
SV	Sozialversicherung
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche

1 Einleitung

In der mit Jänner 1992 in Kraft getretenen 50. ASVG-Novelle (676. Bundesgesetz: 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz 1991) wurden Psychotherapie sowie klinisch-psychologische Diagnostik der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen. Anders als bei der Psychotherapie gibt es bzgl. klinisch-psychologischer Diagnostik einen Gesamtvertrag zwischen dem DVSV (ehemals HVB) und dem Berufsverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP).

Der Beruf der Klinischen Psychologin bzw. des Klinischen Psychologen sowie die entsprechende Ausbildung sind im Psychologengesetz (Psychologengesetz 2013) geregelt. So werden etwa die Voraussetzungen beschrieben, die den Zugang zur postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie (wie auch Gesundheitspsychologie) ermöglichen, wie etwa ein abgeschlossenes Studium der Psychologie, das bestimmte Kriterien erfüllt. Das Gesetz beschreibt auch Tätigkeiten, die unter einen sogenannten „Tätigkeitsvorbehalt“ fallen. Das heißt, dass sie ausschließlich Berufsangehörigen der Klinischen Psychologie vorbehalten sind. Unter diese Tätigkeiten fallen die klinisch-psychologische Diagnostik sowie darauf aufbauende klinisch-psychologische Befunde und Gutachten (§ 22 Abs 2 Zi 1–2, Psychologengesetz (Psychologengesetz 2013)). Die Anwendung klinisch-psychologischer Behandlungsmethoden ist genauso wie die Begleitung von Betroffenen und Angehörigen in Krisensituationen, die klinisch-psychologische Beratung und die klinisch-psychologische Evaluation als Tätigkeitsbereich im Gesetz explizit erwähnt, fällt jedoch nicht unter den oben beschriebenen Tätigkeitsvorbehalt.

Anders als im stationären Setting (Grabenhofer-Eggerth 2012) ist die klinisch-psychologische Versorgung im extramuralen Bereich geprägt von der Diskrepanz zwischen gesetzlicher Befugnis und Verrechnungsmöglichkeiten mit den Sozialversicherungsträgern. Während im Psychologengesetz der Tätigkeitsbereich Klinischer Psychologinnen und klinischen Psychologen breiter gefasst ist, sieht der Gesamtvertrag zwischen DVSV und BÖP aus dem Jahr 1994 vor, dass lediglich klinisch-psychologische Diagnostik als Kassenleistung abgerechnet werden kann.

Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen könnten jedoch auch neben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzten mit PSY 3-Diplom in der extramuralen Sachleistungsversorgung in Österreich eine wichtige Rolle einnehmen. Die genannten Berufsgruppen besitzen zwar jeweils eigenständige Berufsbilder, die durch jeweils eigene Berufsgesetze umfassend geregelt sind. Die Versorgungsrealität zeigt jedoch, dass es große Überlappungen zwischen den Berufsgruppen gibt. Zum einen bestehen große Überschneidungen hinsichtlich der Qualifikation von Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Klinischen Psychologinnen/Psychologen – mehr als 2.400 Personen verfügen über beide Berufsberechtigungen (Sagerschnig/Tanios 2018). Zum anderen gibt es gerade im Bereich der Behandlung in der täglichen Arbeit große Überschneidungen zwischen der Klinischen Psychologie, der Psychotherapie und der psychotherapeutischen Medizin. Es mag Domänen in der einen oder der anderen Disziplin geben, z. B. im Bereich der Diagnostik oder der Anwendung ganz bestimmter Behandlungsansätze, insgesamt sind die Tätigkeitsfelder aber über-

lappend. Ein Grund dafür ist die erwähnte Doppelqualifikation (Klinische Psychologie und Psychotherapie) vieler Personen, hauptsächlich sind es aber die den Disziplinen zugrunde liegenden wissenschaftstheoretischen Konzepte, die eine klare Trennung verunmöglichen. Als Belege dafür können die Studie Psychotherapie auf Basis medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse (Bednar/Hagleitner 2007), die HTA-Studie zu klinisch-psychologischer Behandlung (Reinsperger et al. 2013), aber auch unterschiedliche Studien zur psychosozialen Versorgung bzw. Planungsarbeiten der GÖG angeführt werden (z. B. (Hagleitner et al. 2007), (Hagleitner/Sagerschnig 2011)). Eine Trennung zwischen diesen Berufsgruppen ist in den meisten westlichen Ländern in dieser Form nicht vorhanden und wird daher auch in der internationalen wissenschaftlichen Literatur nicht berücksichtigt. In den meisten Ländern werden diese therapeutischen Leistungen unter dem Begriff „Psychotherapie“ subsumiert. Auch für Hilfesuchende ist die Trennung von psychotherapeutischen Leistungen nicht nachvollziehbar.

Voraussetzung für die Aufnahme von Behandlungsleistungen Klinischer Psychologinnen und Klinische Psychologen in die Leistungskataloge der Kassen ist die wissenschaftliche Evidenz bzgl. ihrer Wirksamkeit. Bereits im Jahr 2013 wurde versucht, die Evidenz zur Wirksamkeit der „klinisch-psychologischen Behandlung“ grundlegend aufzubereiten (Reinsperger et al. 2013). Allerdings zeigte sich, dass die fehlende allgemein anerkannte Definition von „klinisch-psychologischer Behandlung“ eine Gesamtbewertung de facto verunmöglicht (Reinsperger et al. 2013; Zimmermann/Laireiter 2013). Da auch bis dato keine allgemein anerkannte Definition vorliegt und daher anhand der internationalen Fachliteratur keine seriöse Trennung zwischen klinisch-psychologischer Behandlung und Psychotherapie (sowie psychotherapeutischer Medizin) im Bereich der F-Diagnosen möglich ist, wurde in der Planungsphase dieses Projekts gemeinsam mit den Auftraggebern entschieden, Evidenz zur Wirksamkeit von Leistungen, die in Österreich häufig v. a. von Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen erbracht werden, zu untersuchen. Ursprünglich wurden von den Auftraggebern daher vier somatische Diagnosen ausgewählt, bei denen auch häufig klinisch-psychologische Behandlung, seltener aber Psychotherapie oder psychotherapeutische Medizin angewendet werden. Trotz des Hinweises auf die Problematik der Abgrenzung von Psychotherapie, psychotherapeutischer Medizin und klinisch-psychologischer Behandlung wurden im Rahmen der Expertenrunden des Projekts „Konzept für eine gesamthafte Lösung der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung“ schließlich jedoch auch zwei F-Diagnosen in das vorliegende Evidenzrecherche-Projekt aufgenommen.

2 Aufgabenstellung

2.1 Aufgaben/Ziele

Ziel des Projekts war es, wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit ausgewählter therapeutischer Leistungen bei ausgewählten Diagnosen, die in Österreich häufig von Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen erbracht werden, aufzubereiten.

Jeweils zwei Diagnosen/Diagnosegruppen aus dem Erwachsenenbereich sowie aus dem Kinder- und Jugendlichenbereich wurden unter Einbezug von Expertinnen und Experten von den Auftraggebern zur vertieften Bearbeitung ausgewählt: bezogen auf die Altersgruppe der Erwachsenen die Diagnosen Schlaganfall sowie Angststörungen, bezogen auf die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen die Diagnosen ADHS und chronische Schmerzen. Im Fokus stand dabei die Frage: Welche Behandlungsleistungen, die von Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen angewendet werden, sind bei den ausgewählten Erkrankungen wirksam?

2.2 Nicht-Ziele

Explizites Nicht-Ziel des Projekts war eine generalisierte Aussage zur Wirksamkeit klinisch-psychologischer Behandlung. Im Fokus war daher die Wirksamkeit ausgewählter therapeutischer Leistungen, die in der Regel durch Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen erbracht werden. Weitere Nicht-Ziele waren eine Abgrenzung zwischen klinisch-psychologischer Behandlung, Psychotherapie oder psychotherapeutischer Medizin durchzuführen und die Wirksamkeit dieser Behandlungsformen zu vergleichen.

3 Projektdesign/Methoden

Aufgrund der schon beschriebenen schwierigen internationalen Vergleichbarkeit und der fließenden Übergänge zwischen den Berufsgruppen Psychotherapie, Klinische Psychologie und Psychotherapeutische Medizin wurde gemeinsam mit den Auftraggebern beschlossen, bei der systematischen Evidenzrecherche auf *Leistungen* und *nicht* auf die *erbringende Berufsgruppe* zu fokussieren. Auch wäre eine internationale Literatursuche anhand des Überbegriffs der klinisch-psychologischen Behandlung nicht sinnvoll gewesen, da der Begriff „klinisch-psychologische Behandlung“ als Tätigkeitsbegriff, wie schon erwähnt, in dieser Ausprägung ein österreichisches Phänomen darstellt (Reinsperger et al. 2013).

Das Projektdesign wurde zu Beginn im Rahmen eines ganztägigen multidisziplinären Expertenworkshop präsentiert, in dem Vertreterinnen und Vertreter folgender Institutionen teilnahmen:

- » Angehörigenvertreter/-innen
- » Betroffenenvertreter/-innen
- » BMSGPK (ehemals BMASGK)
- » BÖP
- » GKPP
- » DVSU/GKKs/PV
- » ÖBVP
- » ÖGPP
- » ÖGKJP

In Folge dieses Workshops wurde entschieden, nicht nur, wie eigentlich geplant, auf somatische Diagnosen zu fokussieren, sondern auch zwei F-Diagnosen in die Recherche aufzunehmen.

Im nächsten Schritt wurden **telefonische Experteninterviews** mit folgenden vom DVSU nominierten Expertinnen und Experten zur Spezifizierung und Auswahl jener klinisch-psychologischen Leistungen, die in der Folge weiter untersucht werden sollten, durchgeführt:

- » Schlaganfall bei Erwachsenen: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Sandra Lettner
- » Angststörungen bei Erwachsenen: Dr. Norman Schmid
- » ADHS bei Kindern: Prof.ⁱⁿ DDDr.ⁱⁿ MMag.^a Ulrike Kipman
- » Chronischer Schmerz bei Kindern: Mag.^a Agnes Panagl

Leitfrage dieser Interviews war: Welche konkreten klinisch-psychologischen Leistungen/Interventionen kommen bei Menschen, die unter der jeweiligen Erkrankung leiden, standardmäßig zum Einsatz?

Die Ergebnisse dieser Experteninterviews wurden im Rahmen einer gemeinsamen **Sitzung mit den Auftraggebern und Vertreterinnen der psychologischen Berufsverbände (BÖP und GKPP)** präsentiert und diskutiert. Im Rahmen dieser Sitzung wurde festgelegt, dass die beiden Berufsverbände noch weiteres Expertenfeedback (bezüglich Vollständigkeit und Richtigkeit) zu den bisher von den befragten Expertinnen und Experten als Standardverfahren genannten Leistungen einholen bezie-

hungsweise zur weiteren Absicherung noch weitere Expertinnen und Experten für Interviews nennen. Alle von den Berufsverbänden nominierten Experten und Expertinnen wurden in Folge von Mitarbeiterinnen der Gesundheit Österreich GmbH interviewt:

- » Schlaganfall bei Erwachsenen: Mag. Andreas Zierhut, Mag.^a Judith Michlits
- » Angststörungen bei Erwachsenen: Johannes Lanzinger, MSc
- » ADHS bei Kindern: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Petra Reutemann, Dr.ⁱⁿ Monika Pataky-Ifkovits
- » Chronischer Schmerz bei Kindern: Mag.^a Monika Pucher

Dieses Vorgehen ermöglichte eine Validierung der Ergebnisse der ersten Experteninterviews durch Interviews mit den von den Berufsverbänden nominierten Expertinnen und Experten.

Die validierte Liste mit klinisch-psychologischen Standardverfahren je Diagnose wurde schließlich einer **systematischen Literaturrecherche** unterzogen und die Ergebnisse im vorliegenden Bericht aufbereitet.

Beschreibung der systematischen Literaturrecherche

Für jede der vier vorab festgelegten Diagnosen wurde in den Datenbanken Medline und PsycINFO eine systematische Literatursuche über die Benutzeroberfläche OVID durchgeführt. Hierbei wurden jeweils entsprechende MeSH-Bezeichnungen sowie –Schlagworte verwendet. Zusätzlich wurde ein Filter zur Einschränkung auf bestimmte Studientypen (Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten) angewandt und die Suche auf die Zielgruppen erwachsene Patientinnen/Patienten bzw. Kinder und Jugendliche sowie auf englische und deutsche Literatur eingeschränkt. Die Literatursuche wurde ohne Jahreseinschränkung durchgeführt.

Zur Identifizierung relevanter Studien wurden vorab Selektionskriterien definiert.

Tabelle 3.1:

Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturselektion

Ausschlusskriterien	
Formale Ausschlusskriterien	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate
A3	Studien, die auf Österreich oder vergleichbare Länder nicht übertragbar sind
A4	Selektion nach Publikationsdatum (siehe Text)
Thematische Ausschlusskriterien	
A5	Andere Fragestellung / anderer Studienschwerpunkt
A6	Andere Diagnose ¹
A7	Anderes Behandlung-/Therapieverfahren ²
A8	Andere Zielgruppe
Publikationstyp/Studiendesign	
A9	Nicht passendes Studiendesign (z. B. narrative Reviews, In-vitro- oder Tier-Studien, Fallberichte)
A10	Publikationen ohne hinreichende Studienbeschreibung (z. B. Abstracts ohne Studienbeschreibung, Kongresspräsentationen, Posters, „Comments“, „Letters“)
Einschlusskriterien	
Einschlusskriterien	
E1	Systematische Übersichtsarbeiten / Metaanalysen / Leitlinie

Quelle und Darstellung: GÖG

Die Literatursuchen werden nachfolgend je Diagnose kurz skizziert, die detaillierten Suchstrategien sind im Anhang zu finden (vgl. Anhang A–D)

Angststörungen

Zur Identifizierung relevanter Literatur für die Diagnose Angststörungen wurde am 10. 9. 2019 eine Suche in der Datenbank Medline sowie am 19. 9. 2019 eine Suche in der Datenbank PsycINFO durchgeführt. Hierfür wurden Schlagwortgruppen mit Begriffen zur Diagnose (Angststörungen) und zu möglichen therapeutischen Leistungen (z. B. Neurofeedback) gebildet und entsprechend verknüpft. Zusätzlich wurde ein Filter für die Einschränkung auf bestimmte Studientypen (Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten) verwendet und die Suche auf erwachsene Patientinnen/Patienten sowie englische und deutsche Literatur eingeschränkt.

Die Suche in beiden Datenbanken erzielte 175 Treffer. Diese wurden auf Publikationen ab dem Jahr 2014 beschränkt und nach inhaltlicher Selektion anhand der Ein- und Ausschlusskriterien in Tabelle 3.1 wurden acht Studien (Evans et al. 2018; Heeren et al. 2015; Jayasinghe et al. 2017; Kishita/Laidlaw 2017; Klainin-Yobas et al. 2015; Newby et al. 2015; Norton et al. 2015; Pompili et al. 2016) in die Aufbereitung miteinbezogen.

-
- 1 Studien, die gemischte Populationen untersuchten, wurden eingeschlossen, wenn Subgruppenanalysen zur relevanten Patientengruppe präsentiert wurden.
 - 2 Studien, die ausschließlich CBT untersuchten und keine Subgruppenanalysen zu einzelnen therapeutischen Elementen präsentieren, wurden ausgeschlossen.

Schlaganfall

Zur Identifizierung relevanter Literatur für die Diagnose Schlaganfall wurde am 18. 9. 2019 eine Suche in den Datenbanken Medline und PsycINFO durchgeführt. Hierfür wurden Schlagwortgruppen mit Begriffen zur Diagnose (Schlaganfall) und zu möglichen therapeutischen Leistungen (z. B. neuropsychologic therapies) gebildet und entsprechend verknüpft. Zusätzlich wurde ein Filter für die Einschränkung auf bestimmte Studientypen (Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten) verwendet und die Suche auf englische und deutsche Literatur eingeschränkt.

Die Suche in beiden Datenbanken erzielte 83 Treffer. Diese wurden auf Publikationen ab dem Jahr 2009 beschränkt und nach inhaltlicher anhand der Ein- und Ausschlusskriterien in Tabelle 3.1 Selektion wurden sieben Studien (Bowen et al. 2013; Hoffmann et al. 2010; Lawrence et al. 2013; Loetscher/Lincoln 2013; Poulin et al. 2012; Rohling et al. 2009; Wu et al. 2015) in die Aufbereitung miteinbezogen.

ADHS

Zur Identifizierung relevanter Literatur für die Diagnose ADHS wurde eine Suche am 26. 11. 2019 in den Datenbanken Medline sowie PsycINFO durchgeführt. Hierfür wurden Schlagwortgruppen mit Begriffen zur Diagnose (ADHS) und zu möglichen therapeutischen Leistungen (z. B. concentration training) gebildet. Zusätzlich wurde ein Filter für die Einschränkung auf bestimmte Studientypen (Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten) verwendet. Außerdem wurde die Suche auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen sowie auf englische und deutsche Literatur eingeschränkt.

Die Suche in beiden Datenbanken erzielte 115 Treffer, nach Selektion dieser wurde eine aktuell gültige, interdisziplinär erarbeitete evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (Banaschewski et al. 2018) in die Aufbereitung miteinbezogen.

Chronischer Schmerz

Zur Identifizierung relevanter Literatur für die Diagnose Chronischer Schmerz wurde eine Suche am 17. 7. 2019 in den Datenbanken Medline sowie PsycINFO durchgeführt. Hierfür wurden Schlagwortgruppen mit Begriffen zur Diagnose (chronischer Schmerz) und zu möglichen therapeutischen Leistungen (z. B. psychological therapy) gebildet. Zusätzlich wurde ein Filter für die Einschränkung auf bestimmte Studientypen (Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten) verwendet. Außerdem wurde die Suche auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen sowie auf englische und deutsche Literatur eingeschränkt.

Die Suche in beiden Datenbanken erzielte 24 Treffer. Diese wurden auf Publikationen ab dem Jahr 2014 beschränkt und nach inhaltlicher Selektion anhand der Ein- und Ausschlusskriterien in Tabelle 3.1 wurde eine Studie (Fisher et al. 2018) in die Aufbereitung miteinbezogen.

Qualitätsbewertung

Zur Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten wurde das Bias-Risiko mit Hilfe einer an AMSTAR 2³ angelehnten Checkliste beurteilt. In den Evidenztabelle sind Übersichtsarbeiten, die alle in der Checkliste abgefragten Kriterien erfüllen mit „sehr gut“ gekennzeichnet, Übersichtsarbeiten, die fast alle abgefragten Kriterien erfüllen mit „gut“.

3 https://amstar.ca/Amstar_Checklist.php

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der Interviews mit Expertinnen und Experten

In Folge werden die Ergebnisse der Experteninterviews zusammenfassend dargestellt.

4.1.1 Angststörungen

Folgende Leistungen/Interventionen werden laut Meinung der Expertinnen und Experten im Rahmen einer klinisch-psychologischen Behandlung von Personen, die unter Angststörungen leiden, standardmäßig eingesetzt:

- » Anamnese: z. B. mithilfe eines halbstrukturierten Interviews für Angststörungen (SKID); teilweise werden auch Tests durchgeführt; besonders wichtig ist auch das Erkennen von Komorbiditäten (z. B. Depressionen, Zwänge), um „Stolpersteine“ zu vermeiden (z. B. kann es sinnvoll sein, zuerst die Depression zu behandeln und erst dann die Angststörung).
- » Psychoedukation
- » Interventionen der Kognitiven Verhaltenstherapie: u. a.
 - » Erstellung einer modifizierten Version eines KVT-Modells (individuelles Modell der Angst: Abläufe werden festgehalten, Sicherheitsstrategien, Angstgedanken, körperliche Reaktionen, Vermeidungsstrategien)
 - » Konfrontationstraining / Expositions- bzw. Konfrontationstherapie (in vivo, in sensu, in virtuo – virtuelle Realitätsexposition): sehr wichtiges Element in der Behandlung
 - » Soziales Kompetenztraining (im Zusammenhang mit tiergestützten Interventionen / TGI)
 - » Achtsamkeitstraining/Achtsamkeitsübungen (auch in Verbindung mit gartentherapeutischen Maßnahmen): Zur Eignung des Einsatzes dieser Intervention gab es unterschiedliche Meinungen in den Interviews.
- » Imaginationsverfahren
- » Entspannungsmethoden
 - » Bauchatmung/Zwerchfellatmung/Entspannungsatmung (auch mit Biofeedback)
 - » Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen
- » Biofeedback
- » Neurofeedback
- » Klinische Hypnose: Die Eignung dieser Intervention wurde von den Experten unterschiedlich eingeschätzt.

4.1.2 Schlaganfall

Folgende Aufgaben übernehmen Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen mit einer Spezialisierung auf Neuropsychologie im Rahmen einer Behandlung (bzw. neuropsychologischen Rehabilitation) von Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall:

- » Klinisch-psychologische Diagnostik: Essenziell ist eine ausführliche klinisch-psychologische Diagnostik am Anfang, um herauszufinden, wo bzw. worin genau die Einschränkungen/Probleme/Defizite beim Patienten / bei der Patientin liegen, aber auch welche Stärken vorhanden sind, auf die aufgebaut werden kann. Nur auf diese Weise kann eine passgenaue, zielgerichtete Behandlung angeschlossen werden. Es können unterschiedliche neuropsychologische Funktionen in den Bereichen Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache, Wahrnehmung, Exekutivfunktionen beeinträchtigt sein. Zudem treten oft begleitende psychische Störungen auf, die mitbehandelt werden müssen, z. B. Angststörungen oder Depressionen (bedingt durch die Schädigung oder durch die Folgen der Schädigung). Neben einer Diagnostik zu Beginn sind weitere Testungen/Diagnostik in Laufe der Behandlung (Evaluierungen) wichtig, um planen zu können, wie weitergearbeitet werden muss.
- » Im Rahmen der neuropsychologischen Praxis kann das „Case Management“ für z. B. die Überbrückung bis zum nächsten stationären (Reha-)Aufenthalt erfolgen. Nur Neuropsychologinnen und Neuropsychologen können fachlich korrekt die Ausfälle/Symptome auf den verschiedenen Funktionsniveaus erkennen und daraus die adäquaten therapeutischen Maßnahmen ableiten/organisieren.
- » Leistungen in diesem Zusammenhang sind:
 - » soziale und medizinische Anamnese
 - » multiprofessionelle Therapieplanung
 - » Psychoedukation
 - » div. kognitive, störungsorientierte, kompetenzorientierte und lern- und verhaltenstheoretische Interventionen

Die im Rahmen einer neuropsychologischen Behandlung durchgeführten Interventionen können unterteilt werden in:

1. Störungsorientierte Therapie: restitutive Interventionen / wiederherstellende Übungen / rehabilitative Übungen, die auf die Reduktion spezifischer Defizite abzielen und mit welchen einzelne kognitive Defizite durch gezieltes Training ausgeglichen werden, oft computerunterstützt (z. B. Freshminder, Rehacom):
 - » Aufmerksamkeitstraining
 - » Neglect-Training (Ziel ist es, einzelne Funktionen möglichst gezielt zu trainieren, oft computergestützt)
 - » Gedächtnistraining
 - » Training der Exekutivfunktionen etc.
2. Kompetenzorientierte Therapie: umfasst auf Kompensation gerichtete Interventionen:
 - » Erlernen von störungsübergreifenden Strategien zu Selbstmanagement und Alltagsbewältigung
 - » Erarbeiten von Kompensationsstrategien

- » Training des Gebrauchs von Hilfsmitteln (z. B. Mnemotechniken oder das Einsetzen von externen Gedächtnishilfen erlernen)
 - » Psychoedukation
 - » Stressanalyse, Erlernen von Entspannungstechniken
 - » Erarbeitung alternativer Lebensziele und -perspektiven (ACT: Akzeptanz- und Commitment-Therapie) etc.
3. Lern- und verhaltenstheoretische Interventionen: Diese werden angewandt, wenn beim Schlaganfall-Patienten / bei der Schlaganfall-Patientin psychische Störungen vorliegen:
- » Krankheitseinsicht fördern
 - » Psychoedukation
 - » Kognitive Umstrukturierung
 - » Emotionsregulation
 - » Achtsamkeits-, Akzeptanztraining (Akzeptanz- und Commitment-Therapie / ACT)
 - » interpersonelle Fertigkeiten verbessern
 - » Kontingenzmanagement/ Verstärkersysteme / token economy

Bei den Interventionen, die in Punkt drei genannt werden, handelt es sich um allgemeine Methoden, diese werden jedoch gegebenenfalls an die jeweiligen kognitiven Beeinträchtigungen der Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten angepasst. Sie kommen auch unabhängig von den beiden oben genannten Ansätzen zum Einsatz oder gehen diesen voran, wenn beispielsweise eine Major Depression die Arbeit an den kognitiven Schwierigkeiten verhindert bzw. beeinträchtigt. Bei in Folge eines Schlaganfalls auftretenden Verhaltensstörungen muss auch immer abgewogen werden: Wie weit können diese therapiert werden, wie weit kann das System angepasst werden, wie weit kann das System miteinbezogen werden (z. B. Familie oder Pflegepersonal)?

4.1.3 ADHS

Am Beginn der Behandlung ist laut Expertinnen eine ausführliche Diagnostik essenziell, um die Stärken und Schwächen weitreichend zu erfassen und um ein klares Bild zu bekommen, wo man ansetzen muss. Ebenso sollte eine Evaluierung von Veränderungen (laufende Wiederholung der Diagnostik) erfolgen.

In Folge braucht es meist eine multimodale Behandlung (d. h. unterschiedliche Interventionen) unter Einbezug der betroffenen Kinder, aber auch der Eltern und idealerweise der Schule. Gerade in der Elternarbeit sind auch standardisierte Trainings in Gruppen sinnvoll, da hier die Möglichkeit zum Austausch geboten wird. Der Arbeit mit dem Umfeld und der Vernetzungsarbeit mit anderen Berufsgruppen wird ein hoher Stellenwert zugewiesen.

Wichtig ist ebenfalls eine gute Psychoedukation. Auch hier gilt: Eltern müssen von Anfang an einbezogen und über die Ursachen und die Symptome von ADHS aufgeklärt werden. Eltern müssen verstehen, dass sie nicht schuld sind, dass es sich nicht um ein Erziehungsproblem handelt, aber auch, dass die Kinder sich nicht absichtlich, aus Böswilligkeit, so verhalten bzw. um die Eltern zu ärgern. Es ist wichtig, dass die Eltern ihre Kinder verstehen, um adäquat handeln zu können (z. B.

reagieren Kinder mit ADHS häufig besser auf starke positive Reize, wie z. B. Angreifen statt nur Ansprechen).

Grundsätzlich geht es um Hilfe zur Selbsthilfe, es geht um den Umgang mit ADHS, weil dies (meist) nicht „heilbar“ ist.

Von den Expertinnen wurden verschiedene Trainings/Manuals genannt, die in der Behandlung von ADHS angewendet werden, wobei teilweise auch nur Bausteine aus den einzelnen Trainings kombiniert werden:

- » Attentioner Training (Jacobs & Petermann) / Therapieprogramm Attentioner
- » Marburger Konzentrationstraining
- » THOP: Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten
- » OptiMind: wird vor allem bei jüngeren Kindern (5–8 Jahre) eingesetzt; umfasst unter anderem verschiedene Teilleistungsbereiche, das Erstellen eines Handlungsplans, lösungsorientiertes Vorgehen, soziales Kompetenztraining.
- » SELBST-Programm für Jugendliche: Hier gibt es zwei Bände, von denen der zweite Band als geeigneter angesehen wird.
- » Lerntraining LeJA: für Jugendliche
- » Konzentrationstrainings-Programm (Ehepaar Ettrich): Konzentrationstraining und Basisinformationen; für jüngere Kinder: 3 Altersgruppen: Vorschule, 1.–2. Klasse, 3.–4. Klasse
- » Training nach Lauth und Schlottke: Basis- und Strategietraining, soziales Kompetenztraining, Wissenserweiterung; auch Lehrertraining
- » Wackelpeter & Trotzke (Döpfner): für Eltern, begleitend
- » Computergestützte Trainings: z. B. Zappelix (Bonneys); solche Trainings müssen mit Bedacht angewendet werden, da Kinder hineinkippen.

Die verschiedenen Trainings/Manuals können folgenden Überbegriffen zugeordnet werden: Selbstinstruktionstraining, (verhaltenstherapeutisches) Eltern-Kind-Training; Elterntraining, Elternarbeit/Elternschulung/Elternberatung, standardisiertes Aufmerksamkeitstraining, Spieltraining.

Weitere Behandlungselemente, die genannt wurden, sind:

- » Neurofeedback
- » Hypnotherapie – „Teilarbeit“
- » Entspannungsverfahren (Fantasiereisen etc.) / Autogenes Training / Imaginative Verfahren / Meditation – bei einigen Klientinnen und Klienten sinnvoll, bei anderen schwierig (z. B. bei Zwangssymptomatik)
- » Kreative Techniken
- » Soziales Kompetenztraining (Gruppenangebote)
- » Lerntherapie/Lerncoaching

In den Experteninterviews wird auch auf die Leitlinie der DGKJP zu ADHS verwiesen, die als sehr hilfreich eingeschätzt wird.

4.1.4 Chronischer Schmerz

Im Rahmen der Experteninterviews wurden folgende Interventionen als wichtige Elemente in der klinisch-psychologischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen genannt, wobei in der Behandlung meistens mehrere Interventionen kombiniert werden (Interventionsvielfalt):

- » Psychoedukation (Kinder und Eltern)
- » Schmerztagebuch, Veränderungsbogen, Ressourcenarbeit
- » Initiierung einer aktiven Alltagsbewältigung
- » Ablenkungsstrategien (z. B. ABC-Technik) / Aufmerksamkeitslenkung
- » Imaginationsverfahren, Visualisierungstechniken, Externalisierungstechniken
- » Kognitiv-operante Methoden / Kognitive Umstrukturierung
- » Interozeptive Reizexposition / Schmerzprovokation / Exposition in vivo
- » Klinische Hypnose (sowie Hypnotherapie)
- » Entspannungstechniken (Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Bauchatmung etc.)
- » Biofeedback
- » Interventionen zur Stressbewältigung
- » Elternspezifische Interventionen / Elternbegleitung (z. B. Unterstützung aktiver Schmerzbewältigung, Verringerung der elterlichen Aufmerksamkeit) – Modifikation von ungünstigen elterlichen Verhaltensweisen

Als Überbegriffe, unter denen die angewendeten Interventionen subsumiert werden können, wurden Psychologische Schmerztherapie/-behandlung, schmerzpsychologische Behandlung und Schmerzbewältigungstechniken genannt.

4.2 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Auf den folgenden Seiten wird die Gesamtbeurteilung der Evidenzlage zu den entsprechenden Indikationen textlich sowie tabellarisch zusammengefasst.

4.2.1 Gesamtbeurteilung der Evidenzlage zu Angststörungen bei Erwachsenen

Es wurden **acht systematische Übersichtsarbeiten** (teilweise inkl. Metaanalysen) identifiziert, die die Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Angststörungen untersuchten (Evans et al. 2018; Heeren et al. 2015; Jayasinghe et al. 2017; Kishita/Laidlaw 2017; Klainin-Yobas et al. 2015; Newby et al. 2015; Norton et al. 2015; Pompoli et al. 2016). Mehrere der identifizierten Übersichtsarbeiten untersuchten einen Studienpool, der nur teilweise für den vorliegenden Bericht relevant war (z. B. wurden auch andere psychologische Störungen, pharmakologische Behandlungen oder andere Interventionen wie Yoga oder Musiktherapie untersucht). In der vorliegenden Gesamtbeurteilung sowie in der Evidenztabelle (Tabelle 4.1) wird nur auf die relevanten Studien eingegangen, für die in den Übersichtsarbeiten Subgruppenanalysen präsentiert wurden. Insgesamt wurden in diesen Übersichtsarbeiten **106 relevante Studien** analysiert, die im Folgenden dargestellt werden. Keine dieser Primärstudien wurde in mehr als einer der behandelten Übersichtsarbeiten eingeschlossen.

Untersucht wurde:

- » Die Wirksamkeit der folgenden Interventionen auf verschiedene Angststörungen:
 - » Entspannungsinterventionen (Klainin-Yobas et al. 2015)
 - » Expositionsinterventionen (Jayasinghe et al. 2017)
 - » transdiagnostischen Interventionen (Newby et al. 2015)
- » Die Wirksamkeit der folgenden Interventionen auf soziale Angststörungen:
 - » Modifikation der Aufmerksamkeitsverzerrung (Attention bias modification, ABM) (Heeren et al. 2015)
 - » achtsamkeitsbasierte Interventionen (Norton et al. 2015)
- » Die Wirksamkeit von spezifischen Elementen aus der Kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) (Evans et al. 2018; Kishita/Laidlaw 2017) auf generalisierte Angststörungen
- » Die Wirksamkeit von psychologischen Interventionen (Pompoli et al. 2016) auf Panikstörungen.

Fünf der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten (Heeren et al. 2015; Kishita/Laidlaw 2017; Klainin-Yobas et al. 2015; Newby et al. 2015; Pompoli et al. 2016) beinhalten Metaanalysen. Alle Studien stellen **positive Effekte** der untersuchten Interventionen auf einen oder mehrere Endpunkte fest. Von diesen stützen sich die folgenden jeweils auf **mindestens drei Primärstudien**:

- » Verringerung selbsteingeschätzter Parameter sozialer Angst, Verbesserung bei der Reaktivität auf sprachliche Herausforderungen und Verringerung der Aufmerksamkeitsverzerrung durch ABM (Heeren et al. 2015)
- » Verringerung selbsteingeschätzter Parameter sozialer Angst und Depression, Verbesserung der Lebensqualität, Verringerung von Stress und funktionellen Beeinträchtigungen durch achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR) (Norton et al. 2015)
- » Verringerung selbsteingeschätzter Parameter verschiedener Angststörungen durch Relaxation und durch achtsamkeitsbasierte Interventionen (Evans et al. 2018)

- » Verbesserung bis hin zu Remission bei Panikstörungen durch physiologische Therapien wie Atemtraining oder progressive Muskelrelaxation (PMRT) (Pompoli et al. 2016)
- » Verringerung der Symptome von generalisierten Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) und Panikstörungen durch Expositionsinterventionen (Jayasinghe et al. 2017)
- » Linderung von Angstzuständen durch achtsamkeitsbasierte oder akzeptanzbasierte Interventionen (Newby et al. 2015).

In allen systematischen Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen, in denen die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien explizit beschrieben wurde, wurde diese als niedrig bis mittel eingestuft. Insbesondere wurden fehlende oder unzureichende Randomisierung, kleine Studiengrößen und unvollständige, selektive Beschreibung der Endpunkte als Qualitätsmängel angeführt. Insgesamt zeigen sich also Hinweise auf positive Effekte der oben angeführten Interventionen bei Patientinnen und Patienten mit Angststörungen. Diese sind aufgrund der eher geringen methodischen Qualität der Studien jedoch mit Unsicherheiten behaftet und können durch neue Studien wesentlich verändert werden.

Tabelle 4.1:

Überblick über eingeschlossene Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zu Angststörungen bei Erwachsenen

Autor/-in (Jahr) Studiendesign	Fragestellung Ein- und Ausschlusskriterien	Intervention Messzeitpunkt	Indikation Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Limitationen/Anmerkungen
Heeren et al. (2015) systematische Übersichtsarbeit, Metaanalyse	<p>Untersuchung der Wirksamkeit von Trainings zur Modifikation der Aufmerksamkeitsverzerrung (attention bias modification, ABM) bei sozialen Angststörungen</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » RCT » Studien in englischer Sprache <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Behandlungskombination mit anderen Therapien (z. B. CBT) 	<p>Intervention:</p> <p>ABM, eine Sitzung (5 Studien) oder mehrere Sitzungen (10 Studien, durchschnittlich 9 Sitzungen); Stimuli waren in allen Studien Gesichter mit entweder angewidertem/verärgertem oder fröhlichem/neutralem Ausdruck.</p> <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » direkt nach Intervention » Selbsteinschätzung von Parametern sozialer Angst auch im 4-Monat-Follow-up 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Soziale Angststörungen <p>Endpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Selbsteinschätzung von Parametern sozialer Angst » Aufmerksamkeitsverzerrung » Reaktivität auf die Sprechaufgabe » Selbsteinschätzung von sekundären Symptomen (z. B. Depression, Eigenschaftsangst / trait anxiety, Stress) 	<p>Es wurden 15 RCT eingeschlossen, die 1.043 Teilnehmer/-innen (537 ABM, 506 Kontrollgruppen) untersuchten.</p> <ul style="list-style-type: none"> » Es wurde eine geringe, aber signifikante Verringerung bei selbsteingeschätzten Parametern sozialer Angst festgestellt (Effektgröße $g=0,27$; $p<0,001$; 10 Studien). » Es wurde eine geringe, aber signifikante Verbesserung bei der Sprachaufgabe (Reaktivität auf sprachliche Herausforderungen) festgestellt (Effektgröße $g=0,46$; $p<0,001$; 7 Studien). » Es wurde eine geringe, aber signifikante Verringerung der Aufmerksamkeitsverzerrung festgestellt (Effektgröße $g=0,30$; $p<0,001$; 10 Studien). » Es wurden keine signifikanten Effekte auf sekundäre Symptome (8 Studien) oder im 4-Monat-Follow-up festgestellt (6 Studien). 	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch gut durchgeführte Übersichtsarbeit » Die Qualität der eingeschlossenen Studien wurde als mittel eingestuft, allerdings fehlten in vielen Publikationen wichtige Informationen zur Qualitätsbeurteilung.
Klainin-Yobas et al. (2015) systematische Übersichtsarbeit, Metaanalyse	<p>Untersuchung der Wirksamkeit von Entspannungsinterventionen auf Depression und Angst bei älteren Erwachsenen</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » RCT und nicht-randomisierte kontrollierte Studien » Studien in englischer Sprache » ältere Erwachsene (60+) » Publikationen aus den Jahren 1994–2014 <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Online-Interventionen ohne Kontrolle der Teilnahme 	<p>Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » kombiniertes Entspannungstraining » PMRT » Stressmanagement-Training <p>Es wurden zwischen 4 und 24 Therapieeinheiten durchgeführt.</p> <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » direkt nach Intervention und teilweise längerfristiges Follow-up 	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Angststörungen » Depression <p>Endpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Angst » Depression 	<p>Es wurden keine sofortigen signifikanten Effekte des kombinierten Entspannungstrainings (1 Studie), PMRT (2 Studien) oder von Stressmanagement-Training (1 Studie) auf Angst festgestellt.</p> <p>In 1 Studie wurde eine geringe signifikante Verringerung der Angst durch PMRT im 14-Wochen-Follow-up berichtet (Effektgröße $g=0,38$; $p=0,04$).</p>	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch gut durchgeführte Übersichtsarbeit » Die Qualität der eingeschlossenen Studien wurde als mittel eingestuft.

Autor/-in (Jahr) Studiendesign	Fragestellung Ein- und Ausschlusskriterien	Intervention Messzeitpunkt	Indikation Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Limitationen/Anmerkungen
Norton et al. (2015) systematische Übersichtsarbeit	<p>Untersuchung der Wirksamkeit von achtsamkeitsbasierten Interventionen bei sozialen Angststörungen</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Erwachsene (18+) » Studien in englischer Sprache <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Studien ohne quantitative statistische Analysen » Publikationen ohne Peer-Review 	<p>Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (Mindfulness-based stress reduction, MBSR) » Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (Mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) » ACT » MAGT <p>Therapieeinheiten wurden wöchentlich durchgeführt, die durchschnittliche Länge war 1,9 Stunden, die Behandlungsdauer zwischen 8 und 12 Wochen.</p> <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » direkt nach Intervention und längerfristiges Follow-up 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Soziale Angststörungen <p>Endpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Selbsteinschätzung von Parametern sozialer Angst » Depression » Lebensqualität » Stress » Funktionale Beeinträchtigung 	<p>Es wurden 9 Studien eingeschlossen, davon 7 zu Gruppentherapien und 2 zu Einzeltherapien.</p> <p>Es wurden signifikante sofortige positive Effekte von MBSR auf alle gemessenen Endpunkte festgestellt (3 Studien), in 1 Studie wurden diese Effekte auch im Follow-up beobachtet.</p> <p>Es wurde eine signifikante Verringerung der sozialen Angst durch MBCT (2 Studien) und durch ACT (2 Studien) festgestellt, sowohl sofortige Effekte als auch im Follow-up.</p> <p>Es wurden signifikante Effekte auf soziale Angst, Depression, Achtsamkeit, Erfahrungsvermeidung und Grübeln durch MAGT festgestellt, sowohl sofortige Effekte als auch im Follow-up (2 Studien).</p>	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch sehr gut durchgeführte Übersichtsarbeit » Das Bias-Risiko der eingeschlossenen Studien wurde als hoch eingestuft. » Die Autorinnen weisen auf die geringe Sicherheit der Aussagen aufgrund der dürftigen Evidenzlage hin.

Autor/-in (Jahr) Studiendesign	Fragestellung Ein- und Ausschlusskriterien	Intervention Messzeitpunkt	Indikation Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Limitationen/Anmerkungen
Pompoli et al. (2016) systematische Übersichtsarbeit, Netzwerk-Metaanalyse	<p>Untersuchung der Wirksamkeit von psychologischen Interventionen bei Panikstörungen</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » RCT » Erwachsene (18+) (mindestens 80 % der Kohorte) » Face-to-Face-Interventionen » Studien in englischer Sprache <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » gleichzeitiges Vorliegen einer weiteren psychologischen Störung 	<p>Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Psychoedukation (PE) » Unterstützende Psychotherapie (supportive psychotherapy, SP) » Physiologische Therapien, z. B. Atemtrainings, progressive Muskelrelaxation (physiological therapies, PT) » „Dritte Welle-Verhaltenstherapie“ (Third-wave CBT – 3W) » Psychodynamische Therapien <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » etwa 3–6 Monate nach Behandlungsende 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Panikstörung <p>Endpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Remission der Panikstörung (= symptomfrei) » Verbesserung der Panikstörung (verschiedene Messskalen) 	<p>Es wurde ein signifikanter unmittelbarer Effekt in Form von Remission der Panikstörung (4 Studien; OR=4,8) und eine signifikante unmittelbare Verbesserung der Panikstörung (4 Studien; SMD=0,87) durch PT (im Vergleich mit Warteliste) festgestellt.</p> <p>Es wurden zu wenige Studien zu SP (3), 3W (2), PD (2) und PE (1) gefunden und diese Interventionen wurden nicht in die Netzwerk-Metaanalyse eingeschlossen.</p> <p>Beim Vergleich der Effekte von SP und CBT auf Remission und Verbesserung der Panikstörung wurde kein Unterschied gefunden (3 Studien).</p>	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch sehr gut durchgeführte Übersichtsarbeit » Die Qualität der eingeschlossenen Studien wurde als niedrig bis sehr niedrig, das Bias-Risiko als hoch eingestuft.

Autor/-in (Jahr) Studiendesign	Fragestellung Ein- und Ausschlusskriterien	Intervention Messzeitpunkt	Indikation Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Limitationen/Anmerkungen
Kishita et al. (2017) systematische Übersichtsarbeit, Metaanalyse	<p>Vergleich der Wirksamkeit von CBT und spezifischen CBT-Elementen bei generalisierten Angststörungen in Erwachsenen im arbeitsfähigen Alter und älteren Erwachsenen</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Teilnehmer/-innen innerhalb jeder Studie entweder zwischen 18 und 60 Jahren oder > 50 Jahre » randomisierte Studien » Kontrollgruppen: nicht aktiv oder psychologische Placebo » Face-to-Face-Interventionen 	<p>Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Angewandte Progressive Muskelentspannung (Applied progressive muscle relaxation, AR) » Akzeptanzbasierte Verhaltenstherapie (Acceptance-based behaviour therapy, ABBT) <p>Es wurden zwischen 12 und 16 Therapieeinheiten durchgeführt.</p> <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » direkt vor und direkt nach der Intervention 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Generalisierte Angststörungen <p>Endpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Selbsteinschätzung von Parametern generalisierter Angststörungen (verschiedene Skalen) 	<p>Die Wirksamkeit von AR wurde in 3 Studien untersucht: 1 Studie stellte eine signifikante Verbesserung der Angststörungen fest (Effektgröße $g=0,836$; $p=0,008$), 2 Studien keine signifikanten Effekte.</p> <p>1 Studie stellte eine signifikante Verbesserung der Angststörungen durch ABBT fest (Effektgröße $g=4,226$; $p<0,001$).</p>	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch sehr gut durchgeführte Übersichtsarbeit » Die Qualität der beschriebenen Studien wurde als mittel eingestuft.
Evans et al. (2017) systematische Übersichtsarbeit, narrative Aufbereitung	<p>Untersuchung der Wirksamkeit von spezifischen CBT-Elementen bei generalisierten Angststörungen in Erwachsenen im arbeitsfähigen Alter und älteren Erwachsenen</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » RCT und Pilot-RCT » schwangere Frauen » leichte oder mittelschwere Angststörungen » nicht-pharmakologische Interventionen » Studien in englischer Sprache » Studien ab 1990 <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » schwere Angststörungen » Frauen < 18 Jahren » nicht-randomisierte Studien 	<p>Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Relaxation » Geführtes Visualisieren » Achtsamkeit <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » direkt vor und direkt nach der Intervention 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Leichte und mittelschwere Angststörungen <p>Endpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Selbsteinschätzung von Parametern der Angststörungen (verschiedene Skalen) 	<p>4 Studien untersuchten die Wirksamkeit von Relaxation: in 3 Studien wurde eine signifikante Reduktion von Parametern der Angststörung festgestellt, in 1 Studie keine signifikanten Effekte.</p> <p>2 Studien untersuchten die Wirksamkeit von geführtem Visualisieren und stellten keine signifikanten Effekte fest.</p> <p>4 Studien untersuchten die Wirksamkeit von achtsamkeitsbasierten Interventionen: in 3 Studien wurde eine signifikante Reduktion von Parametern der Angststörung festgestellt, in 1 Studie keine signifikanten Effekte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch sehr gut durchgeführte Übersichtsarbeit » Interventionen, Endpunkte und Vergleichstherapien sehr heterogen » Die Qualität der eingeschlossenen Studien konnte in den meisten Fällen aufgrund unzureichender Angaben nicht beurteilt werden.

Autor/-in (Jahr) Studiendesign	Fragestellung Ein- und Ausschlusskriterien	Intervention Messzeitpunkt	Indikation Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Limitationen/Anmerkungen
Jayasinghe et al. (2017) systematische Übersichtsarbeit, narrative Aufbereitung	<p>Untersuchung der Wirksamkeit von Expositionsinterventionen bei älteren Erwachsenen mit Angststörungen</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » ältere Erwachsene (55+) » Studien in englischer Sprache <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Patientinnen/Patienten in stationärer Pflege 	<p>Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Imaginale Exposition » In-vivo-Exposition <p>Durchschnittlich wurden 12,8 Therapieeinheiten durchgeführt. Die Länge der Einheiten lag zwischen 30 Minuten und 8 Stunden.</p> <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » direkt vor und direkt nach der Intervention » teilweise Follow-up zwischen 3 und 18 Monate nach Behandlungsende 	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Generalisierte Angststörung » Posttraumatische Belastungsstörung (Post-traumatic stress disorder, PTSD) » Spezifische Phobien » Sozialphobie » Panikstörung » Angstzustände <p>Endpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Symptome der Angststörungen (nicht näher definiert) 	<p>Insgesamt wurden 49 Studien eingeschlossen. 24 der eingeschlossenen Studien waren RCT, von diesen zeigten 13 stärkere Effekte in den Studienarmen mit Expositionsinterventionen als in den Kontrollarmen.</p> <p>17 Studien untersuchten die Wirksamkeit von Expositionsinterventionen auf generalisierte Angststörungen: 16 Studien stellten signifikante Verbesserungen der Symptome fest (davon 11 Studien auch im Follow-up), 1 Studie keine signifikanten Effekte.</p> <p>8 Studien untersuchten die Wirksamkeit von Expositionsinterventionen auf PTSD: 7 Studien stellten signifikante Verbesserungen der Symptome fest (davon 1 Studie auch im Follow-up), 1 Studie keine signifikanten Effekte.</p> <p>Weitere Studien untersuchten die Wirksamkeit von Expositionstherapien auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> » spezifische Phobien (2) » Panikstörungen (3) » Sozialphobie (1) » Angstzustände (1) <p>Alle Studien stellten signifikante Verbesserungen der Symptome fest (davon 5 Studien auch im Follow-up).</p>	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch sehr gut durchgeführte Übersichtsarbeit » Die Autorinnen merken an, dass es nicht ausreichend qualitativ hochwertige Evidenz (aus RCT) gibt.

Autor/-in (Jahr) Studiendesign	Fragestellung Ein- und Ausschlusskriterien	Intervention Messzeitpunkt	Indikation Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Limitationen/Anmerkungen
Newby et al. (2015) systematische Übersichtsarbeit, Metaanalyse	<p>Untersuchung der Wirksamkeit von transdiagnostischen Interventionen auf Angststörungen und Depressionen</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Erwachsene (18+) » Studien in englischer Sprache <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » nicht-manualisierte Behandlungsprotokolle » (Einzel-)Fallstudien » gemischte Kohorten mit psychotischen oder Persönlichkeitsstörungen oder Drogenmissbrauch » rein selbstangeleitete computerbasierte Interventionen 	<p>Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Achtsamkeitsbasierte Interventionen » Akzeptanzbasierte Interventionen <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » direkt vor und direkt nach der Intervention 	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Panikstörung » Sozialphobie » Generalisierte Angststörung <p>Endpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Symptome von Angststörungen (verschiedene Skalen) » Symptome von depressiven Störungen (verschiedene Skalen) 	<p>7 Studien untersuchten die Wirksamkeit von achtsamkeitsbasierten oder akzeptanzbasierten Interventionen auf Angstzustände und stellten eine signifikante Verbesserung fest (Effektgröße $g=0,61$; 95 % CI 0,37–0,86).</p>	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch sehr gut durchgeführte Übersichtsarbeit » Die Qualität der eingeschlossenen RCT wurde als niedrig eingestuft, die Heterogenität hoch.

3W = third-wave CBT / Dritte-Welle-Verhaltenstherapie; ABM = attention bias modification / Modifikation der Aufmerksamkeitsverzerrung; ABBT = acceptance-based behaviour therapy / Akzeptanzbasierte Verhaltenstherapie; ACT = acceptance and commitment therapy / Akzeptanz- und Commitmenttherapie; AEBT = acceptance enhanced behaviour therapy / Akzeptanzfördernde Verhaltenstherapie; AR = applied progressive muscle relaxation / Angewandte progressive Muskelentspannung; CBT = cognitive behavioural therapy / Kognitive Verhaltenstherapie; CI = confidence interval; MAGT = mindfulness and acceptance-based group therapy / Achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Gruppentherapie; MBCT = mindfulness-based cognitive therapy / Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie; MBSR = mindfulness-based stress reduction / Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion; OR = odds ratio; p = p-Wert; PE = psychoeducation / Psychoedukation; PMRT = progressive muscle relaxation therapy / Progressive Muskelrelaxation; PT = physiological therapies / Physiologische Therapien; PTSD = post-traumatic stress disorder / Posttraumatische Belastungsstörung; RCT = randomized controlled trial / randomisierte kontrollierte Studie; SMD = standardised mean difference / standardisierte Mittelwertdifferenz; SP = supportive psychotherapy / unterstützende Psychotherapie;

Darstellung: GÖG

4.2.2 Gesamtbeurteilung der Evidenzlage zu Schlaganfall bei Erwachsenen

Es wurden **sieben systematische Übersichtsarbeiten** (teilweise inkl. Metaanalysen) identifiziert, die die Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Patientinnen und Patienten nach Schlaganfällen oder anderen Hirnschädigungen untersuchen (Bowen et al. 2013; Hoffmann et al. 2010; Lawrence et al. 2013; Loetscher/Lincoln 2013; Poulin et al. 2012; Rohling et al. 2009; Wu et al. 2015). Mehrere der identifizierten Übersichtsarbeiten untersuchten einen Studienpool, der nur teilweise für den vorliegenden Bericht relevant war (z. B. wurden auch andere Hirnschädigungen, pharmakologische Behandlungen oder andere Interventionen wie verschiedene Hilfsmittel untersucht). In der vorliegenden Gesamtbeurteilung sowie in der Evidenztabelle (Tabelle 4.2) wird nur auf die relevanten Studien eingegangen, für die in den Übersichtsarbeiten Subgruppenanalysen präsentiert wurden. Insgesamt wurden in diesen Reviews **92 Studien** analysiert, die sich mehrheitlich mit Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten beschäftigten. Es gab wenige Überschneidungen zwischen den Studienpools der Übersichtsarbeiten. In den folgenden Übersichtsarbeiten fanden sich jeweils teilweise dieselben Primärstudien: Loetscher/Lincoln 2013 und Hoffmann et al. 2010 (2 Primärstudien); Rohling et al. 2009 und Hoffmann et al. 2010 (1 Primärstudie); Lawrence et al. 2013 und Wu et al. 2015 (1 Primärstudie); Loetscher/Lincoln 2013 und Rohling et al. 2009 (1 Primärstudie); Bowen et al. 2013 und Rohling et al. 2009 (1 Primärstudie); Loetscher/Lincoln 2013 und Poulin et al. 2012 (1 Primärstudie). Die Übersichtsarbeit von Hoffmann et al. untersuchte insgesamt nur 4 Primärstudien, von denen 3 auch in jeweils einer anderen hier beschriebenen Übersichtsarbeit untersucht wurden.

Konkret untersucht wurde in den Studien die Wirksamkeit

- » von kognitiven therapeutischen Interventionen auf
 - » räumlichen Neglect (Bowen et al. 2013),
 - » kognitive Fähigkeiten (Rohling et al. 2009),
 - » exekutive Funktionen (Poulin et al. 2012),
 - » Fatigue (Wu et al. 2015),
 - » Ausführung von Alltagsaktivitäten (Hoffmann et al. 2010),
- » von Aufmerksamkeitstraining auf kognitive Fähigkeiten und Lebensqualität (Loetscher/Lincoln 2013),
- » von Achtsamkeitstrainings auf
 - » psychische, physiologische und psychosoziale Parameter (Lawrence et al. 2013),
 - » Fatigue (Wu et al. 2015).

Vier der eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten (Bowen et al. 2013; Loetscher/Lincoln 2013; Rohling et al. 2009; Wu et al. 2015) beinhalten Metaanalysen. Fünf der eingeschlossenen Studien (Bowen et al. 2013; Lawrence et al. 2013; Loetscher/Lincoln 2013; Poulin et al. 2012; Rohling et al. 2009) fanden **positive Effekte** der untersuchten Interventionen auf einen oder mehrere Endpunkte. Von diesen stützen sich die folgenden jeweils auf **mindestens drei Primärstudien**:

- » Verbesserung der geteilten Aufmerksamkeit durch Aufmerksamkeitstraining (Loetscher/Lincoln 2013)
- » Verbesserung der exekutiven Funktionen durch kognitive Interventionen (Poulin et al. 2012)
- » Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten durch kognitive Rehabilitation (Rohling et al. 2009).

In allen systematischen Übersichtsarbeiten wurde darauf hingewiesen, dass es zu den konkreten Fragestellungen noch zu wenige Studien gibt und dass die meisten der vorhandenen Studien geringe methodische Qualität aufweisen. Es wurde vor allem auf die zu kleinen Studiengrößen hingewiesen. Vielfach wurde auch eine hohe Unsicherheit der Metaanalysen und Gesamtbeurteilungen aufgrund der Heterogenität der Studien beschrieben. Insgesamt zeigen sich also Hinweise auf positive Effekte der oben angeführten Interventionen bei Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten. Diese sind aufgrund der geringen methodischen Qualität der Studien jedoch mit Unsicherheiten behaftet und können durch neue Studien wesentlich verändert werden.

Tabelle 4.2:

Überblick über eingeschlossene Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zu Schlaganfall bei Erwachsenen

Autor/-in (Jahr) Studiendesign	Fragestellung Ein- und Ausschlusskriterien	Intervention Messzeitpunkt	Indikation Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Limitationen/Anmerkungen
Bowen et al. (2013) systematische Übersichtsarbeit, Metaanalyse, Cochrane Review Update (erster Review 2006)	<p>Untersuchung der Wirksamkeit von kognitiver Rehabilitation auf unilateralen räumlichen Neglect nach Schlaganfällen</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » randomisierte kontrollierte Studien (RCT) » bei gemischter Kohorte (Patienten/Patientinnen mit Schädeltrauma, Hirntumor, andere Hirnschäden): mind. 75 % der Kohorte Schlaganfall-Patienten/-Patientinnen oder getrennte Daten verfügbar <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Studien zur Rehabilitation nach Schlaganfall allgemein, ohne speziellen Fokus auf räumlichen Neglect » nicht-randomisierte Studien » Medikamentenstudien 	<p>Kognitive Rehabilitation</p> <p>Top-Down-Ansätze:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Feedback oder Cueing » Visuelles Scanning (Visual scanning) » Mentales Visualisieren <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » direkt nach der Intervention und im mittel-/langfristigen Follow-up 	<p>Indikation: Räumlicher Neglect nach Schlaganfällen</p> <p>Endpunkte:</p> <p>Primär:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Funktionale Selbstständigkeit (functional independence measure – FIM), Aktivitäten des täglichen Lebens (activities of daily living – ADL): 12 verschiedene Messskalen <p>Sekundär:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Standardisierte Neglect-Assessments » Zielort bei Entlassung aus Spital » Stürze » Gleichgewicht » Depression/Angst » Lebensqualität » unerwünschte Ereignisse 	<p>Subgruppenanalysen zu Top-Down-Ansätzen (insgesamt 14 Studien):</p> <p>Positive Effekte zeigten sich in folgenden Analysen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Anhaltende Wirkung auf standardisierte Neglect Assessments, SMD=1,09, p=0,018 (1 Studie) » Anhaltende Wirkung auf Alltagsaktivitäten, SMD=1,17, p=0,013 (1 Studie) » Sofortige Wirkung auf Neglect, SMD=0,95, p=0,00034 (3 Studien) <p>Keine Effekte zeigten sich in folgenden Analysen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Sofortige Wirkung auf ADL (3 Studien) » Sofortige Wirkung auf standardisierte Neglect Assessments (8 Studien) » Anhaltende Wirkung auf standardisierte Neglect Assessments (6 Studien) » Anhaltende Wirkung auf Neglect (2 Studien) <p>keine Daten zu Depression, Angst oder Lebensqualität</p>	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch gut durchgeführte Übersichtsarbeit » Inkludierte Studien haben niedrige Qualität. » Gesamte Evidenzlage wird als unzureichend eingestuft.

Autor/-in (Jahr) Studiendesign	Fragestellung Ein- und Ausschlusskriterien	Intervention Messzeitpunkt	Indikation Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Limitationen/Anmerkungen
Loetscher et al. (2013) systematische Übersichtsarbeit, Metaanalyse	<p>Untersuchung der Wirksamkeit von Aufmerksamkeitstraining auf kognitive Fähigkeiten und Lebensqualität nach Schlaganfällen</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » RCT » Schlaganfall » bei gemischter Kohorte: mind. 75 % der Kohorte Schlaganfall-Patienten/-Patientinnen oder getrennte Daten verfügbar <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » pharmakologische Interventionen » Musiktherapie » Interventionen in Form sozialer Aktivitäten » Studien mit nur einer Therapieeinheit » Studien mit Fähigkeit zum Autofahren als einzigem Endpunkt 	<p>Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Restoratives (3–11 Wochen; 13–55 Einheiten) oder kompensatorisches Aufmerksamkeitstraining (10 Stunden); » verschiedenartige Interventionen, die meisten computerbasiert <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » direkt nach der Intervention und im Follow-up bis zu 3 Monate 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Aufmerksamkeitsdefizit nach Schlaganfall <p>Endpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Allgemeine Aufmerksamkeit (4 verschiedene Messskalen) <p>Sekundär:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Spezifische Aufmerksamkeitsbereiche » Funktionelle Fähigkeiten bei Alltagsaktivitäten » Stimmungslage » Lebensqualität 	<p>6 RCT inkludiert, insgesamt 223 Patientinnen/Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> » Positiver sofortiger Effekt auf geteilte Aufmerksamkeit; 4 Studien; SMD=0,67, $p<0,0001$ <p>Keine sofortigen Effekte auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Allgemeine Aufmerksamkeit (2 Studien) » Andere Aufmerksamkeitsbereiche (6 Studien) » Funktionale Endpunkte (3 Studien) » Alltagsaktivitäten (2 Studien) » Stimmungslage (3 Studien) » Lebensqualität (2 Studien) <p>Keine anhaltenden Effekte auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Messgrößen für allgemeine Aufmerksamkeit, langfristig (2 Studien) » Standardisierte Aufmerksamkeits-Assessments (2 Studien) » Funktionale Endpunkte (2 Studien) » Geteilte Aufmerksamkeit (2 Studien) » Aufmerksamkeit (Alertness) (1 Studie) » Selektive Aufmerksamkeit (2 Studien) » Daueraufmerksamkeit (1 Studie) » Alltagsaktivitäten (1 Studie) » Stimmungslage (2 Studien) » Lebensqualität (2 Studien) 	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch gut durchgeführte Übersichtsarbeit » Hinweise auf kurzfristige Effekte von Aufmerksamkeitstrainings auf Aufmerksamkeit, aber unzureichende Evidenzlage » mehr Studien und größere Fallzahlen nötig

Autor/-in (Jahr) Studiendesign	Fragestellung Ein- und Ausschlusskriterien	Intervention Messzeitpunkt	Indikation Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Limitationen/Anmerkungen
Wu et al. (2015) systematische Übersichtsarbeit, Metaanalyse, Update (erster Review 2008)	<p>Untersuchung der Wirksamkeit verschiedener Interventionen auf die Schwere von Fatigue nach Schlaganfällen oder die Rate an Schlaganfall-Patientinnen/-Patienten mit Fatigue</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » RCT » Erwachsene (18+) » bei gemischter Kohorte: mind. 75 % der Kohorte Schlaganfall-Patientinnen/-Patienten oder getrennte Daten verfügbar <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Studien, in denen Fatigue als Nebenwirkung von Interventionen untersucht wird 	<ul style="list-style-type: none"> » 1x Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (mindfulness-based stress reduction – MBSR) » 1x Gruppentherapie (Group education therapy) <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » verschieden, von direkt nach Intervention bis zu 6-Monate-Follow-up 	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Allgemeine Abgeschlagenheit (Post-stroke fatigue – PSF) <p>Endpunkte:</p> <p>Primär:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Schwere der Fatigue (Selbsteinschätzung und verschiedene Messskalen) » Rate an Patientinnen/Patienten mit Fatigue nach Intervention <p>Sekundär:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Lebensqualität » Beeinträchtigung » (Un-)Selbstständigkeit » Tod » Kosteneffektivität 	<p>2 Studien untersuchten psychologische Interventionen zur Behandlung von PSF (Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion; Gruppentherapie – Group education therapy)</p> <p>Subgruppenanalyse: kein signifikanter Effekt auf PSF in den 2 nicht-pharmakologischen Studien (insgesamt n=35)</p>	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch gut durchgeführte Übersichtsarbeit » nur 2 nicht-pharmakologische Studien zur Behandlung von PSF, geringe Patientenzahl » Qualität der Daten dieser zwei Studien wurde als sehr niedrig eingestuft.

Autor/-in (Jahr) Studiendesign	Fragestellung Ein- und Ausschlusskriterien	Intervention Messzeitpunkt	Indikation Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Limitationen/Anmerkungen
Lawrence et al. (2013) systematische Übersichtsarbeit	<p>Untersuchung der Wirksamkeit von Achtsamkeitstrainings auf psychische, physiologische und psychosoziale Parameter in Schlaganfall-Patientinnen/-Patienten</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Erwachsene (18+) » Achtsamkeitsbasierte Interventionen » Studien in englischer Sprache 	<p>MBSR oder Achtsamkeitsbasiertes kognitives Training (mindfulness-based cognitive therapy – MBCT); 16–28 Stunden; als Gruppentherapie (3 Studien) oder Einzeltherapie (1 Studie)</p> <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » direkt nach Intervention; in 1 Studie auch nach 3 Monaten im Follow-up 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Schlaganfall (1 Studie mit gemischter Kohorte, hier wurden im Review nur die Schlaganfall-Patientinnen/-Patienten eingeschlossen; Johansson 2012) <p>Endpunkte:</p> <p>Primär:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Empfundener Stress <p>Sekundär:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Psychologische Endpunkte z. B. Depression, Angst » Physiologische Endpunkte, z. B. Blutdruck » Psychosoziale Endpunkte, z. B. soziale Teilhabe, Lebensqualität 	<p>4 Studien eingeschlossen, insgesamt 112 Patientinnen/Patienten, davon 1 Studie (Johansson) RCT mit Kontrollarm</p> <p>In 1 Studie wurde eine signifikante Reduktion von Depression unmittelbar nach der Intervention und 3 Monate danach beobachtet.</p> <p>In 2 Studien wurde eine signifikante Reduktion von Angst unmittelbar nach der Intervention beobachtet; in 1 der beiden Studien wurde Angst auch 3 Monate nach der Intervention untersucht, hier zeigte sich ebenfalls eine Reduktion.</p> <p>In 1 Studie wurde eine signifikante Reduktion von geistiger Erschöpfung beobachtet, jedoch umfasste die Studie nur 5 Teilnehmer/-innen.</p> <p>In 1 Studie wurde eine signifikante Erhöhung der Lebensqualität beobachtet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch gut durchgeführte Übersichtsarbeit » 1 Studie (Johansson) von mittlerer Qualität, andere 3 Studien niedrige Qualität » nur 1 Studie (Johansson) mit Kontrollarm » Studien zu heterogen für eine Metaanalyse

Autor/-in (Jahr) Studiendesign	Fragestellung Ein- und Ausschlusskriterien	Intervention Messzeitpunkt	Indikation Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Limitationen/Anmerkungen
Poulin et al. (2012) systematische Übersichtsarbeit	<p>Untersuchung der Wirksamkeit von kognitiven Interventionen auf exekutive Funktionen nach Schlaganfällen</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » RCT » Studien in englischer oder französischer Sprache » Erwachsene (18+) » bei gemischter Kohorte: mind. 50 % der Kohorte Schlaganfall-Patientinnen/-Patienten oder getrennte Daten verfügbar » primäre Intervention kognitiv (nicht physikalisch oder pharmakologisch) » Einer der untersuchten Endpunkte muss eine exekutive Funktion durch neuropsychologische Tests oder Testung der Ausführung von Alltagsaktivitäten messen. <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Studien, die nur Aufmerksamkeitsdefizite untersucht haben 	<p>Verschiedene kognitive Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Computerbasiertes Training » Kompensatorische kognitive Strategien 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Schlaganfall <p>Endpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Verschiedene Tests zu exekutiven Funktionen » Alltagsaktivitäten » Problemlösungsfähigkeiten (Quiz) » Arbeitsgedächtnis » Aufmerksamkeit 	<p>In allen eingeschlossenen Studien wurden positive Effekte auf Tests zu exekutiven Funktionen beobachtet.</p> <p>Subgruppenanalysen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » In subakuten Patientinnen/Patienten: 1 Studie zeigte einen sofortigen und anhaltenden positiven Effekt auf mehrere Tests zu exekutiven Funktionen. » In chronischen Patientinnen/Patienten: 2 Studien zeigten eine Verbesserung von Arbeitsgedächtnis und Aufmerksamkeit. 1 Studie zeigte Verbesserungen bei Problemlösungsfähigkeiten. 3 Studien zeigten einen positiven Effekt auf mehrere Tests zu exekutiven Funktionen. 	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch gut durchgeführte Übersichtsarbeit » Die meisten Studien untersuchten chronische Schlaganfall-Patientinnen/-Patienten, aber es wäre wichtig, frühere Interventionen zu untersuchen. » Fast alle Studien haben kleine Fallzahlen. » Interventionen und Endpunkte sehr heterogen, Gesamtaussage schwierig, Metaanalyse nicht möglich

Autor/-in (Jahr) Studiendesign	Fragestellung Ein- und Ausschlusskriterien	Intervention Messzeitpunkt	Indikation Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Limitationen/Anmerkungen
Rohling et al. (2009) systematische Übersichtsarbeit, Re-Assessment der Studien aus Cicerone et al. 2000 und 2005 mittels Meta-analyse	<p>Untersuchung der Wirksamkeit kognitiver Rehabilitation auf verschiedene Bereiche kognitiver Fähigkeiten</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Publikationen in englischer Sprache » Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma (SHT) » Erwachsene » Studien mit ausreichend statistischen Informationen, um die Effektgröße abzuschätzen <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Studien ohne Intervention oder Intervention unzureichend beschrieben » theoretische Artikel, Methodenbeschreibungen, Buchkapitel, Artikel ohne Peer-Review » Reviews » Studien mit weniger als 3 Teilnehmerinnen/Teilnehmern » Studien zu pharmakologischen Interventionen 	<p>Verschiedene Methoden kognitiver Rehabilitation, diese waren in den meisten eingeschlossenen Studien nicht umfassend beschrieben.</p>	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Schlaganfall oder SHT <p>Endpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Visuell-räumliche Fähigkeiten » Sprachfähigkeiten » Gedächtnis » Auffassungsvermögen » Aufmerksamkeit / exekutive Funktionen 	<p>119 Studien eingeschlossen, insgesamt 2014 Teilnehmer/-innen in Interventionsgruppen und 870 in Kontrollgruppen, die durchschnittliche Teilnehmerzahl pro Studie betrug 16,9.</p> <p>Eine Subgruppenanalyse nach Indikationen wurde durchgeführt. 54 Studien untersuchten ausschließlich Schlaganfall-Patientinnen/-Patienten. In diesen Studien wurde eine gesamte Effektgröße über alle 5 Endpunktdomänen von 0,4 ($p > 0,1$) berechnet. Dies entspricht einem moderaten Effekt.</p> <p>In 31 der eingeschlossenen Studien wurde berichtet, wie viel Zeit zwischen der Hirnschädigung (Schlaganfall oder SHT) und der Intervention vergangen war. Hier zeigte sich nur bei Interventionen, die innerhalb eines Jahres nach der Schädigung durchgeführt wurden, ein signifikanter Effekt (0,43; $p < 0,1$).</p>	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch gut durchgeführte Übersichtsarbeit mit methodisch korrekter Metaanalyse und Subgruppenanalysen » Das Autorenteam hebt hervor, dass in den Kontrollgruppen signifikante Effekte über den Beobachtungszeitraum gefunden wurden (re-test effect) und dass die Analyse von nicht-kontrollierten Studien daher sehr hohes Bias-Risiko hat.

Autor/-in (Jahr) Studiendesign	Fragestellung Ein- und Ausschlusskriterien	Intervention Messzeitpunkt	Indikation Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Limitationen/Anmerkungen
Hoffmann et al. (2010) systematische Übersichtsarbeit	<p>Untersuchung der Wirksamkeit von kognitiver Therapie auf die Ausführung von Alltagsaktivitäten bei Schlaganfall-Patientinnen/-Patienten</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » RCT und quasi-randomisierte Studien » Erwachsene (18+) » bei gemischter Kohorte: mind. 50 % der Kohorte Schlaganfall-Patientinnen/-Patienten und getrennte Daten verfügbar <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » pharmakologische Studien 	<p>Verschiedene kognitive Therapien:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Zeitdruckmanagement » Kognitive Leistungswiederherstellung » Aufmerksamkeitstraining » Feedback und Kompensationsstrategien 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Schlaganfall <p>Endpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Grundlegende oder instrumentelle ADL 	<p>4 Studien eingeschlossen, insgesamt 376 Teilnehmer/-innen</p> <p>keine signifikanten Effekte auf grundlegende (4 Studien) und instrumentelle (1 Studie) Alltagsaktivitäten</p>	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch sehr gut durchgeführte Übersichtsarbeit » Metaanalyse nicht möglich, da Studien sehr heterogen » 4 Studien ausgeschlossen, weil nicht in Englisch, daher eventueller Sprachbias

ADL = activities of daily living / Alltagsaktivitäten; CBT = cognitive behavioural therapy / Kognitive Verhaltenstherapie; FIM = functional independence measure / funktionale Selbstständigkeit; MBCT = mindfulness-based cognitive therapy / Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie; MBSR = mindfulness-based stress reduction / Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion; p = p-Wert; PSF = post-stroke fatigue / allgemeine Abgeschlagenheit; RCT = randomized controlled trial / randomisierte kontrollierte Studie; SHT = Schädel-Hirn-Trauma; SMD = standardized mean difference / standardisierte Mittelwertdifferenz

Darstellung: GÖG

4.2.3 Gesamtbeurteilung der Evidenzlage zu ADHS bei Kindern und Jugendlichen

Hinsichtlich der Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS liegt eine interdisziplinär erarbeitete evidenz- und konsensbasierte (S3-)Leitlinie vor (Banaschewski et al. 2018). Die Leitlinie berücksichtigt verschiedene Aspekte (u. a. Diagnostik, medikamentöse Behandlung etc.) für unterschiedliche Zielgruppen. Für den vorliegenden Bericht wird ausschließlich auf die Ergebnisse und Empfehlungen hinsichtlich psychosozialer Interventionen bei den Zielgruppen Kinder im Vorschulalter sowie Kinder im Schulalter und Jugendliche eingegangen.

Zur Erstellung der Leitlinie wurden bestehende Quell-Leitlinien, aktuellere Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten sowie einzelne Primärstudien herangezogen. Konkret untersucht wurde in den Studien die Wirksamkeit von

- » Elterntrainings / Elternschulung / Elternberatung (einschließlich Psychoedukation),
- » Erziehertrainings / Interventionen im Kindergarten / Interventionen in der Schule,
- » kindzentrierten Interventionen / patientenzentrierten Interventionen (einschließlich sozialen Kompetenztrainings) sowie
- » Neurofeedback

hinsichtlich der ADHS-Symptomatik.

In der Leitlinie wird darauf hingewiesen, dass es eine große Anzahl an Studien zur Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS gibt. Viele dieser Studien weisen jedoch methodische Limitationen auf (z. B. fehlende Randomisierung, uneinheitliche Stichproben hinsichtlich der Diagnosen, Verblindung nur schwer realisierbar), wodurch eine Ergebnisbeurteilung teilweise erschwert wird. Darüber hinaus sind die psychosozialen Interventionen in Bezug auf die Art der Intervention und Intensität äußerst heterogen. Die vorliegenden Ergebnisse können daher durch neue Studien wesentlich verändert werden.

Elterntrainings / Elternschulung / Elternberatung (einschließlich Psychoedukation)

- » In den eingeschlossenen Studien zeigt sich, dass Elterntrainings / Elternschulungen / Elternberatung (einschließlich Psychoedukation) für Eltern von **Kindern mit ADHS im Vorschulalter** wirksam sind (Verbesserung des Verständnisses der Eltern für die Symptomatik, Optimierung des Erziehungsverhaltens, Verminderung von Verhaltensproblemen / ADHS-Symptomen, Verminderung der psychosozialen Beeinträchtigungen des Kindes im häuslichen Umfeld) (hohe Evidenzstärke).

In der Leitlinie wird daher für die Durchführung von Elterntrainings / Elternschulungen / Elternberatung (einschließlich Psychoedukation) für Eltern von Vorschulkindern mit ADHS oder erhöhter ADHS-Symptomatik eine **starke Empfehlung** ausgesprochen.

- » Die Wirksamkeit von Elterntrainings / Elternschulungen / Elternberatung (einschließlich Psychoedukation) bei **Schulkindern und Jugendlichen mit ADHS** wird mit der Evidenzstärke „moderat“ bewertet. In der Leitlinie wird die Durchführung daher empfohlen (Empfehlungsgrad: **Empfehlung**).

Erziehertrainings / Interventionen im Kindergarten / Interventionen in der Schule

- » Für **Vorschulkinder** mit (dem Risiko zur Entwicklung von) disruptiven Verhaltensstörungen (einschließlich ADHS) liegen positive Hinweise vor, dass Erziehertrainings bzw. Interventionen im Kindergarten ergänzend zu Elterntrainings wirksam sind (Evidenzstärke „moderat“). In der Leitlinie wird für die Durchführung von ergänzenden kindergartenzentrierten Interventionen eine **Empfehlung** ausgesprochen.
- » Die Wirksamkeit von Interventionen in der Schule für **Schulkinder und Jugendliche** mit ADHS wird mit der Evidenzstärke „moderat“ bewertet. In der Leitlinie wird die Durchführung von Lehrertrainings / Lehrerschulungen / Lehrerberatungen parallel zu sowie orientiert an den Elterntrainings **empfohlen**.

Kindzentrierte Interventionen / patientenzentrierte Interventionen (einschließlich sozialen Kompetenztrainings)

- » Die Wirksamkeit von kindzentrierten Interventionen (Trainings) zur Verbesserung von Spiel- und Beschäftigungsintensität und -ausdauer oder zur Einübung von Handlungsabläufen im Alltag für **Vorschulkinder** mit ADHS wird mit der Evidenzstärke „schwach“ beurteilt. In der Leitlinie wird daher der Empfehlungsgrad „**Empfehlung offen**“ für ergänzende kindzentrierte Interventionen für Vorschulkinder mit ADHS abgeleitet. Es wird angemerkt, dass diese Maßnahmen ergänzend zu elternzentrierten Interventionen angeboten werden können und in der Regel für sich allein genommen nicht ausreichend für die zielführende Behandlung von ADHS sind.
- » Die Wirksamkeit einer ergänzenden kognitiv-behavioralen Behandlung des Schulkindes / Jugendlichen (z. B. Training organisatorischer Fertigkeiten, Selbstmanagement-Training, Selbstinstruktionstraining, soziales Kompetenztraining) wird mit einer moderaten Evidenzstärke belegt. In der Leitlinie wird für die ergänzende Durchführung der genannten Interventionen zu Elterntrainings und schulzentrierten Interventionen eine **Empfehlung** für Schulkinder und Jugendliche mit ADHS abgeleitet. Es wird angemerkt, dass patientenzentrierte Interventionen (einschließlich sozialen Kompetenztrainings) allein in der Regel nicht ausreichend sind, um ADHS zielführend zu behandeln.

Neurofeedback

- » Hinsichtlich der Wirksamkeit von Standard-Neurofeedback in der Behandlung von ADHS für Kinder und Jugendliche liegen erste Hinweise vor, jedoch keine ausreichend belegbare Evidenz auf Basis von qualitativen kontrollierten Studien. Daher kann in der Leitlinie **keine Empfehlung** für einen breiten routinemäßigen Einsatz von Neurofeedback ausgesprochen werden.

- » Hinsichtlich der ergänzenden Durchführung von Neurofeedback nach Standard-Trainingsprotokoll im Rahmen eines Behandlungsplans und unter der Voraussetzung, dass dadurch eine andere wirkungsvollere Therapie nicht verzögert oder verhindert wird, wird eine **„offene Empfehlung“** für Kinder, die älter als sechs Jahre sind, und Jugendliche mit ADHS abgegeben.
- » Wird Neurofeedback in der Behandlung von ADHS eingesetzt, sollen bestimmte Voraussetzungen (z. B. Training anhand gut untersuchter Protokolle, Prinzipien der Lerntheorie und Transferübungen zum Übertragen des Erlernten in den Alltag, ausreichend langes Training in gemeinsamer Abstimmung mit Kind/Jugendlichem und Eltern) eingehalten werden.

Tabelle 4.3:

Überblick über die eingeschlossene S3-Leitlinie zu Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Banaschewski et al. (2018), Interdisziplinäre evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“*
Stand / Gültigkeit	Stand: 02. 05. 2017, gültig bis 01. 05. 2022
Intervention, Zielgruppe, Indikation	Psychosoziale Interventionen bei Kindern im Vorschulalter mit ADHS
Evidenzquellen	Evidenz aus Quell-Leitlinien: NICE-Leitlinie (2009), AAP-Leitlinie (2011), SIGN-Leitlinie (2009) Evidenz aus neueren Metaanalysen und Studien: Daley et al (2014) als Update von Sonuga-Barke et al. (2013), Abikoff et al (2013), Tarver et al. (2014)
Fragestellung 1	Welche psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischer) Interventionen sollen bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter (ca. drei bis sechs Jahre) eingesetzt werden?
Ergebnisse 1	<ul style="list-style-type: none"> » Eltern von Kindern mit ADHS vor dem Einschulungsalter soll als primäre Intervention ein Eltern-training / eine Elternschulung/Elternberatung (einschließlich Psychoedukation) angeboten werden. Die Intervention kann auch als angeleitete Selbsthilfe angeboten werden. Diese Interventionen zielen darauf ab, das Verständnis der Eltern für die Symptomatik zu verbessern, ihr Erziehungsverhalten zu optimieren und expansive Verhaltensprobleme einschließlich der ADHS-Symptome sowie psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes im häuslichen Umfeld zu vermindern. Qualität der Evidenz: hoch; Empfehlungsgrad: A = Starke Empfehlung » Da ADHS-Symptome auch im Kindergarten / in der Kindertagesstätte auftreten, sollte den Pädagoginnen und Pädagogen eine Schulung auf verhaltenstherapeutischer Basis (Erziehertraining) oder eine Beratung angeboten werden. Diese Interventionen zielen darauf ab, das Verständnis der Pädagoginnen und Pädagogen für die Symptomatik zu verbessern, ihr Erziehungsverhalten vor dem Hintergrund der ADHS-Symptomatik zu optimieren und expansive Verhaltensprobleme einschließlich der ADHS-Symptome sowie psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes im Umfeld des Kindergartens / der Kindertagesstätte zu vermindern. Dabei sollten auch Programme eingesetzt werden, die primär für Kinder mit oppositionellem oder aggressivem Verhalten entwickelt wurden. Diese Programme können auch dann eingesetzt werden, wenn nicht die formale Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens gestellt wird Qualität der Evidenz: moderat; Empfehlungsgrad: B = Empfehlung » Kindzentrierte Interventionen (Trainings) zur Verbesserung von Spiel- und Beschäftigungsintensität und -ausdauer oder zur Einübung von Handlungsabläufen im Alltag können als ergänzende Maßnahme angeboten werden, sie sind jedoch in der Regel allein nicht ausreichend. Qualität der Evidenz: schwach; Empfehlungsgrad: 0 = Empfehlung offen
Fragestellung 2	In welchem Format (Einzel- versus Gruppenformat) sollten Eltern-/Erziehertrainings bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter angeboten werden?
Ergebnisse 2	Eltern- und Erziehertrainings im Gruppen- oder im Einzelformat , die entweder spezifisch für die Behandlung von Kindern mit ADHS oder mit oppositionell-aggressivem Verhalten entwickelt wurden, sollten für Eltern und andere Bezugspersonen zugänglich sein, wobei Gruppentrainings besser evaluiert sind. Daher sollte, wenn möglich, Gruppentrainings der Vorzug gegeben werden. Allerdings können Einzeltrainings aufgrund der Komplexität der Problematik beim Kind

	<p>oder in der Familie oder aus organisatorischen Gründen (z. B. weil Elterngruppen nicht zustande kommen) bevorzugt werden.</p> <p>Qualität der Evidenz: Expertenkonsens</p>
Fragestellung 3	Wie sollten Elterntrainings bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter durchgeführt werden?
Ergebnisse 3	<p>Elterntrainings im Gruppenformat sollten</p> <ul style="list-style-type: none"> » beide Elternteile einbeziehen, soweit dies möglich und für das Kind förderlich ist, » nicht mehr als 10–12 Eltern in einer Gruppe zusammenfassen, wobei eine geringere Gruppengröße eine intensivere Gruppenarbeit begünstigen kann, » auf der sozialen Lerntheorie basieren und Methoden der Verhaltensmodifikation inklusive ressourcenorientierter Ansätze zur Verbesserung von Beziehungen vermitteln, » dabei Psychoedukation und kognitive Methoden sowie Methoden des Modelllernens, der Verhaltensübung und der Rückmeldung umfassen, um das Erziehungsverhalten zu modifizieren, » entsprechend der Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden, um eine konsistente Umsetzung des Trainingsmanuals zu gewährleisten. <p>Üblicherweise umfasst die Behandlung 10 bis 16 Sitzungen mit einer Dauer von 90 bis 120 Minuten.</p> <p>Elterntrainings im Einzelformat sollten</p> <ul style="list-style-type: none"> » beide Elternteile (bzw. andere wichtige Erziehungspersonen) einbeziehen, soweit dies möglich und für das Kind förderlich ist, und sie sollten zur Einübung von elterlichem Erziehungsverhalten auch das Kind einbeziehen, » wie Elterntrainings im Gruppenformat (s. o.) auf der sozialen Lerntheorie basieren und vergleichbare Methoden anwenden sowie entsprechend den Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden, um eine konsistente Umsetzung des Trainingsmanuals zu gewährleisten. <p>Üblicherweise umfassen diese Trainings mindestens 8 bis 10 Sitzungen mit einer Dauer von 45 bis 90 Minuten, wobei auch längere Behandlungen indiziert sein können.</p> <p>Qualität der Evidenz: Expertenkonsens</p>
Fragestellung 4	Unter welchen Bedingungen sollten Beratungen oder Schulungen von Pädagoginnen und Pädagogen von Kindern mit ADHS im Vorschulalter (Erziehertraining) durchgeführt werden?
Ergebnisse 4	<p>Wenn eine ausgeprägte ADHS-Symptomatik auch im Kindergarten auftritt (was in der Regel der Fall ist), dann sollten ergänzend zu Elterntrainings Beratungen oder Schulungen für Pädagoginnen/Pädagogen von Kindern mit ADHS (Erziehertraining) parallel zu und orientiert an Elterntrainings/Elternschulungen im Einzel- oder Gruppenformat durchgeführt werden. Dabei sollten auch strukturgebende Interventionen auf Gruppenebene (z. B. feste Gruppenregeln) berücksichtigt werden (siehe Anhang III.5 mit deutschsprachigen evidenzbasierten Manuals für psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischer) Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und ihren Bezugspersonen). Einzeltrainings können aufgrund der Komplexität der Problematik beim Kind oder im Kindergarten oder aus organisatorischen Gründen (z. B. weil Erziehertrainingsgruppen nicht zustande kommen) bevorzugt werden.</p> <p>Qualität der Evidenz: schwach; Empfehlungsgrad: B = Empfehlung</p>
Fragestellung 5	Unter welchen Bedingungen sollten kindzentrierte Interventionen bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter durchgeführt werden und welche kindzentrierten Interventionen sind empfehlenswert?
Ergebnisse 5	<p>Wenn die ADHS-Symptomatik auch in der Therapiesituation oder bei Maßnahmen der Frühförderung auftritt, können ergänzend zu Elterntrainings kindzentrierte Interventionen zur Förderung der Spiel- und Beschäftigungsintensität, zur Einübung von Handlungsabläufen und Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben durchgeführt werden. Dabei sollte besonders auf die Generalisierung von Verhaltensänderungen auf den Alltag des Kindes geachtet werden. Darüber hinaus können kindzentrierte Interventionen zur Verminderung von Entwicklungsdefiziten, oppositionellen Verhaltensweisen, anderen Verhaltensauffälligkeiten oder emotionalen Problemen angewendet werden.</p> <p>Qualität der Evidenz: Expertenkonsens</p>

Fragestellung 6	Welche weiterführenden Maßnahmen sollten bei Beendigung der psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter bedacht werden?
Ergebnisse 6	<p>Wenn die ADHS-Symptomatik und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen durch die gesamte ambulante Behandlung erfolgreich vermindert werden konnten, sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Vor Beendigung der Behandlung sollte überprüft werden, ob behandlungsbedürftige residuale koexistierende Auffälligkeiten vorliegen – wenn ja, sollte ein neuer Behandlungsplan entwickelt werden. Dabei sollten das Kind, seine Eltern oder andere Erziehungspersonen sowie Geschwister einbezogen werden. » Nach der Einschulung sollte überprüft werden, ob ADHS-Symptome und damit assoziierte Beeinträchtigungen erneut auftreten. <p>Wenn die ADHS-Symptomatik und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen durch die gesamte ambulante Behandlung (einschließlich umfassender Psychotherapie) nicht erfolgreich vermindert werden konnten, sollte die durchgeführte Behandlung überprüft und weitergehende Interventionen, notfalls auch einschließlich ambulanter Maßnahmen der Jugendhilfe, bedacht werden. Sollten diese nicht ausreichend sein, sind (teil-)stationäre Maßnahmen der Jugendhilfe oder (teil-)stationäre Krankenhausbehandlungen in Betracht zu ziehen.</p> <p>Qualität der Evidenz: Expertenkonsens</p>
Intervention, Zielgruppe, Indikation	Psychosoziale Interventionen bei Kindern im Schulalter und bei Jugendlichen mit ADHS
Evidenzquellen	<p>Evidenz aus Quell-Leitlinien: NICE-Leitlinie (2009), NICE-Leitlinie Evidence Update (2013), NICE 6–Year Surveillance Review (2015), AAP-Leitlinie (2011), SIGN-Leitlinie (2009)</p> <p>Evidenz aus neueren Metaanalysen, systematischen Übersichtsarbeiten und Primärstudien: Cortese et al. (2015) als Update von Sonuga-Barke et al. (2013), Du Paul et al. (2012), Richard et al. (2015), Sibley et al. (2014), Chan et al. (2016), Dose et al. (2016), Eichelberger et al. (2015)</p>
Fragestellung 1	Welche psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischer) Interventionen sollten bei Kindern im Schulalter und bei Jugendlichen mit ADHS und leichter bis moderater Funktionseinschränkung durchgeführt werden?
Ergebnisse 1	<p>Wenn das Schulkind bzw. der/die Jugendliche mit ADHS eine leichte bis moderate Funktionseinschränkung aufweist, sollte den Eltern oder anderen wichtigen Erziehungspersonen eine Elternberatung / ein Elterntaining / eine Elternschulung (einschließlich Psychoedukation) im Einzel- oder Gruppenformat angeboten werden. Die Intervention kann auch als angeleitete Selbsthilfe angeboten werden. Diese Interventionen zielen darauf ab, das Verständnis der Eltern für die Symptomatik zu verbessern, ihr Erziehungsverhalten zu optimieren und expansive Verhaltensprobleme einschließlich der ADHS-Symptome sowie psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes im häuslichen Umfeld zu vermindern.</p> <p>Qualität der Evidenz: moderat; Empfehlungsgrad: B = Empfehlung</p> <p>Wenn die ADHS-Symptomatik auch im Umfeld der Schule auftritt, sollten Lehrertrainings/Lehrerschulungen parallel zu und orientiert an Elterntainings/Elternschulungen im Einzel- oder Gruppenformat bzw. Beratungen der Lehrkräfte auf verhaltenstherapeutischer Basis durchgeführt werden. Diese Interventionen zielen darauf ab, das Verständnis der Pädagoginnen und Pädagogen für die Symptomatik zu verbessern, ihr Erziehungsverhalten vor dem Hintergrund der ADHS-Symptomatik zu optimieren und expansive Verhaltensprobleme einschließlich der ADHS-Symptome sowie psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes oder des/der Jugendlichen im Umfeld der Schule zu vermindern.</p> <p>Qualität der Evidenz: moderat; Empfehlungsgrad: B = Empfehlung</p> <p>Das Elterntaining und die schulzentrierten Interventionen können durch eine kognitiv-behaviorale Behandlung des Kindes bzw. des/der Jugendlichen (Training organisatorischer Fertigkeiten, Selbstmanagement-Training, Selbstinstruktionstraining, soziales Kompetenztraining) ergänzt werden. Eine Behandlung des Kindes bzw. des/der Jugendlichen ist jedoch in der Regel allein nicht ausreichend.</p> <p>Qualität der Evidenz: moderat; Empfehlungsgrad: B = Empfehlung</p>

Fragestellung 2	In welchem Format, in welcher Intensität und mit welchen Inhalten sollten Eltern-/Lehrertrainings (Lehrerberatungen) bei Kindern und Jugendlichen ab dem Schulalter angeboten werden?
Ergebnisse 2	<p>Die Empfehlungen zu Format, Intensität und Inhalten von Eltern- und Erziehertrainings bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter sollten auch bei Eltern-/Lehrertrainings (Lehrerberatungen) für Kinder und Jugendliche ab dem Schulalter angewendet werden. Wie bei Vorschulkindern werden auch bei Kindern ab dem Schulalter Methoden auf der Grundlage der sozialen Lerntheorie entsprechend den Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals empfohlen. Werden die Interventionen im Einzelformat durchgeführt, sollte das Kind und vor allem die/der Jugendliche aktiv einbezogen werden. Bei Jugendlichen sollten vor allem Familieninterventionen zur Verminderung von Eltern-Jugendlichen-Konflikten durchgeführt werden.</p> <p>Qualität der Evidenz: Expertenkonsens</p>
Fragestellung 3	Unter welchen Bedingungen sollten Interventionen im schulischen Umfeld bei Kindern im Schulalter mit ADHS durchgeführt werden?
Ergebnisse 3	<p>Wenn eine ausgeprägte ADHS-Symptomatik auch im schulischen Umfeld auftritt (was in der Regel der Fall ist), sollten Lehrertrainings/Lehrerschulungen parallel zu und orientiert an Elterntrainings/Elternschulungen im Einzel- oder Gruppenformat bzw. Lehrerberatungen durchgeführt werden. Zumindest sollte der Lehrkraft schriftliches Material über die Inhalte des Elterntrainings zur Verfügung gestellt werden. Die Interventionen sollten entsprechend den Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden.</p> <p>Qualität der Evidenz: schwach; Empfehlungsgrad: B = Empfehlung</p>
Fragestellung 4	Was sind die Ziele einer kognitiv-behavioralen Behandlung von Kindern/Jugendlichen mit ADHS ab dem Schulalter?
Ergebnisse 4	<p>Wenn eine kognitiv-behaviorale Behandlung des Kindes bzw. der/des Jugendlichen im Einzel- oder Gruppenformat durchgeführt wird, sollte ein breites Spektrum möglicher Behandlungsziele bedacht werden, einschließlich der Verbesserung von sozialen Kompetenzen im Kontakt mit Gleichaltrigen, der Problemlösefähigkeit, der Impuls- und Selbstkontrolle, der Fähigkeit, zuzuhören, und von Organisations- und Selbstmanagementfähigkeiten sowie von Fähigkeiten, Emotionen zu regulieren und sie adäquat auszudrücken. Aktive Lernstrategien sollten eingeübt und Belohnungspläne eingeführt werden, die auf den Einsatz von Lernstrategien und das Erreichen von Lernzielen abzielen. Die Interventionen sollten entsprechend den Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden, um eine konsistente Umsetzung des Trainingsmanuals zu gewährleisten.</p> <p>Qualität der Evidenz: schwach; Empfehlungsgrad: B = Empfehlung</p>
Fragestellung 5	Welche weiterführenden Maßnahmen sollten bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS ab dem Schulalter bedacht werden?
Ergebnisse 5	<p>Wenn die ADHS-Symptomatik und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen durch die gesamte Behandlung erfolgreich vermindert werden konnten, sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Vor Beendigung der Behandlung sollte überprüft werden, ob behandlungsbedürftige residuale koexistierende Auffälligkeiten vorliegen – wenn ja, sollte ein neuer Behandlungsplan entwickelt werden. Dabei sollten das Kind, seine Eltern oder andere Erziehungspersonen sowie Geschwister einbezogen werden. » Wenn die ADHS-Symptomatik und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen durch die gesamte ambulante Behandlung (einschließlich umfassender Psychotherapie) nicht erfolgreich vermindert werden konnten, sollte die durchgeführte Behandlung überprüft und weitergehende Interventionen, notfalls auch einschließlich ambulanter Maßnahmen der Jugendhilfe, bedacht und durchgeführt werden. Sollten diese nicht ausreichend sein, sind (teil-)stationäre Maßnahmen der Jugendhilfe oder (teil-)stationäre Krankenhausbehandlungen in Betracht zu ziehen. <p>Qualität der Evidenz: Expertenkonsens</p>

Fragestellung 6	Welche psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischer) Interventionen sollen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und moderater bis starker Funktionseinschränkung ab dem Schulalter durchgeführt werden?
Ergebnisse 6	<p>Bei Schulkindern und Jugendlichen mit moderaten bis starken Einschränkungen der Funktionsfähigkeit, bei denen keine Pharmakotherapie durchgeführt wird (z. B. wegen mangelnder Effekte oder aufgrund zu starker unerwünschter Arzneimittelwirkungen oder aufgrund mangelnder Adhärenz oder Ablehnung der Eltern oder des Kindes bzw. der/des Jugendlichen) oder bei denen trotz optimierter Pharmakotherapie eine residuale ADHS-Symptomatik besteht, sollen die gleichen psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischer) Interventionen eingesetzt werden wie bei Kindern und Jugendlichen mit leichter bis moderater ADHS. Wenn Patientinnen/Patienten oder Bezugspersonen aufgrund von Vorbehalten und Befürchtungen eine indizierte Pharmakotherapie verweigern, können diese Einstellungen im Rahmen der Psychoedukation bearbeitet werden. Auch die Behandlung einer mangelnden Medikamenten-Adhärenz kann Ziel psychoedukativer Interventionen sein. Wenn die pharmakologische oder psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischer) Intervention bei Kindern und Jugendlichen mit moderat bis stark ausgeprägter ADHS die ADHS-Symptomatik wirksam reduzieren konnte, sollen mögliche residuale assoziierte Symptome und Probleme und eine Indikation für weiterführende psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischer) Interventionen zur Therapie der assoziierten Symptome überprüft werden.</p> <p>Qualität der Evidenz: Expertenkonsens</p>
Intervention, Zielgruppe, Indikation	Neurofeedback
Evidenzquellen	Evidenz aus Metaanalysen: Arns et al. (2009), Sonuga-Barke et al. (2013), Micoulaud-Franchi et al. (2014), Cortese et al. (2016), Arns et al. (2014)
Fragestellung 1	Wann kann Neurofeedback als Behandlungsoption bei ADHS eingesetzt werden?
Ergebnisse 1	<p>Neurofeedback nach Standard-Trainingsprotokoll kann im Rahmen eines Behandlungsplans der ADHS bei Kindern über sechs Jahren und Jugendlichen ergänzend eingesetzt werden, wenn dadurch eine andere wirkungsvollere Therapie nicht verzögert oder verhindert wird.</p> <p>Qualität der Evidenz: moderat; Empfehlungsgrad: 0 = Empfehlung offen</p>
Fragestellung 2	Wie soll Neurofeedback bei ADHS durchgeführt werden?
Ergebnisse 2	<p>Wenn Neurofeedback eingesetzt wird, soll es</p> <ul style="list-style-type: none"> » mittels gut untersuchter Protokolle trainiert werden; diese umfassen das Feedback der Theta-Beta-Ratio über der fronto-zentralen Region, des Sensorimotor-Rhythmus (SMR) über dem Motorkortex oder der langsamen kortikalen Potentiale (slow cortical potentials, SCP) über der Scheitelregion. Sog. „QEEG-basierte“ Protokolle mit z. T. anderen Frequenzbereichen und Platzierungen der Elektroden sollen nicht verwendet werden. » Prinzipien der Lerntheorie und Transferübungen zum Übertragen des Erlernten in den Alltag umfassen. » ausreichend lang trainiert werden (mindestens 25 bis 30 Sitzungen), wobei regelmäßig gemeinsam mit Kind/Jugendlichem und Eltern überprüft werden soll, ob die Fortsetzung der Behandlung durch Hinweise auf eine beginnende Wirksamkeit gerechtfertigt ist. <p>Qualität der Evidenz: moderat; Empfehlungsgrad: A = starke Empfehlung</p>

ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS); NICE = National Institute for Health and Care Excellence
 *In vorliegender Tabelle werden ausschließlich relevante Ergebnisse für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen dargestellt.

Darstellung: GÖG

4.2.4 Gesamtbeurteilung der Evidenzlage zu Chronischem Schmerz bei Kindern und Jugendlichen

Es wurde **eine systematische Übersichtsarbeit** (Fisher et al. 2018) identifiziert, in der **47 Primärstudien** zur Wirksamkeit verschiedener psychologischer Interventionen (unter anderem Relaxation, coping skills training, Hypnose) bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen untersucht wurden. Die in der Arbeit durchgeführten Metaanalysen haben folgende **positive Effekte** festgestellt:

- » Reduktion der Schmerzfrequenz direkt nach der Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Kopfschmerzen (15 Primärstudien)
- » Reduktion der Schmerzintensität direkt nach der Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen chronischen Schmerzen (16 Primärstudien)
- » Reduktion der schmerzbezogenen Beeinträchtigung direkt nach der Behandlung (14 Primärstudien) und im Follow-up (9 Primärstudien) bei Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen chronischen Schmerzen
- » Reduktion von Angstzuständen direkt nach der Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen chronischen Schmerzen (8 Primärstudien)

Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien wurde als sehr niedrig bis niedrig eingestuft. Die angeführten Qualitätsmängel in den Studiendesigns bezogen sich unter anderem auf die Randomisierung und die Beschreibung der Endpunkte. Darüber hinaus wurde festgehalten, dass die Heterogenität der eingeschlossenen Studien die Unsicherheit der Metaanalysen erhöht. Insgesamt zeigen sich also Hinweise auf positive Effekte der oben angeführten Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen. Diese sind aufgrund der eher geringen methodischen Qualität der Studien jedoch mit Unsicherheiten behaftet und können durch neue Studien wesentlich verändert werden.

Tabelle 4.4:

Überblick über eingeschlossene Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zu Chronischem Schmerz bei Kindern und Jugendlichen

Autor/-in (Jahr) Studiendesign	Fragestellung Ein- und Ausschlusskriterien	Intervention Messzeitpunkt	Indikation Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Limitationen/ Anmerkungen
Fisher et al. (2018) systematische Übersichtsarbeit (Cochrane Review, aktu- alisiert in den Jahren 2003, 2009, 2012 und 2014)	<p>Untersuchung der Wirksamkeit psychologischer Behandlungen im Vergleich zu aktiver Behandlung, Wartelisten-Behandlung und üblicher Behandlung bei chronischen und wiederkehrenden Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » RCT > 10 Teilnehmer/-innen » psychologische Behandlungen mit definiertem psychotherapeutischem Inhalt (nicht zwingend von jemandem mit psychologischer Qualifikation durchgeführt) <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Interventionen, die über das Internet durchgeführt werden » Schmerzen aufgrund von Krebserkrankung 	<p>Psychologische Behandlungen (zusammenfasst: Relaxation, Hypnose, Training zur Stärkung der Bewältigungsfähigkeiten (coping skills training), Biofeedback, Kognitive Verhaltenstherapie), durchgeführt von einem Therapeuten / einer Therapeutin (persönlich, telefonisch oder mit einem Buch mit Übungsanweisungen)</p> <p>Messzeitpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » direkt nach der Behandlung sowie im Follow-up-Verlauf (3 bis 12 Monate nach der Behandlung) 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Kopfschmerzen (inkl. Migräne) » Unterschiedlicher chronischer Schmerz (wiederkehrende Abdominalschmerzen, muskuloskelettale Schmerzen, erkrankungsbezogene Schmerzen) <p>Endpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Schmerzintensität » Schmerzbezogene Beeinträchtigung » Depression » Angst » Nebenwirkungen 	<p>insg. 47 Studien mit 2.884 Kindern/Jugendlichen mittleres Alter: 12,6 Jahre (\pm 2,21 Jahre)</p> <p>Kopfschmerzen (inkl. Migräne):</p> <ul style="list-style-type: none"> » Signifikante Reduktion der Schmerzfrequenz bei Kindern und Jugendlichen direkt nach Durchführung der psychologischen Behandlungen (RR 2,35, $p < 0,01$), jedoch konnte der Effekt im Follow-up-Verlauf nicht aufrechterhalten werden. » Keine positiven Effekte psychologischer Behandlungen hinsichtlich der Reduktion der schmerzbezogenen Beeinträchtigung bei Kindern festgestellt (SMD -0,26), jedoch zeigte sich in wenigen Studien im Follow-up-Verlauf eine signifikante Verbesserung (SMD -0,34). » keine positiven Effekte psychologischer Behandlungen hinsichtlich der Endpunkte Angst sowie Depression <p>Unterschiedlicher chronischer Schmerz:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Signifikante Reduktion der Schmerzintensität bei Kindern und Jugendlichen direkt nach Durchführung der psychologischen Behandlungen (SMD -0,43, $p < 0,01$), jedoch konnte der Effekt im Follow-up-Verlauf nicht aufrechterhalten werden. » signifikante Reduktion der schmerzbezogenen Beeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen direkt nach Durchführung der psychologischen Behandlungen (SMD -0,34) sowie im Follow-up-Verlauf (SMD -0,27) » keine positiven Effekte psychologischer Behandlungen hinsichtlich des Endpunkts Depression » Signifikante Effekte psychologischer Behandlungen bei Kindern hinsichtlich des Endpunkts Angst, jedoch konnte der Effekt im Follow-up-Verlauf nicht aufrechterhalten werden (SMD -0,16). 	<ul style="list-style-type: none"> » methodisch sehr gut durchgeführte Übersichtsarbeit » Inkludierte Studien in der Übersichtsarbeit weisen eine (sehr) niedrige methodische Qualität auf (hohes Bias-Risiko, Heterogenität der Studienergebnisse, Publikationsbias), kleine Studienpopulationen, mangelnde Untersuchung der Endpunkte Angst und Depression. » Neue Studien können die Ergebnisse der Übersichtsarbeit daher wesentlich verändern.

SMD = Standardised mean difference / standardisierte Mittelwertdifferenz; RR = risk ratio / relatives Risiko

Darstellung: GÖG

5 Schlussfolgerungen

5.1 Limitationen

Um den Umfang der systematischen Literaturrecherche in überschaubaren Grenzen zu halten, wurde gemeinsam mit den Auftraggebern beschlossen, die Recherche auf systematische Übersichtsarbeiten sowie Metaanalysen und Leitlinien einzuschränken. Das heißt, dass der vorliegende Bericht auch nur Aussagen zu Interventionen zulässt, zu deren Wirksamkeit entsprechende systematische Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen vorliegen. Zu einzelnen von den Expertinnen und Experten genannten Interventionen wurden jedoch keine rezenten Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen gefunden (z. B. Biofeedback). Das bedeutet jedoch nicht, dass diese nicht wirksam wären, sondern nur, dass keine systematischen Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen zur Wirksamkeit vorliegen und daher im Rahmen dieser Arbeit keine Aussage dazu getroffen werden kann. Auch betrachten die systematischen Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen zum Teil verschiedene Interventionen einer übergeordneten Methode gemeinsam (z. B. Interventionen der Kognitiven Verhaltenstherapie) bzw. beschreiben sie die in den einzelnen Studien konkret angewendeten Interventionen nicht so detailliert, was ebenfalls zur Folge hat, dass zu einigen von den Experten und Expertinnen genannten Einzel-Interventionen keine Aussage gemacht werden kann.

Das Ziel des vorliegenden Berichts war die Erhebung der Wirksamkeit der von klinischen Psychologinnen und Psychologen angewandten Therapien, nicht aber eine vergleichende Gegenüberstellung zur Wirksamkeit anderer Therapien (siehe auch Kapitel 2). Daher wurde auch bei der Aufbereitung der Evidenz kein spezielles Augenmerk auf das Vorhandensein und die Art der Kontrollgruppen in den Primärstudien gelegt. Ein großer Teil der hier behandelten Übersichtsarbeiten verwendete das Studiendesign RCT als Einschlusskriterium. Einige der hier beschriebenen Effekte stammen aber auch zumindest teilweise aus nicht-kontrollierten Primärstudien. Das trifft auf die Effekte aus Newby et al. 2017, Jayasinghe et al. 2017 und Norton et al. 2015 (Angststörungen), sowie Lawrence et al. 2013 und Rohling et al. 2009 (Schlaganfall) zu. Kontrollierte und nicht-kontrollierte Studien generieren Ergebnisse auf unterschiedlichen Evidenzniveaus, im vorliegenden Bericht werden diese allerdings nicht getrennt dargestellt. Da die Fragestellung dieses Berichts äußerst breit gefasst ist – es wird eine Vielzahl an Interventionen für eine Vielzahl an Indikationen beurteilt – wird in der Ergebnisdarstellung auch nicht nach Endpunkten differenziert, sondern die Evidenz verschiedenartiger Effekte zusammenfassend dokumentiert.

Eine weitere Einschränkung betrifft die grundsätzliche Problematik der Wirkungsnachweise im Setting der psychosozialen Interventionen. Uhl et al. (2010) fassen dies wie folgt zusammen:

“Whenever the effects of interventions lie in the far future, whenever it is hard to measure effects objectively, whenever competing influences cannot be adequately controlled experimentally or statistically, and whenever the available sample sizes in practical applications are too small to expect any statistically significant results, we have to accept research strategies that are miles away from the ideal approach for investigating causal relationships, i.e. randomized, controlled trials (RCT).” (Uhl et al. 2010)

5.2 Gefundene Effekte

Für alle vier untersuchten Diagnosegruppen konnten systematische Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen oder Leitlinien recherchiert werden, die einen Großteil der von den Expertinnen und Experten genannten Interventionen behandeln. Insgesamt sprechen die Studien für eine Wirksamkeit der untersuchten Interventionen, die Aussagekraft und Sicherheit der Evidenzlage ist aber aufgrund der Größe und Qualität der Studien (zu den Limitationen vgl. Kapitel 5.1.) eher gering.

Tabelle 5.1 zeigt für jede der von den Expertinnen und Experten genannten Leistungen die in systematischen Übersichtsarbeiten / Metaanalysen oder Leitlinien gefundene Wirksamkeit.

Tabelle 5.1:

Evidenz zur Wirksamkeit von standardmäßig durchgeführten klinisch-psychologischen Interventionen nach Diagnose

Interventionen nach Diagnose	Evidenz zu Wirksamkeit
Angststörungen im Erwachsenenalter	
Psychoedukation	ja
Interventionen der Kognitiven Verhaltenstherapie, u. a.	ja
» Erstellung einer modifizierten Version eines KVT-Modells	
» Konfrontationstraining / Expositions- bzw. Konfrontationstherapie (in vivo, in sensu, in virtuo – virtuelle Realitätsexposition)	ja
» Achtsamkeitstraining/Achtsamkeitsübungen (unterschiedliche Meinungen in den Interviews)	ja
» Soziales Kompetenztraining (im Zusammenhang mit tiergestützten Interventionen TGI)	
Imaginationsverfahren	ja
Entspannungsmethoden	ja
Biofeedback	–
Neurofeedback	–
Klinische Hypnose (geteilte Meinung)	–
Schlaganfall im Erwachsenenalter	
Psychoedukation	–
Störungsorientierte Therapie (Restitutive Interventionen / wiederherstellende Übungen / rehabilitative Übungen: Reduktion spezifischer Defizite):	ja
» Aufmerksamkeitstraining	ja
» Neglect-Training (Ziel ist es, einzelne Funktionen möglichst gezielt zu trainieren; oft computer-gestützt)	ja
» Gedächtnistraining	ja
» Training der Exekutivfunktionen etc.	ja
Kompetenzorientierte Therapie: auf Kompensation gerichtete Intervention	ja
» Erlernen von störungsübergreifenden Strategien zum Selbstmanagement, Alltagsbewältigung; z. B. Training des Gebrauchs von Hilfsmitteln	ja
» Erarbeiten von Kompensationsstrategien	ja
» Psychoedukation	–
» Stressanalyse, Entspannungstechniken erlernen	–

Interventionen nach Diagnose	Evidenz zu Wirksamkeit
» <i>Erarbeitung alternativer Lebensziele und -perspektiven (ACT, Commitmenttherapie) etc.</i>	ja
Lern- und verhaltenstheoretische Interventionen: zur Behandlung der psychischer Störungen/Beeinträchtigungen von Schlaganfall-Patientinnen/-Patienten	ja
» <i>Krankheitseinsicht fördern</i>	–
» <i>Psychoedukation</i>	–
» <i>Kognitive Umstrukturierung</i>	–
» <i>Emotionsregulation</i>	–
» <i>Achtsamkeits-, Akzeptanztraining („Akzeptanz- und Commitmenttherapie“)</i>	ja
» <i>Interpersonelle Fertigkeiten verbessern</i>	–
» <i>Kontingenzmanagement / Verstärkersysteme / token economy</i>	–
ADHS im Kindes- und Jugendalter	
Kindzentrierte Interventionen / patientenzentrierte Interventionen: Selbstinstruktionstraining / standardisiertes Aufmerksamkeitstraining / Spieltraining	ja, ergänzend zu Elterntraining
(verhaltenstherapeutisches) Eltern-Kind-Training	ja
Elterntraining, Elternarbeit/Elternschulung/Elternberatung	ja
<i>weitere Behandlungselemente:</i>	
Psychoedukation	ja
Hypnotherapie – „Teilarbeit“	
Entspannungsverfahren (Fantasiereisen etc.)/ Autogenes Training / Imaginative Verfahren – bei einigen Klientinnen und Klienten sinnvoll, bei anderen schwierig (z. B. bei Zwangssymptomatik)	
Soziales Kompetenztraining	ja, ergänzend zu Elterntraining
Neurofeedback	ja, als Ergänzung und unter bestimmten Voraussetzungen
Chronischer Schmerz im Kindes- und Jugendalter	
<i>Psychologische Schmerztherapie/-behandlung / schmerzpsychologische Behandlung</i>	ja
Psychoedukation (Kinder und Eltern)	–
kognitiv-operante Methoden	ja
» <i>Schmerztagebuch, Veränderungsbogen, Ressourcenarbeit</i>	
» <i>Initiierung einer aktiven Alltagsbewältigung</i>	
» <i>Ablenkungsstrategien (z. B. ABC-Technik) / Aufmerksamkeitslenkung</i>	
» <i>Imaginationsverfahren, Visualisierungstechniken, Externalisierungstechniken</i>	
» <i>Kognitive Umstrukturierung</i>	
» <i>Interozeptive Reizexposition / Schmerzprovokation / Exposition in vivo</i>	
» <i>Elternspezifische Interventionen (z. B. Unterstützung aktiver Schmerzbewältigung, Verringerung der elterlichen Aufmerksamkeit) – Modifikation von ungünstigen elterlichen Verhaltensweisen</i>	
Klinische Hypnose (sowie Hypnotherapie)	–
Entspannungstechniken (Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Bauchatmung etc.)	ja
Biofeedback	ja
Interventionen zur Stressbewältigung	–

Quelle: GÖG

6 Quellen und Literatur

Interviews

Schlaganfall bei Erwachsenen

Telefoninterviews mit Sandra Lettner – Praxis für Neuropsychologische Diagnostik, Behandlung und Beratung – 11. 12. 2018 und 16. 01. 2019

Telefoninterview mit Judith Michlits und Andreas Zierhut – SMZ-Ost – Pflegewohnhaus Donau-stadt, Zentrum für Lungenerkrankungen und Langzeitbeatmung sowie Zentrum für Wachkomabehandlung – 16. 06. 2019

Angststörungen bei Erwachsenen

Telefoninterview mit Norman Schmid – Praxis für Psychologie und Medizin – 11. 12. 2018

Telefoninterview mit Sebastian Lanzinger – Phobie Zentrum Wien – 12. 06. 2019

ADHS bei Kindern und Jugendlichen

Telefoninterview mit Ulrike Kipman – Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin in eigener Praxis – 22. 11. 2018

Telefoninterview mit Petra Reutemann – Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin in eigener Praxis – 06 .06. 2019

Telefoninterview mit Monika Pataky-Ifkovits – Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin in eigener Praxis – 13. 06. 2019

Chronischer Schmerz bei Kindern und Jugendlichen

Telefoninterview mit Monika Pucher – Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde – 29. 03. 2019

Telefoninterview mit Monika Pucher – Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin in eigener Praxis – 21. 06. 2019

Literatur

676. Bundesgesetz: 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (1991): Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird (50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz) BGBl. Nr. 676/1991 Fassung vom 27.12.1991
- Banaschewski, T.; Hohmann, S.; Millenet, S. Aufmerksamkeitsdefizit (2018): Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. In: DGKJP, DGPPN und DGSPJ German guidelines:
- Bednar, Waltraud; Hagleitner, Joachim (2007): Psychotherapie auf Basis medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse – psychotherapeutische Medizin. Buch, Monographie. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Bowen, A.; Hazelton, C.; Pollock, A.; Lincoln, N. B. (2013): Cognitive rehabilitation for spatial neglect following stroke. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 7:CD003586
- Evans, K.; Morrell, C. J.; Spiby, H. (2018): Systematic review and meta-analysis of non-pharmacological interventions to reduce the symptoms of mild to moderate anxiety in pregnant women. In: Journal of Advanced Nursing 74/2:289–309
- Fisher, E.; Law, E.; Dudeney, J.; Palermo, T. M.; Stewart, G.; Eccleston, C. (2018): Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 9:CD003968
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander (2012): Klinisch-psychologische Versorgung in Krankenanstalten und Rehabilitationszentren 2011. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Hagleitner, Joachim; Sagerschnig, Sophie (2011): Planung Psychiatrie 2011. Auf- und Ausbau der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Hagleitner, Joachim; Schnabel, Eva; Bednar, Waltraud (2007): Klinisch-psychologische Versorgung in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Heeren, A.; Mogoase, C.; Philippot, P.; McNally, R. J. (2015): Attention bias modification for social anxiety: A systematic review and meta-analysis. In: Clinical Psychology Review 40/:76–90
- Hoffmann, T.; Bennett, S.; Koh, C. L.; McKenna, K. (2010): A systematic review of cognitive interventions to improve functional ability in people who have cognitive impairment following stroke. In: Topics in Stroke Rehabilitation 17/2:99–107
- Jayasinghe, N.; Finkelstein-Fox, L.; Sar-Graycar, L.; Ojie, M. J.; Bruce, M. L.; Difede, J. (2017): Systematic Review of the Clinical Application of Exposure Techniques to Community-Dwelling Older Adults with Anxiety. In: Clinical Gerontologist 40/3:141–158

- Kishita, N.; Laidlaw, K. (2017): Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? In: *Clinical Psychology Review* 52/:124–136
- Klainin-Yobas, Piyanee; Oo, Win Nuang; Suzanne Yew, Pey Ying; Lau, Ying (2015): Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: A systematic review. In: *Aging & Mental Health* 19/12:1043–1055
- Lawrence, M.; Booth, J.; Mercer, S.; Crawford, E. (2013): A systematic review of the benefits of mindfulness-based interventions following transient ischemic attack and stroke. In: *International Journal of Stroke* 8/6:465–474
- Loetscher, T.; Lincoln, N. B. (2013): Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5:CD002842
- Newby, J. M.; McKinnon, A.; Kuyken, W.; Gilbody, S.; Dalgleish, T. (2015): Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. In: *Clinical Psychology Review* 40/:91–110
- Norton, A. R.; Abbott, M. J.; Norberg, M. M.; Hunt, C. (2015): A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. In: *Journal of Clinical Psychology* 71/4:283–301
- Pompoli, A.; Furukawa, T. A.; Imai, H.; Tajika, A.; Efthimiou, O.; Salanti, G. (2016): Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4/:CD011004
- Poulin, Valerie; Korner-Bitensky, Nicol; Dawson, Deirdre R.; Bherer, Louis (2012): Efficacy of executive function interventions after stroke: A systematic review. In: *Topics in Stroke Rehabilitation* 19/2:158–171
- Psychologengesetz 2013: 182. Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013), BGBl 2013/182, in der geltenden Fassung.
- Reinsperger, Inanna; Patera, Nikolaus; Piso, Brigitte (2013): Behandlung durch Klinische PsychologInnen. Teil II: Literaturübersicht zu Behandlungsmethoden und Anwendungsbereichen. LBI-HTA Projektbericht. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien
- Rohling, Martin L.; Faust, Mark E.; Beverly, Brenda; Demakis, George (2009): Effectiveness of cognitive rehabilitation following acquired brain injury: A meta-analytic re-examination of Cicerone et al.'s (2000, 2005) systematic reviews. In: *Neuropsychology* 23/1:20–39
- Uhl, Alfred; Ives, Richard; et.al. (2010): Evaluation of drug prevention activities. Theory and practice. In: *P-PG/Prev* 6/:-

Wu, S.; Kutlubaev, M. A.; Chun, H. Y.; Cowey, E.; Pollock, A.; Macleod, M. R.; Dennis, M.; Keane, E.; Sharpe, M.; Mead, G. E. (2015): Interventions for post-stroke fatigue. In: Cochrane Database of Systematic Reviews7:CD007030

Zimmermann, Tanja; Laireiter, Anton-Rupert (2013): Externe Reviews zu LBI-HTA Projektbericht Nr. 69: "Behandlung durch Klinische PsychologInnen". externe Gutachten zu. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien

Anhang

- Anhang A: Suchstrategien zu Angststörungen
Tabelle A 1: Datenbank: Ovid MEDLINE(R)
Tabelle A 2: Datenbank: PsycINFO
- Anhang B: Suchstrategien zu Schlaganfall
Tabelle B 1: Datenbank: Ovid MEDLINE(R)
Tabelle B 2: Datenbank: PsycINFO
- Anhang C: Suchstrategien zu ADHS
Tabelle C 1: Datenbank: Ovid MEDLINE(R)
Tabelle C 2: Datenbank: PsycINFO
- Anhang D: Suchstrategien zu Chronischer Schmerz
Tabelle D 1: Datenbank: Ovid MEDLINE(R)
Tabelle D 2: Datenbank: PsycINFO

Anhang A: Suchstrategien zu Angststörungen

Tabelle A 1:
Datenbank: Ovid MEDLINE(R)

1	exp meta-analysis as topic/	18.146
2	exp meta-analysis/	104.577
3	"meta analy*".tw.	153.568
4	"metaanaly*".tw.	1.977
5	(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.	150.159
6	"Review Literature as Topic"/	7.481
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	269.384
8	cochrane.ab.	73.807
9	embase.ab.	80.031
10	(psychlit or psyclit).ab.	914
11	(psychinfo or psycinfo).ab.	30.851
12	(cinahl or cinhal).ab.	25.193
13	science citation index.ab.	2.991
14	reference list\$.ab.	16.864
15	bibliograph\$.ab.	17.123
16	hand-search\$.ab.	6.505
17	relevant journals.ab.	1.121
18	selection criteria.ab.	28.928
19	data extraction.ab.	18.963
20	18 or 19	45.683
21	"review"/	2.553.680
22	20 and 21	28.639
23	8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17	150.431
24	exp comment/ or exp editorial/ or exp letter/	1.761.576
25	7 or 22 or 23	323.722
26	25 not 24	311.372
27	exp Implosive Therapy/	1.172
28	exp Animal Assisted Therapy/	514
29	exp Behavior Therapy/	71.290
30	exp Feedback, Psychological/	13.923
31	Horticultural Therapy/	53
32	exp Hypnosis/	12.028
33	exp "Imagery (Psychotherapy)"/	1.693
34	exp Psychotherapy, Brief/	3.408
35	exp Relaxation Therapy/	8.744

36	(social* adj1 competenc* adj1 train*).ab,ti.	18
37	"psychoeducation*".ab,ti.	4.515
38	(confrontation adj1 training*).ab,ti.	0
39	(confrontation adj1 therap*).ab,ti.	19
40	(exposure adj1 therap*).ab,ti.	1.957
41	(exposure adj1 training*).ab,ti.	217
42	exp Biofeedback, Psychology/	10.588
43	biofeedback.ab,ti.	6.497
44	neurofeedback.ab,ti.	1.288
45	hypnosis.ab,ti.	7.079
46	27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45	99.331
47	exp Anxiety Disorders/	77.089
48	(anxiety adj1 disorder*).ab,ti.	28.933
49	(anxiety adj1 neurose*).ab,ti.	69
50	(neurotic adj1 anxiety).ab,ti.	126
51	47 or 48 or 49 or 50	90.863
52	46 and 51	9.527
53	limit 52 to ("all adult (19 plus years)" or "young adult (19 to 24 years)" or "adult (19 to 44 years)" or "young adult and adult (19-24 and 19-44)" or "middle age (45 to 64 years)" or "middle aged (45 plus years)" or "all aged (65 and over)" or "aged (80 and over)")	5.190
54	26 and 53	171
55	limit 54 to (english or german)	166

Darstellung: GÖG

Tabelle A 2:

Datenbank: PsycINFO

27	exp Implosive Therapy/	16
28	exp Animal Assisted Therapy/	802
29	exp Behavior Therapy/	7.619
30	exp Feedback, Psychological/	0
31	Horticultural Therapy/	0
32	exp Hypnosis/	2.832
33	exp "Imagery (Psychotherapy)"/	0
34	exp Psychotherapy, Brief/	0
35	exp Relaxation Therapy/	552
36	(social* adj1 competenc* adj1 train*).ab,ti.	31
37	"psychoeducation*".ab,ti.	5.841
38	(confrontation adj1 training*).ab,ti.	1
39	(confrontation adj1 therap*).ab,ti.	7
40	(exposure adj1 therap*).ab,ti.	1.899
41	(exposure adj1 training*).ab,ti.	109
42	exp Biofeedback, Psychology/	0
43	biofeedback.ab,ti.	1.628
44	neurofeedback.ab,ti.	1.311
45	hypnosis.ab,ti.	3.396
46	27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45	21.695
47	exp Anxiety Disorders/	32.276
48	(anxiety adj1 disorder*).ab,ti.	25.560
49	(anxiety adj1 neurose*).ab,ti.	6
50	(neurotic adj1 anxiety).ab,ti.	29
51	47 or 48 or 49 or 50	43.991
52	46 and 51	2.294
53	limit 52 to ("300 adulthood <age 18 yrs and older>" or 320 young adulthood <age 18 to 29 yrs> or 340 thirties <age 30 to 39 yrs> or 360 middle age <age 40 to 64 yrs> or "380 aged <age 65 yrs and older>" or "390 very old <age 85 yrs and older>")	1.054
54	limit 53 to ("0830 systematic review" or 1200 meta analysis)	9

Darstellung: GÖG

Anhang B: Suchstrategien zu Schlaganfall

Tabelle B 1:
Datenbank: Ovid MEDLINE(R)

1	exp Stroke/	125.282
2	exp Stroke Rehabilitation/	12.198
3	"stroke*".ab,ti.	231.079
4	(neuropsychologic* adj1 therap*).ab,ti.	40
5	(neuropsychologic* adj1 assess*).ab,ti.	5.764
6	(neuropsychologic* adj1 treatment*).ab,ti.	74
7	(neuro-psychologic* adj1 treatment*).ab,ti.	3
8	(neuro-psychologic* adj1 assess*).ab,ti.	24
9	(neuro-psychologic* adj1 therap*).ab,ti.	0
10	(neuropsychologic* adj1 intervention*).ab,ti.	91
11	(neuro-psychologic* adj1 intervention*).ab,ti.	1
12	(neuropsychologic* adj1 rehabilitation*).ab,ti.	293
13	(neuro-psychologic* adj1 rehabilitation*).ab,ti.	6
14	exp meta-analysis as topic/	18.182
15	exp meta-analysis/	104.536
16	"meta analy*".tw.	153.809
17	"metaanaly*".tw.	1.976
18	(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.	150.594
19	"Review Literature as Topic"/	7.485
20	14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19	269.727
21	cochrane.ab.	73.647
22	embase.ab.	79.958
23	(psychlit or psyclit).ab.	913
24	(psychinfo or psycinfo).ab.	30.895
25	(cinahl or cinhal).ab.	25.117
26	science citation index.ab.	2.971
27	reference list\$.ab.	16.745
28	bibliograph\$.ab.	17.112
29	hand-search\$.ab.	6.519
30	relevant journals.ab.	1.119
31	selection criteria.ab.	28.591
32	data extraction.ab.	18.974
33	31 or 32	45.394
34	"review"/	2.555.513
35	33 and 34	28.267

36	21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30	150.455
37	exp comment/ or exp editorial/ or exp letter/	1.764.579
38	20 or 35 or 36	324.121
39	38 not 37	311.738
40	4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13	6.225
41	1 or 2 or 3	266.473
42	"psychoeducation*".ab,ti.	4.519
43	exp Cognitive Behavioral Therapy/	26.418
44	(cogniti* adj1 therap*).ab,ti.	3.396
45	(mindfulness* adj1 train*).ab,ti.	656
46	(attention* adj1 train*).ab,ti.	470
47	(mindfulness* adj1 therap*).ab,ti.	137
48	(acceptance* adj1 therap*).ab,ti.	82
49	(acceptance* adj1 train*).ab,ti.	35
50	(commitment* adj1 therap*).ab,ti.	819
51	(commitment* adj1 train*).ab,ti.	41
52	(cogniti* adj1 train*).ab,ti.	2.413
53	(memory adj1 train*).ab,ti.	949
54	(memory adj1 therap*).ab,ti.	91
55	(neglect* adj1 train*).ab,ti.	13
56	(neglect* adj1 therap*).ab,ti.	68
57	(neglect adj1 treat*).ab,ti.	41
58	(neglect adj1 rehabilitat*).ab,ti.	48
59	"executiv* function* train*".ab,ti.	54
60	"executiv* function* therap*".ab,ti.	0
61	40 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60	41.747
62	41 and 61	760
63	39 and 62	57

Darstellung: GÖG

Tabelle B 2:

Datenbank: PsycINFO

1	exp Stroke/	16.879
2	"stroke*".ab,ti.	28.033
3	(neuropsychologic* adj1 therap*).ab,ti.	51
4	(neuropsychologic* adj1 assess*).ab,ti.	4.607
5	(neuropsychologic* adj1 treatment*).ab,ti.	60
6	(neuro-psychologic* adj1 treatment*).ab,ti.	3
7	(neuro-psychologic* adj1 assess*).ab,ti.	8
8	(neuro-psychologic* adj1 therap*).ab,ti.	0
9	(neuropsychologic* adj1 intervention*).ab,ti.	110
10	(neuro-psychologic* adj1 intervention*).ab,ti.	1
11	(neuropsychologic* adj1 rehabilitation*).ab,ti.	385
12	(neuro-psychologic* adj1 rehabilitation*).ab,ti.	1
13	"psychoeducation*".ab,ti.	5.850
14	exp Cognitive Behavioral Therapy/	0
15	(cogniti* adj1 therap*).ab,ti.	4.637
16	(mindfulness* adj1 train*).ab,ti.	1.131
17	(attention* adj1 train*).ab,ti.	523
18	(mindfulness* adj1 therap*).ab,ti.	222
19	(acceptance* adj1 therap*).ab,ti.	106
20	(acceptance* adj1 train*).ab,ti.	32
21	(commitment* adj1 therap*).ab,ti.	1.800
22	(commitment* adj1 train*).ab,ti.	58
23	(cogniti* adj1 train*).ab,ti.	1.991
24	(memory adj1 train*).ab,ti.	784
25	(memory adj1 therap*).ab,ti.	66
26	(neglect* adj1 train*).ab,ti.	8
27	(neglect* adj1 therap*).ab,ti.	27
28	(neglect adj1 treat*).ab,ti.	23
29	(neglect adj1 rehabilitat*).ab,ti.	37
30	"executiv* function* train*".ab,ti.	67
31	"executiv* function* therap*".ab,ti.	0
32	1 or 2	29.290
33	3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31	21.383
34	32 and 33	372
35	limit 34 to ("0800 literature review" or "0830 systematic review" or 1200 meta analysis or 1300 metasynthesis)	26

Darstellung: GÖG

Anhang C: Suchstrategien zu ADHS

Tabelle C 1:
Datenbank: Ovid MEDLINE(R)

1	exp Child/	1.863.179
2	exp Infant/	1.114.575
3	exp Adolescent/	1.972.631
4	"child*".ab,ti.	1.335.094
5	"infant*".ab,ti.	391.378
6	"adolescent*".ab,ti.	239.578
7	"teenager*".ab,ti.	13.772
8	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7	3.895.104
9	exp meta-analysis as topic/	18.500
10	exp meta-analysis/	107.489
11	"meta analy*".tw.	158.768
12	"metaanaly*".tw.	2.001
13	(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.	155.977
14	"Review Literature as Topic"/	7.538
15	9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14	277.688
16	cochrane.ab.	76.503
17	embase.ab.	83.217
18	(psychlit or psyclit).ab.	918
19	(psychinfo or psycinfo).ab.	32.357
20	(cinahl or cinhal).ab.	26.103
21	science citation index.ab.	3.043
22	reference list\$.ab.	17.228
23	bibliograph\$.ab.	17.394
24	hand-search\$.ab.	6.634
25	relevant journals.ab.	1.138
26	selection criteria.ab.	29.497
27	data extraction.ab.	19.574
28	26 or 27	46.826
29	"review"/	2.583.114
30	28 and 29	28.943
31	16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25	155.850
32	exp comment/ or exp editorial/ or exp letter/	1.787.478
33	15 or 30 or 31	333.662
34	33 not 32	320.997
35	(psychologic* adj1 therap*).ab,ti.	2.188

36	(psychologic* adj1 treatment*).ab,ti.	4.037
37	(psychologic* adj1 care*).ab,ti.	1.556
38	Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/	27.701
39	(Attention Deficit Disorder or ADHD or attention disorder or hyperactivity).ab,ti.	49.546
40	Self instruction training*.ab,ti.	16
41	psychoeducation.ab,ti.	2.622
42	38 or 39	55.488
43	Neurofeedback/	834
44	Hypnosis/	8.959
45	Hypnotherap*.ab,ti.	1.193
46	(concentration adj2 training*).ab,ti.	108
47	(parental adj2 work).ab,ti.	181
48	(parental adj2 training*).ab,ti.	127
49	(parent adj2 counselling).ab,ti.	55
50	Hypnotherapy.ab,ti.	1.081
51	attention training*.ab,ti.	283
52	(relaxation adj2 (techniques or methods)).ab,ti.	1.603
53	autogenic training*.ab,ti.	574
54	autogenous training*.ab,ti.	91
55	exp Psychotherapy/	190.680
56	(psychologic* adj1 therap*).ab,ti.	2.188
57	(psychologic* adj1 treatment*).ab,ti.	4.037
58	(psychologic* adj1 care*).ab,ti.	1.556
59	concentration training*.ab,ti.	25
60	(cognitive adj2 training*).ab,ti.	3.341
61	cognitive behavioral therap*.ab,ti.	8.613
62	Cognitive Behavioral Therapy/	24.271
63	"nonpharmacologic treatment*".ab,ti.	773
64	(nonpharmacologic adj2 treatment*).ab,ti.	845
65	(parent adj1 training*).ab,ti.	1.184
66	(child adj1 training*).ab,ti.	127
67	35 or 36 or 37 or 41 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66	52.323
68	(Attention Deficit Disorder with Hyperactivity or Attention Deficit Disorder or ADHD).ab,ti.	25.016
69	8 and 34 and 42 and 67	82
70	(focus training* or (executive adj2 function adj2 training*)).ab,ti.	116
71	relaxation therapy/	6.278
72	(social adj2 competence adj2 training*).ab,ti.	41
73	(learning adj2 therap*).ab,ti.	288
74	(creativity or creative).ab,ti.	17.107
75	(concentration adj2 technique*).ab,ti.	1.306

76	40 or 41 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 59 or 60 or 64 or 65 or 66 or 70 or 72 or 73 or 74 or 75	39.519
77	8 and 34 and 76	424
78	42 and 77	56
79	limit 78 to (english or german)	54

Darstellung: GÖG

Tabelle C 2:

Datenbank: PsycINFO

1	"child* ".ab,ti.	388.873
2	"infant* ".ab,ti.	43.815
3	"adolescent* ".ab,ti.	139.145
4	"teenager* ".ab,ti.	5.831
5	Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/	19.987
6	(Attention Deficit Disorder or ADHD or attention disorder or hyperactivity).ab,ti.	32.162
7	Self instruction training*.ab,ti.	17
8	psychoeducation.ab,ti.	3.319
9	Neurofeedback/	1.402
10	Hypnosis/	2.506
11	Hypnotherap*.ab,ti.	694
12	(concentration adj2 training*).ab,ti.	29
13	(parental adj2 work).ab,ti.	210
14	(parental adj2 training*).ab,ti.	154
15	(parent adj2 counselling).ab,ti.	21
16	Hypnotherapy.ab,ti.	568
17	attention training*.ab,ti.	337
18	(relaxation adj2 (techniques or methods)).ab,ti.	516
19	autogenic training*.ab,ti.	188
20	autogenous training*.ab,ti.	6
21	concentration training*.ab,ti.	18
22	(cognitive adj2 training*).ab,ti.	2.785
23	(nonpharmacologic adj2 treatment*).ab,ti.	169
24	(parent adj1 training*).ab,ti.	1.942
25	(child adj1 training*).ab,ti.	124
26	(focus training* or (executive adj2 function adj2 training*)).ab,ti.	102
27	relaxation therapy/	477
28	(social adj2 competence adj2 training*).ab,ti.	52
29	(learning adj2 therap*).ab,ti.	294
30	(creativity or creative).ab,ti.	32.145
31	(concentration adj2 technique*).ab,ti.	20
32	7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31	46.546

33	1 or 2 or 3 or 4	495.090
34	5 or 6	32.644
35	32 and 33 and 34	779
36	limit 35 to ("0800literature review" or "0830systematic review" or 1200 meta analysis)	67
37	limit 35 to ("0830systematic review" or 1200 meta analysis)	17
38	limit 37 to (english or german)	16
39	limit 35 to ("reviews (best balance of sensitivity and specificity)" and (english or german))	387
40	limit 36 to (english or german)	61
41	from 40 keep 1–61	61

Darstellung: GÖG

Anhang D: Suchstrategien zu Chronischer Schmerz

Tabelle D 1:
Datenbank: Ovid MEDLINE(R)

1	exp Chronic Pain/	12.268
2	(chronic* adj1 pain).ab,ti.	33.802
3	1 or 2	39.269
4	exp Child/	1.838.557
5	exp Infant/	1.101.743
6	exp Adolescent/	1.944.682
7	"child*".ti.	717.684
8	"infant*".ti.	186.083
9	"adolescent*".ti.	138.405
10	"teenager*".ti.	4.019
11	4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10	3.570.280
12	3 and 11	4.280
13	exp Psychotherapy/	187.955
14	(psychologic* adj1 pain* adj1 therap*).ti.	4
15	(psychologic* adj1 pain* adj1 treatment*).ti.	6
16	(psychologic* adj1 pain* adj1 care*).ti.	0
17	13 or 14 or 15 or 16	187.959
18	12 and 17	247
19	exp meta-analysis as topic/	17.941
20	exp meta-analysis/	102.836
21	"meta analy*".tw.	150.325
22	"metaanaly*".tw.	1.961
23	(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.	146.453
24	"Review Literature as Topic"/	7.430
25	19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24	264.252
26	cochrane.ab.	72.212
27	embase.ab.	78.105
28	(psychlit or psyclit).ab.	914
29	(psychoinfo or psycinfo).ab.	29.902
30	(cinahl or cinhal).ab.	24.585
31	science citation index.ab.	2.961
32	reference list\$.ab.	16.653
33	bibliograph\$.ab.	16.939
34	hand-search\$.ab.	6.437
35	relevant journals.ab.	1.108

36	selection criteria.ab.	28.654
37	data extraction.ab.	18.606
38	36 or 37	45.070
39	"review"/	2.534.049
40	38 and 39	28.460
41	26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35	147.042
42	exp comment/ or exp editorial/ or exp letter/	1.744.481
43	25 or 40 or 41	317.541
44	43 not 42	305.466
45	18 and 44	21
46	(psychologic* adj1 therap*).ab,ti.	2.104
47	(psychologic* adj1 treatment*).ab,ti.	3.945
48	(psychologic* adj1 pain* adj1 therap*).ab,ti.	12
49	(psychologic* adj1 pain* adj1 treatment*).ab,ti.	21
50	(psychologic* adj1 pain* adj1 care*).ab,ti.	0
51	(psychologic* adj1 care*).ab,ti.	1.507
52	46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51	7.273
53	3 and 52	257
54	11 and 53	49
55	44 and 54	13
56	from 55 keep 1–13	13

Darstellung: GÖG

Tabelle D 2:

Datenbank: PsycINFO

1	exp Chronic Pain/	9.525
2	(chronic* adj1 pain).ab,ti.	11.207
3	1 or 2	13.750
4	exp Child/	0
5	exp Infant/	0
6	exp Adolescent/	0
7	"child*".ti.	171.970
8	"infant*".ti.	15.931
9	"adolescent*".ti.	72.860
10	"teenager*".ti.	1.254
11	4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10	246.332
12	3 and 11	618
13	exp Psychotherapy/	101.748
14	(psychologic* adj1 pain* adj1 therap*).ti.	0
15	(psychologic* adj1 pain* adj1 treatment*).ti.	3
16	(psychologic* adj1 pain* adj1 care*).ti.	0
17	13 or 14 or 15 or 16	101.749
18	12 and 17	20
19	limit 18 to "reviews (best balance of sensitivity and specificity)"	11
20	limit 19 to (english or german)	11
21	(psychologic* adj1 therap*).ab,ti.	2.001
22	(psychologic* adj1 treatment*).ab,ti.	4.086
23	(psychologic* adj1 pain* adj1 therap*).ab,ti.	3
24	(psychologic* adj1 pain* adj1 treatment*).ab,ti.	13
25	(psychologic* adj1 pain* adj1 care*).ab,ti.	0
26	(psychologic* adj1 care*).ab,ti.	907
27	21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26	6.734
28	3 and 11 and 27	21
29	limit 28 to "reviews (best balance of sensitivity and specificity)"	13
30	limit 29 to (english or german)	11

Darstellung: GÖG