



Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.

## **Selbsthilfegruppen – Bundestreffen 2026**

**„60 Jahre Exposition: Hoffnung ist trainierbar“**

Alex Jobst

Thomas Hillebrand

Vorstandsmitglieder der DGZ



1. Meine erste Expositionsbehandlung 1993 - Waschzwang
2. **1966 – Die erste Veröffentlichung zur Expositionsbehandlung**
3. Was sind S3-Leitlinien und was sagen sie zur Behandlung der Zwangsstörung?
4. Die intensive Exposition als Blockbehandlung
5. Initiativen der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ e.V.) zur Förderung der Expositionsbehandlung

# Die ersten Schritte der Exposition

Behav. Res. & Therapy, 1966, Vol. 4, pp. 273 to 280. Pergamon Press Ltd. Printed in England

## MODIFICATION OF EXPECTATIONS IN CASES WITH OBSESSIONAL RITUALS

V. MEYER

Academic Department of Psychiatry Middlesex Hospital Medical School, London

*(Received 6 May 1966)*

**Summary**—Some theoretical issues in relation to the nature of obsessional rituals and the most commonly adopted method of behaviour therapy for this disorder are critically considered. On the basis of these considerations, a different method—“modification of expectations” or “reality testing” is put forward and its successful application to two patients described and discussed.

# Die zwei Patientinnen – Nennen wir sie Susan und Jane:

## Susan

- 33-jährige Lehrerin, verheiratet, ein Kind
- Seit drei Jahren Wasch- und Reinigungszwänge, vorher auch Kontrollzwänge
- Deutlich ausgeprägte Kontaminationsbefürchtungen und Vermeidungsverhalten
- Therapien: Aufenthalte in drei verschiedenen Psychiatrien: EKT, Stützende Gespräche, Medikamente (Tranquilizer), VT – alles ohne Erfolg
- Oktober 1963: Systematische Desensibilisierung in der Klinik. Zunächst erfolgte ein Rückgang der Angst (+ weiterhin Tranquilizer), aber ihre Überzeugung von der möglichen Gefährdung „blieb praktisch unverändert“
- Wieder zuhause, kommt es zu einer rapiden Verschlechterung. Im Oktober 1964 wird eine Leukotomie (Operative Durchtrennung von Nervenverbindungen im Stirnhirn) in Betracht gezogen.
- Diese wird aber zugunsten der neuen Methode zurückgestellt, die zuerst erprobt werden soll

## Jane

- 47-jährige Lehrerin, verheiratet, ein Kind
- Seit 36 Jahren religiöse, sexuelle und aggressive Zwangsgedanken und Rituale
- Im Alter von 10 Jahren: „Euch werden alle Sünden verziehen, es sei denn ihr lästert den Heiligen Geist“
- 13 Jahre: Es kommen Zwangsgedanken hinzu, mit dem Thema Sex mit dem Heiligen Geist zu haben
- Seitdem ständiges Ausführen von Ritualhandlungen, um die Angst- und Schuldgefühle zu neutralisieren: Wiederholung von Handlungen, Kleidung an und wieder ausziehen, die Treppe rauf und wieder runtergehen, ihre Schritte wieder zurückgehen
- Ab 29 Jahre: Psychiater, EKT und Medikamente bleiben erfolglos
- 32 Jahre: nach intensiven aggressiven Zwangsgedanken Ehemann und Tochter zu töten: Leukotomie wird durchgeführt
- 34 Jahre: 11 Jahre Psychoanalyse – „Am Ende der Analyse war es noch schlimmer“: Ausweitung der Auslöser durch Kenntnis sexueller Symbolik, (ein Rohr reinigen, Stecker einstecken, Banane essen...)
- Sie ist arbeitsfähig, aber außerhalb der Arbeit ständig geplagt von intrusiven Gedanken und Ritualhandlungen, um Unglück für ihre Familie und „ewige Verdammnis“ für sich Selbst zu verhindern

# Die ersten Expositionen in der Klinik!

## Susan

- Medikamente (keine SSRI's, die es erst seit den 80iger Jahren gibt) wurden abgesetzt
- Wasserkran im Zimmer wurde abgestellt
- Strenge Kontrolle durch das Personal
- „Durch Überzeugungsarbeit, Beruhigung und Ermutigung wurde versucht, die Patientin von unnötigem und übermäßigem Waschen abzuhalten“
- Patientin sollte jedes Vermeidungsverhalten und den Drang zum Waschen melden
- Sitzungen mit Victor Meyer: Exposition – Türklinken, Mülleimer, Spielzeug des Kindes, Bus und Bahn
- Intensive Phase: 4 Wochen
- Dann Übergang zur Phase Selbstmanagement, eigene Übungen, Protokollierung von Schwierigkeiten
- Woche 9 – 12: Wochenenden zu Hause

## Jane

- Behandlungen bei Victor Meyer: „zielten darauf Stress zu erzeugen“, sie wurde aufgefordert, „sich vorzustellen, Sex mit dem heiligen Geist zu haben“ (1. Expo-in-sensu!)
- Andere „unanständige“ Dinge ausführen: eine Pfeife reinigen, fluchen, Würstchen essen
- Die ersten Sitzungen: „sehr belastend, riefen starke Angst und Weinen hervor“. Diese Reaktionen verschwanden schnell und die Patientin selbst schlug weitere schwierige Handlungen vor
- Nach den Sitzungen: besondere Aufmerksamkeit darauf, keine Rituale auszuführen (*Response Prevention/ Reaktionsverhinderung*) durch „Ermutigung, Beruhigung, Überzeugungsarbeit und gelegentlich Entspannung“
- Rücksprache mit einem Priester über ihre Überzeugung für ihre Gedanken der „ewigen Verdammnis“ zu verfallen
- Nach drei Wochen Reduktion der therapeutenbegleiteten Expositionen. Einbezug des Partners zur Aufklärung über Verhinderung der Rituale
- Gesamtaufenthalt in der Klinik: 9 Wochen

# ...und das waren die Effekte der Therapie:

## Susan

- Unnötiges und exzessives Waschen wurde fast vollständig beseitigt
- Vermeidungsverhalten wurde zunehmend reduziert
- Sie war bereit Dinge anzufassen, „von denen sie nicht mal geträumt hätte, sie zu berühren“
- Zu Beginn der Behandlung schwankte sie zwischen verbittertem, aggressivem Verhalten, stellte die Bedeutung der Behandlung und die hygienischen Standards der Klinik in Frage
- Anfänglich Unruhe, Weinen in denen die Angst vor Ansteckung und Krankheit zum Ausdruck kam
- Später nahm die Überzeugtheit von der Gefährlichkeit der Kontaminationen ab
- Dann auch deutliche Reduktion der Waschvorgänge auf sieben und fünf Vermeidungshandlungen und schließlich auf 4 und 3
- Nimmt wieder an allen Aktivitäten teil, arbeitet wieder als Lehrerin
- Ehemann im letzten Gespräch: „Wir sind mehr als erfreut mit dem Fortschritt, jetzt sind wir wieder eine vereinte Familie und genießen das Zusammensein“

## Jane

- Rituale von 80 auf 20 reduziert
- Sie schien weniger überzeugt von der Gültigkeit ihrer Befürchtungen, der „Ewigen Verdammnis“ oder anderer katastrophaler Folgen ihres Verzichts auf neutralisierende Rituale. Kurz vor Entlassung ließ dieser Effekt etwas nach
- Im Follow-up über 1 Jahr und 10 Monate fanden 18 Termine mit ihr und dem Ehemann statt
- 21 Monate protokollierte sie täglich die Anzahl ihrer Rituale und intrusiven Gedanken: im Durchschnitt 4 Rituale und 7 intrusive Gedanken täglich. Der Erfolg direkt nach Ende der Behandlung blieb stabil
- Die Symptomatik steigt an, wenn sie allein ist, oder wütend und verärgert
- Der Glaube an die Gültigkeit ihrer Befürchtungen sei noch vorhanden, aber die Intensität noch immer reduziert
- Sowohl die Patientin als auch ihr Ehemann sind extrem zufrieden mit dem Ergebnis der Therapie

# Diskussion - 1966

- Methodisch lässt sich der Effekt nicht zweifelsfrei auf die Intervention zurückführen
- „Es lässt sich jedoch nicht mit Bestimmtheit behaupten, dass nur der Krankenhausaufenthalt und die Beziehung zum Therapeuten an sich für die Besserung verantwortlich sein könnten.“
- Zwei zentrale Effekte
  - ▣ Dauerhaftes Unterlassen der Rituale führt nicht zu der Erfahrung andauernder Anspannung und Angst
  - ▣ Die Erwartung der Patienten von „desaströsen Konsequenzen“ wurden nicht erfüllt

# Diskussion - 1966

- „Diese Methode erfordert hohen personellen Einsatz, der nicht nur vom Therapeuten, sondern auch vom Pflegepersonal gewährleistet werden kann“
- „Angesichts des allgemeinen Mangels an Erfolgen bei dieser Art von Erkrankung ist zu hoffen, dass Forscher und andere Fachleute diese Behandlungsmethode in Betracht ziehen und anwenden werden“

# Wie ging es weiter?

- Einzelfallbeschreibungen reichen nicht aus, um eine Methode als wirksam zu belegen
- Studien, an denen vielen Patienten teilnehmen und ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe sind erforderlich, um die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode zu belegen

# High-Frequency Studien

Studie	Umfang der Exposition
Foa et al. (1984)	<b>ERP</b> <u>Woche 1-3</u> : 5x/Woche; je 120 Min. <u>Woche 4</u> : Therapie im häuslichen Umfeld an 2 aufeinanderfolgenden Tagen (insg. 4 Std.)
Foa et al. (2005)	<b>ERP</b> <u>Woche 1-3</u> : 5x/Woche; je 120 Min. <u>Woche 4</u> : Therapie im häuslichen Umfeld an 2 aufeinanderfolgenden Tagen (insg. 4 Std.) <u>Woche 5-12</u> : 1x/Woche; je 45 Min.
McKay et al. (1996)	<b>ERP + KT</b> 5x/Woche; je 90 Min.
Neziroglu et al. (2001)	<b>ERP + SSRI</b> ; stationär 6x/Woche; je 90 Min.
Rosqvist et al. (2001)	<b>ERP im natürlichen Setting</b> 24 Sitzungen; 2x/Woche; je 90 Min.

# Medium-Frequency Studien - I

Studie	Umfang der Exposition
Chambless et al. (1999)	<b>ERP</b> 12 Sitzungen; 2x/Woche; je 90 Min. 4 ERP-Sitzungen: 1x/Woche; je 90 Min. 4 Praxissitzungen: 1x/Woche; je 60 Min.
Emmelkamp et al. (1988)	<b>ERP (selbstkontrolliert)</b> 10 Sitzungen; je 60 Min.
Greist et al. (2002)	<b>ERP</b> 10 Sitzungen; 1x/Woche; je 60 Min.
Hiss et al. (1994)	<u>Woche 1-3:</u> 5x/Woche; je 90 Min. In W. 3: Therapie im häuslichen Umfeld an 2 aufeinanderfolgenden Tagen <u>Woche 4:</u> 4x/Woche; je 90 Min. Danach: Follow-up: 9 Telefonkontakte , 12 Wochen
O'Connor et al. (1999)	<b>ERP</b> 5 Monate; 1x/Woche; je 60 Min.

# Medium-Frequency Studien - II

Studie	Umfang der Exposition
Rothbaum et al. (2000)	<b>ERP im natürlichen Setting</b> 7 Jahre ERP bis zum „Abarbeiten“ der Angsthierarchie, dann weniger frequentiert (1x/Woche; 1x/14 Tage; 1x/Monat) Je 90 Min. (je 45 Min. in-sensu / in-vivo)
Van Noppen et al. (1997)	1: GBT (Gruppe) 2: MFBT (multifamiliär) 10 Sitzungen; je 120 Min.
Van Oppen et al. (1995)	<b>ERP (selbstkontrolliert)</b> 16 Sitzungen; je 45 Min.
Vogel et al. (2004)	1: ERP + KT 2: ERP + REL 10 Sitzungen 2x/Woche
Whittal et al. (2005)	<b>ERP</b> 12 Sitzungen; 1x/Woche; je 50-60 Min.



1. Meine erste Expositionsbehandlung 1993 - Waschzwang
2. 1966 – Die erste Veröffentlichung zur Expositionsbehandlung
3. **Was sind S3-Leitlinien und was sagen sie zur Behandlung der Zwangsstörung?**
4. Die intensive Exposition als Blockbehandlung
5. Initiativen der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ e.V.) zur Förderung der Expositionsbehandlung

# S3-Leitlinie Zwangsstörung – Stand 2013

(erneut bestätigt in der 1. Revision 2022)

## Behandlungsempfehlung 4-1

Bei einer Zwangsstörung soll eine störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einschließlich Exposition als Psychotherapie der ersten Wahl angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A

Annahme mit 91.2% Zustimmung und 8.8% Enthaltungen

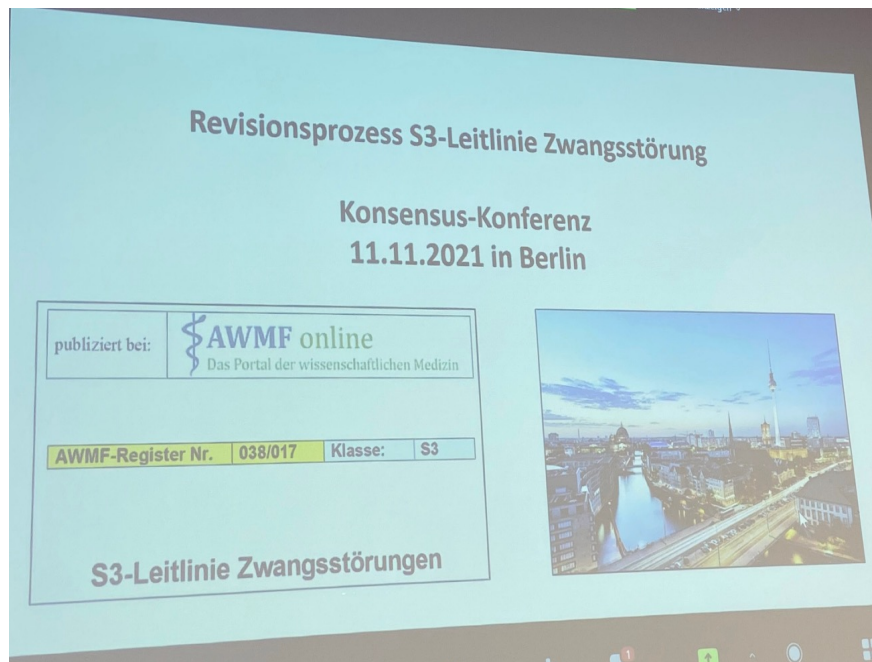
# Weitere Empfehlungen zur Durchführung

- ✓ Wie ? Mit Therapeutenbegleitung (E)
- ✓ Wo ? Im häuslichen Umfeld oder in zwangsauslösenden Situationen außerhalb der Praxis/Klinik (E)
- ✓ Wie lange insgesamt ? Bei Ansprechen auf die Behandlung bis zur Remission ( $Y\text{-BOCS} \leq 12$ ) (B)
- **Wie genau ? Keine Empfehlung in der 1. Version der Leitlinien von 2013 über den konkreten Umfang (Dauer und Häufigkeit) einer Expositionsübung**

# S3-Leitlinie Zwangsstörung – 1. Revision Veröffentlichung 2022

**Konsensus-Konferenz 11.11.2021**

**Behandlungsempfehlung 4-6**



Besteht die Möglichkeit der Durchführung hochfrequenter Exposition mit Reaktionsmanagement (Blockexposition an unmittelbar konsekutiven Therapientagen; mindestens aber zwei lange Expositionseinheiten pro Woche), sollte diese Anwendung genutzt werden.

**Empfehlungsgrad: B**

Annahme mit 91.4% Zustimmung und 8.6% Enthaltungen

# Weitere Empfehlungen zur Durchführung

- ✓ Wie ? Mit Therapeutenbegleitung (E)
- ✓ Wo ? Im häuslichen Umfeld oder in zwangsauslösenden Situationen außerhalb der Praxis/Klinik (E)
- ✓ Wie lange insgesamt ? Bei Ansprechen auf die Behandlung bis zur Remission ( $Y\text{-BOCS} \leq 12$ ) (B)
- **Wie genau ?**

# Weitere Empfehlungen zur Durchführung

- ✓ Wie ? Mit Therapeutenbegleitung (E)
- ✓ Wo ? Im häuslichen Umfeld oder in zwangsauslösenden Situationen außerhalb der Praxis/Klinik (E)
- ✓ Wie lange insgesamt ? Bei Ansprechen auf die Behandlung bis zur Remission ( $Y\text{-BOCS} \leq 12$ ) (B)
- ✓ Wie genau? Wenn möglich hochfrequent! (B)

# Seit Mai 2026 auch als Patientenleitlinie online erhältlich:

## Patientenleitlinie Zwangsstörungen



## Patientenleitlinie «Zwangsstörungen»

### Herausgeber

Prof. Dr. Ulrich Voderholzer,  
Prof. Dr. Susanne Walitza,  
Prof. Dr. Lena Jelinek,  
Antonia Peters,  
Prof. Dr. Christoph Wewetzer,  
Dr. Eva Zisler

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und  
Psychotherapie, Psychosomatik und Nerven-  
heilkunde e.V. (DGPPN)



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugend-  
psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
e.V. (DGKJP)



Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen  
e.V. (DGZ)





1. Meine erste Expositionsbehandlung 1993 - Waschzwang
2. 1966 – Die erste Veröffentlichung zur Expositionsbehandlung
3. Was sind S3-Leitlinien und was sagen sie zur Behandlung der Zwangsstörung?
4. **Die intensive Exposition als Blockbehandlung**
5. Initiativen der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ e.V.) zur Förderung der Expositionsbehandlung

# Beispielhafte Umsetzung in der ambulanten Praxis

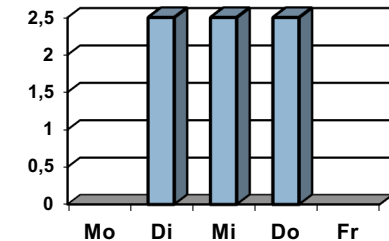
## 1. Dauer der Durchführung:

mindestens drei Therapiestunden (ein Block)



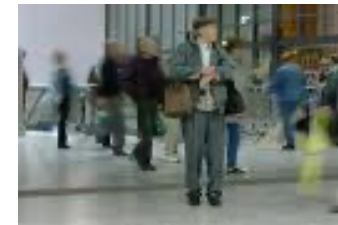
## 2. Häufigkeit:

mindestens drei Blöcke in einer Woche



## 3. Exposition mit den realen Auslösern:

Expositionen außerhalb des Therapieraumes



# Argumente für die Blockbehandlung

- Sowohl Habituations- als auch Erwartungsverletzungseffekte sind in kurzer Zeit für den Patienten erlebbar
- Das Therapieelement Exposition erhält durch die konzentrierte Form eine besondere Gewichtung und Ernsthaftigkeit
- Der Patient kann seine Veränderungsbereitschaft auf diesen Block fokussieren
- Der Patient ist sich der Begleitung durch den Therapeuten gewiss, er wird nicht nach einer einmaligen Exposition „allein gelassen“
- Initialzündung für das weitere Üben durch den Patienten

# Abrechenbarkeit einer Blockexposition im EBM (seit 2006!)

- Blockbehandlung ist abrechenbar
- Leistungslegende EBM-Ziffer 35422 (ebenso 35421, 35425):

## 35422 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)

### *Obligater Leistungsinhalt*

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 28 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35422 gemäß § 27 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,
- Bei der Expositionsbehandlung auch als Mehrfachszitzung bei drei- oder viermaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35422,

je vollendete 50 Minuten

# Erklärung der DPtV – 24.07.25



Bundesmitgliederbrief 2/2025

24.07.2025

## Wie viele Sitzungen darf eine Expositionsbehandlung umfassen?

Wir haben uns hier um eine Klarstellung bemüht, um Unsicherheiten im Praxisalltag in Bezug auf Expositionsbehandlungen in der Verhaltenstherapie auszuräumen. Insbesondere im Rahmen von Zwangs- und Angsterkrankungen kann zeitweise auch eine intensivere Expositionsbehandlung für den Behandlungserfolg notwendig sein.

Die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) schreibt für alle Verfahren in § 23 vor, „*Psychotherapie ... auf maximal drei Behandlungsstunden in der Woche zu begrenzen, um eine ausreichende Therapiedauer im Rahmen der Kontingentierung zu gewährleisten.*“

*Eine durchgehend hochfrequente Psychotherapie kann im Rahmen dieser Richtlinie keine Anwendung finden.*

*Bei der Therapieplanung oder im Verlauf der Behandlung kann es sich jedoch als notwendig erweisen, gegebenenfalls einen Abschnitt der Psychotherapie in einer höheren Wochenfrequenz durchzuführen, um eine größere Effektivität der Therapie zu gewährleisten.*

*Der entsprechende Abschnitt darf nicht das gesamte Kontingent eines Bewilligungsschrittes umfassen.“*

Das bedeutet, dass im Regelfall maximal 3 Sitzungen in der Woche abgehalten werden dürfen.

Die PT-RL erlaubt dennoch in besonderen Fällen,- zum Beispiel bei Expositionsbehandlungen - abschnittsweise eine höhere Frequenz. Diese darf allerdings nicht das gesamte Kontingent eines Bewilligungsschrittes umfassen.

**Eine Begründung in der Dokumentation in der Patientenakte ist im Rahmen einer Kurzzeittherapie ausreichend.** Im Rahmen einer berichtspflichtigen Antragstellung kann diese Begründung dann im Bericht an den Gutachter angegeben werden kann.

**Im Rahmen einer Kurzzeittherapie, die in der Regel keinen Bericht an den Gutachter im Rahmen der Antragstellung benötigt, reicht die Begründung in der Dokumentation der Patientenakte.** In einer Vorversion des PTV2 konnte früher diese Begründung für Mehrfachsitzen bei Expositionsbehandlungen in ein dafür vorgesehenes Feld angegeben werden. Dieses Feld ist im aktuell gültigen PTV2 entfallen.

Zudem können die EBM-Gebührenordnungspositionen für die Verhaltenstherapie in bis zu viermaligem Ansatz an einem Tag durchgeführt und abgerechnet werden (d.h. bis zu 200 Minuten). Sie müssen hier keine Begründung im Rahmen der Quartalsabrechnung in Ihr Abrechnungsprogramm abgeben, die Begründung in Ihrer Patientendokumentation reicht aus.

# Blockbehandlung - Ein neues Phänomen?



# Blockbehandlung - Ein neues Phänomen?

- Meyer (1966) Modification of Expectations in Cases with obsessional rituals. *Behav Res Ther.* 4:273-280
- Rachman S, Hodgson R, Marks IM. (1971) The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behav Res Ther.* 9:237–247
- In den Anfängen der empirischen Forschung (z.B. Foa, 1984)
- In der Praxis immer wieder „neu entdeckt“:
  - 1993 - Christoph-Dornier-Klinik  
(Kommentar: „Mit verhaltenstherapeutischen Steinzeitmethoden...“)
  - 2004 – The House of the Obsessive-Compulsives, Prof. Salkovskis:  
(Kommentar: „He is creating a radical new approach for treating the disorder“)
  - 2016 – B4DT (Bergen 4Day-Treatment), Norwegen  
Kommentar: „One of the worlds leading experts on OCD calls the new treatment method a small revolution“ (Joseph Himle, Michigan)
- 2022 – Hamburger Kompakttraining. Prof. Lena Jelinek und Kolleg/innen übernehmen das Konzept des B4DT und führen es erstmalig in Deutschland durch. Evaluationsstudien folgen

## The Bergen 4-day treatment for OCD: four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting

Bjarne Hansen <sup>a,b</sup>, Gerd Kvale <sup>a,b</sup>, Kristen Hagen <sup>a,c</sup>, Audun Havnen <sup>d</sup> and Lars-Göran Öst <sup>a,e</sup>

<sup>a</sup>Haukeland University Hospital, OCD-team, Bergen, Norway; <sup>b</sup>Department of Clinical Psychology, University of Bergen, Norway; <sup>c</sup>Department of Psychiatry, Molde Hospital, Molde, Norway; <sup>d</sup>Department of Psychiatry, St. Olav's University Hospital, Trondheim, Norway; <sup>e</sup>Department of Psychology, Stockholm University, Sweden

### ABSTRACT

There are few long-term follow-up studies on psychological treatment of anxiety disorders carried out in clinical mental health settings, so called effectiveness studies. The present paper presents a four year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder treated by the Bergen 4-day treatment (B4DT), a concentrated form of exposure and response prevention (ERP). A total of 77 obsessive-compulsive disorder (OCD) patients received treatment during four consecutive days and were assessed with the Yale-Brown Obsessive Compulsive

### ARTICLE HISTORY

Received 4 April 2018  
Accepted 15 May 2018

### KEYWORDS

OCD; ERP; concentrated exposure treatment; Bergen 4-day treatment; group format; long-term follow up

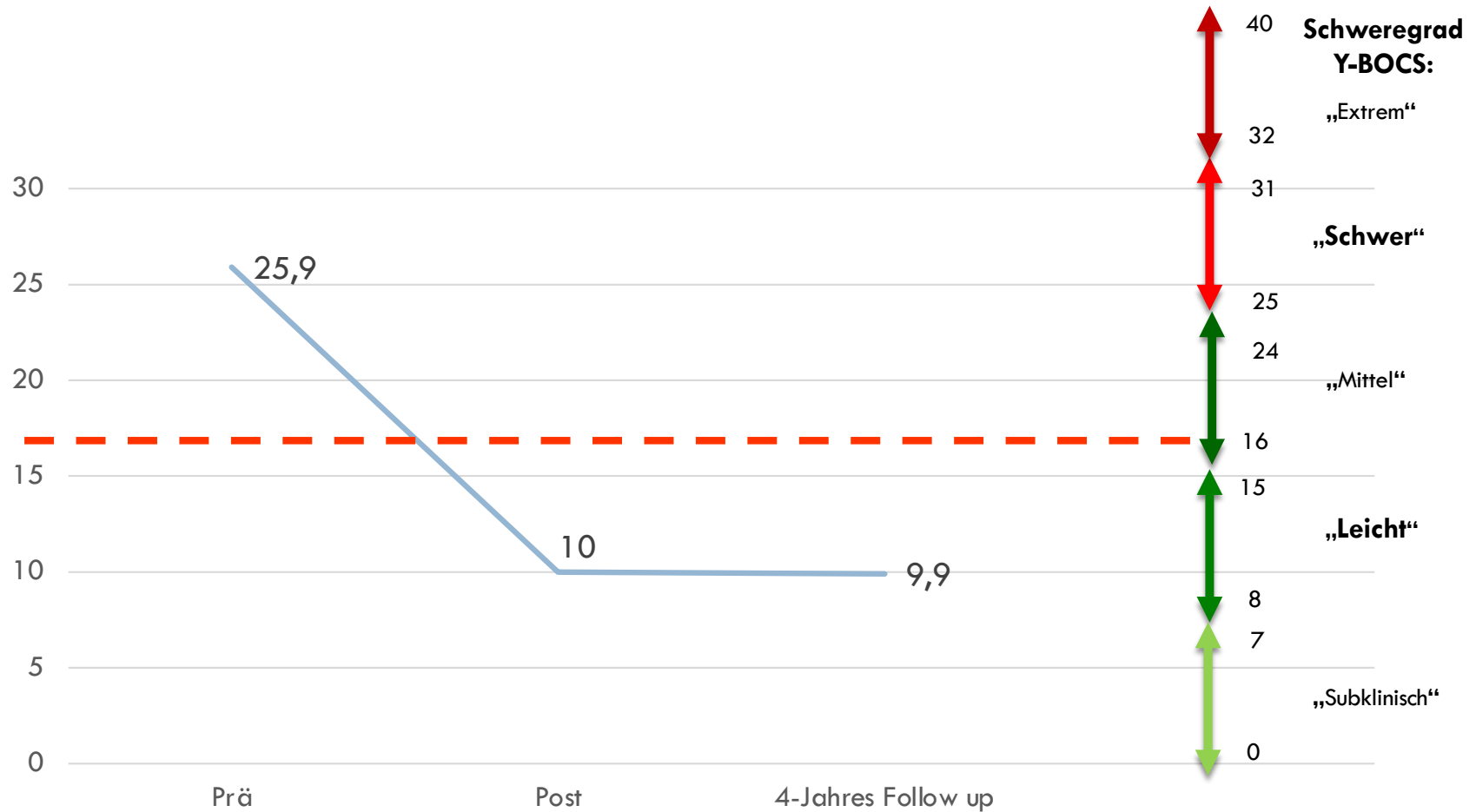
# Bergen 4-Day Treatment for OCD (B4DT)

- **LE**an into **T**he Anxiety – LET-Technik als Grundprinzip: Angst- und Unbehagen als Signal für Exposition betrachten und nicht mehr als Anlass für Vermeidung
- Individuelle Behandlung in einem Gruppensetting: Patientengruppen: 3-6 Teilnehmer, Verhältnis Patient-Therapeut 1:1
- Tag 1: Psychoedukation (3 Std.) und Ausarbeitung der individuellen Übungen
- Tag 2 und 3: Exposition im Umfang von 8-10 Stunden
- Expositionen therapeutenbegleitet, im Nachmittag vermehrt eigene Übungen, deren Resultate abends besprochen werden (21:00 Uhr letzter Kontakt)

# Bergen 4-Day Treatment for OCD (B4DT)

- Tag 3: Angehörige werden eingeladen, mehr über die Störung zu erfahren
- Tag 4: Vorbereitung eigener Übungen, die in den kommenden drei Wochen durchgeführt und den Therapeuten mitgeteilt werden
- Nach drei Monaten Follow-up Treffen mit dem Therapeuten

# Resultate B4DT – Y-BOCS



Hansen, B., Kvale, G., et al. (2019). The Bergen 4-day treatment for OCD: four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting. COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY, Vol. 48, No. 2, 89-105.

# Vergleich Blockexposition (B4DT) vs. Wöchentlicher Sitzungsabstand (ERP)

**Table 4.** A new model for clinical presentation of treatment outcome comparing the Bergen 4-day treatment with ERP in effectiveness studies.

	B4DT		ERP	
1. Number fulfilling DSM-criteria and <i>offered</i> treatment	100	i.e.	100	i.e.
2. Proportion <i>declining</i> treatment	3%	-3	15%*	-15
3. Number <i>starting</i> treatment		97		85
4. Proportion <i>dropping out of treatment</i>	1%	-1	10%	-9
5. Number <i>completing</i> treatment		96		76
6. Proportion <i>remitted</i> at post-assessment	73%	70	40%	30
7. Proportion <i>not remitted</i> at post-assessment	27%	-26	60%	46
8. Proportion <i>relapsing</i> (of remitters post) to follow-up	18%	-13	11%	-3
9. Proportion <i>recovered</i> (of non-remitters post)	57%	+15	4%	+2
10. Number <i>with a good long-term outcome</i>		72		29

Note: For ease of calculation, we start with 100 patients. \* From the meta-analysis by Öst et al. (2015).

Aus: Hansen, B., Kvale, G., et al. (2019). The Bergen 4-day treatment for OCD: four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting. COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY, Vol. 48, No. 2, 89-105.

# Fazit



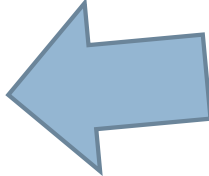
- Die intensive, hochfrequente Durchführung der Expositionsbehandlung ist kein neues Phänomen und wurde schon vor der Leitlinienempfehlung propagiert und durchgeführt.
- Wie aber sieht es mit der Anwendung intensiver Exposition in Deutschland aus?

# Häufigkeit der Blockexposition in der ambulanten Versorgung

## Külz et al. (2010)

Erhebungszeitraum: 2006, n = 78, vorrangig Verhaltenstherapeuten  
„Wie oft führen sie die Expositionsbehandlung in der Woche durch?“

### Drei Mal pro Woche:

Nie:	76,8	
Selten:	7,4%	
Gelegentlich:	5,8%	 <b>5,8 %</b>
Meistens:	0%	
Immer:	0%	

Külz AK, Hassenpflug K, Riemann D, Linster HW, Dornberg M, Voderholzer U (2010) Ambulante psychotherapeutische Versorgung bei Zwangserkrankungen. Ergebnisse einer anonymen Therapeutenbefragung. Psychother Psych Med 2010;60:194–20

# Häufigkeit der Blockexposition in der ambulanten Versorgung

## Moritz et al. (2019)

Erhebungszeitraum: 2015, Online-Befragung, n = 216

### Block treatment? (defined as 3 exposure sessions per week)

	All (n = 216)	Psychologists (n=182)	Physicians (n=26)
No patients	49.1%	47.3%	61.5%
Very few patients	33.3%	33.5%	26.9%
Approx. half of patients	9.3%	<b>10.4%</b>	3.8%
Most patients	5.1%	<b>5.5%</b>	3.8%
All patients	3.2%	<b>3.3%</b>	3.8%



**19,2 %**

Moritz S, Külz A, Voderholzer U, Hillebrand T, McKay D, Jelinek L, „Phobie à deux" and other reasons why clinicians do not apply exposure with response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder. Cogn Behav Ther. 2019 Mar;48(2):162-176.

# Patientenbefragung zur erlebten Expositionsbehandlung



## Unsere Kontaktdaten:

Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.  
Postfach 70 23 34 – 22023 Hamburg – Telefon: (040) 689 13 700  
Allgemeine Sprechzeit: Montag bis Freitag von 10:00 bis 12:00 Uhr.

Z-aktuell, 3/2022, 12-13

- Teilnehmer: Patienten, die das Beratungstelefon der DGZ e.V. in Anspruch nahmen
- Erhebungszeitraum: September – Dezember 2021
- Frage: „Wurde bereits eine Therapie durchgeführt?“
- N = 47
- 62% w – 38% m

# Exposition in der ambulanten Behandlung (N=46)



Keine Exposition



58,7%



# Exposition in der ambulanten Behandlung (N=46)

Keine Exposition



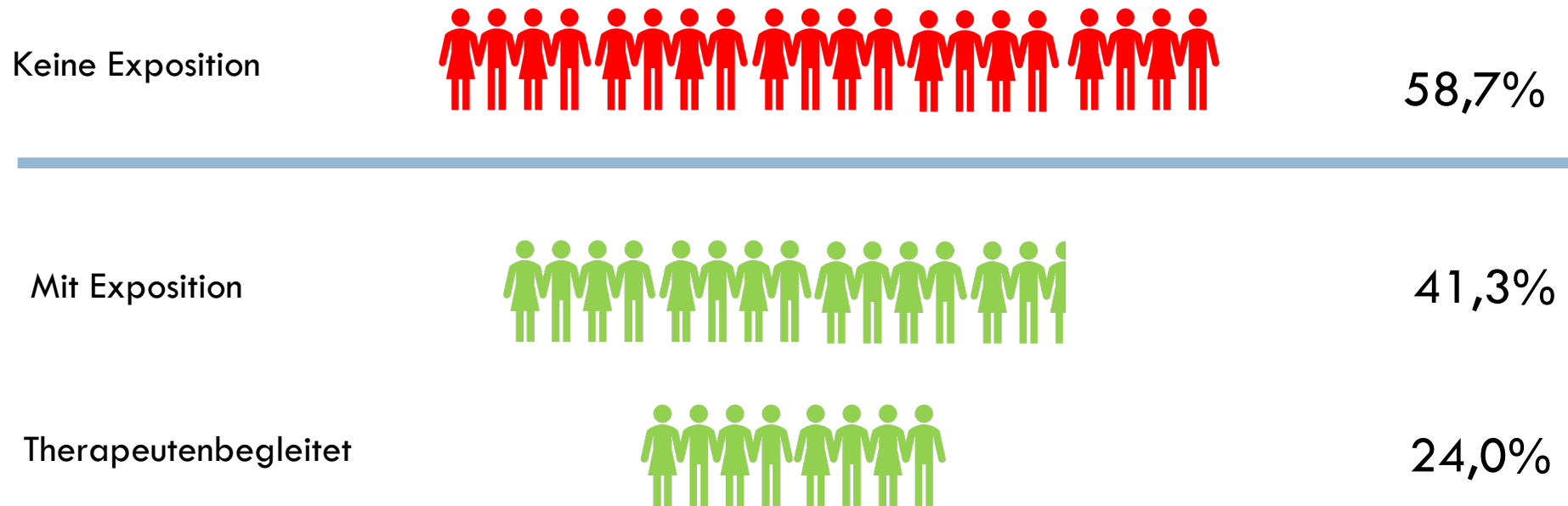
58,7%

Mit Exposition

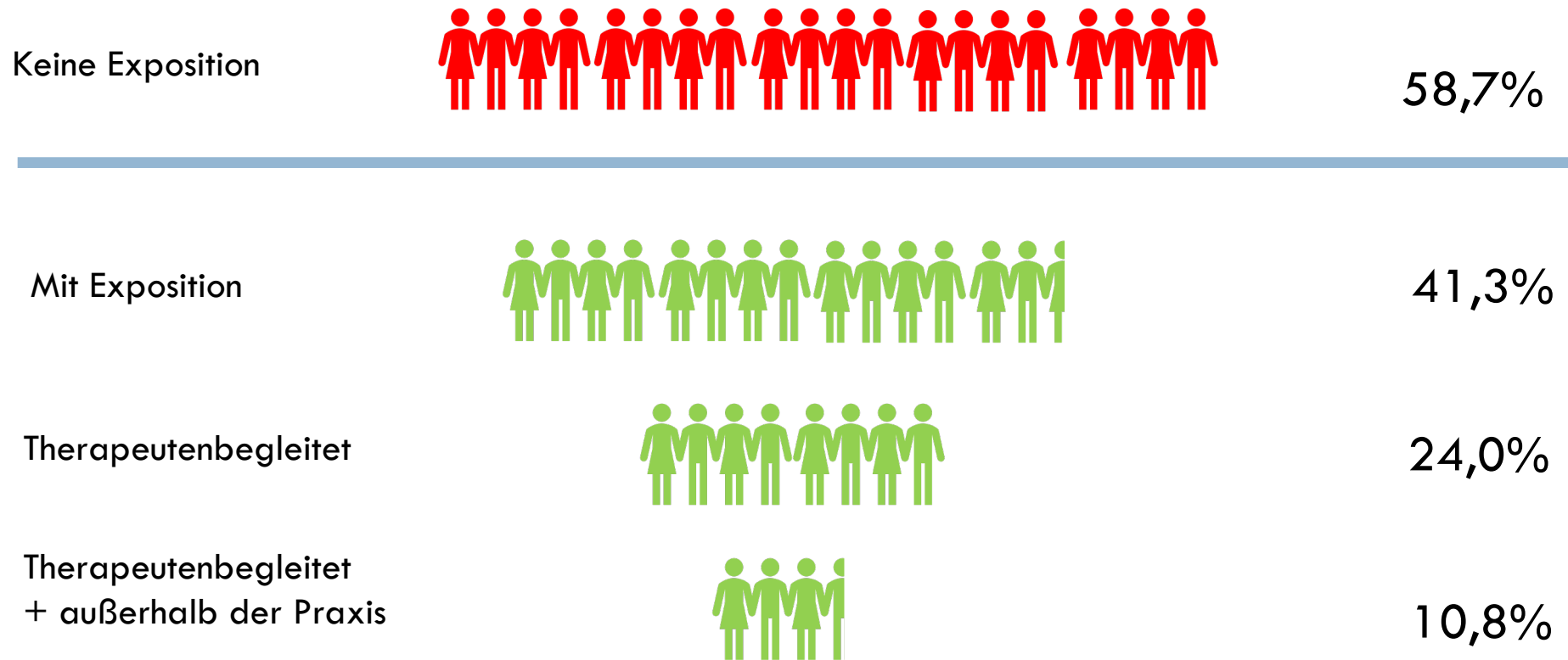


41,3%

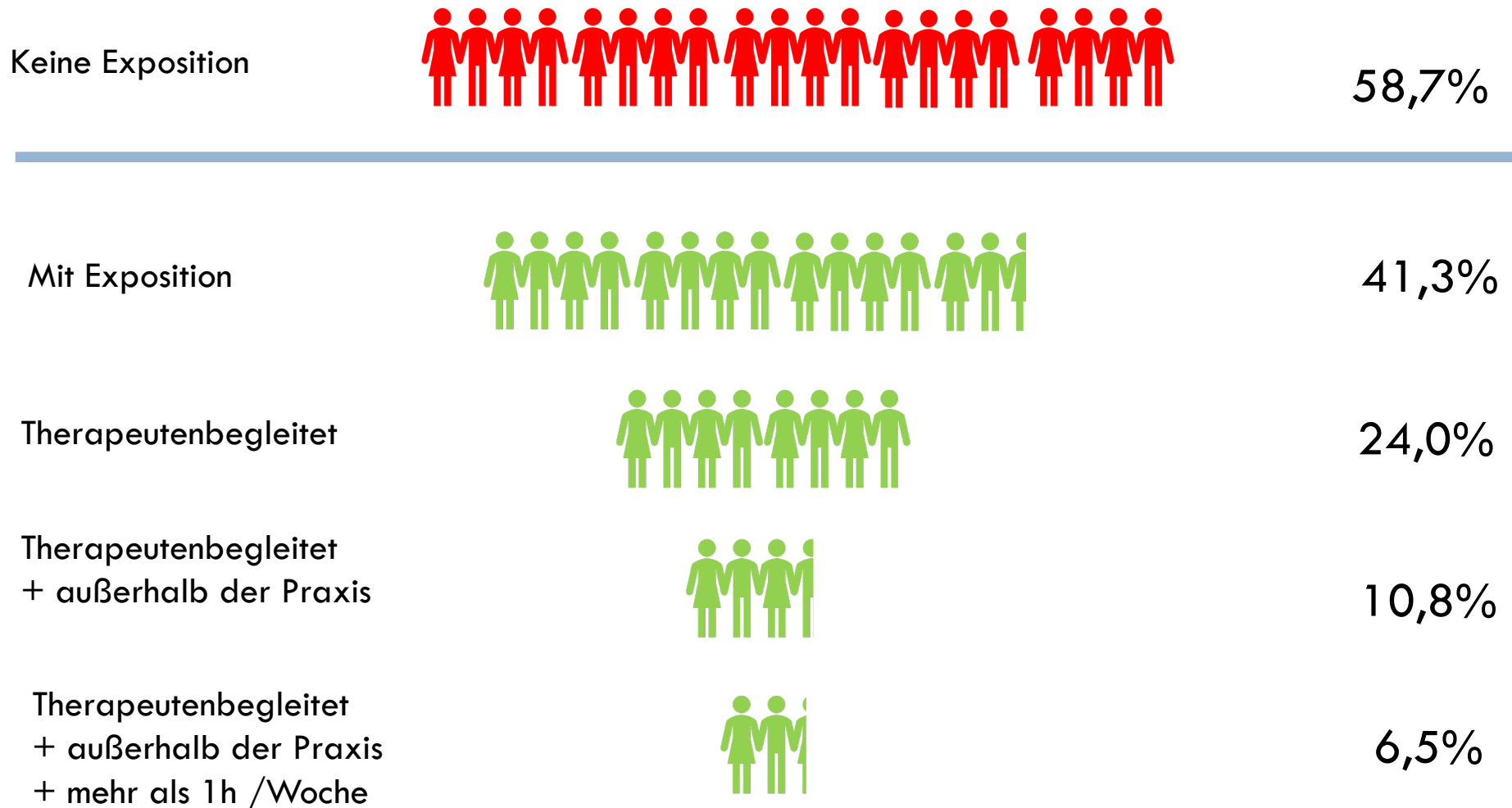
# Exposition in der ambulanten Behandlung (N=46)



# Exposition in der ambulanten Behandlung (N=46)



# Exposition in der ambulanten Behandlung (N=46)



# Warum wurde keine Exposition durchgeführt?

## Therapeut war nicht spezialisiert

- Der Therapeut hat dies nicht angeboten
- Er war nicht so auf Zwangsgedanken spezialisiert
- Therapeut kannte sich nicht aus

## Analytische Verfahren

- Tiefenpsychologie
- Psychoanalyse
- Psychoanalyse
- Tiefenpsychologie
- analytisch 10 Jahre

## Andere Methoden wurden bevorzugt

- Gesprächstherapie, Zwänge nicht im Vordergrund
- Es wurde nur über die Zwänge geredet
- ABC-Formular ausgefüllt
- Hat nur EMDR gemacht

# Warum wurde keine Exposition durchgeführt?

## Patient noch nicht bereit

- Der Patient war dafür noch nicht bereit
- Der Pat. konnte sich dies nicht vorstellen bei seinen Zwangsgedanken

## In Planung

- Es ist angedacht, wurde aber noch nicht durchgeführt (VT läuft seit halbem Jahr)
- VT läuft noch nicht lange (3 Monate)

## Andere Gründe

- Vertrauensbasis fehlte, Therapeutin thematisierte das nicht, Patientin auch nicht.
- Therapeut hatte nicht genug Zeit
- Es wurde auf Eigenverantwortung verwiesen
- Online-Therapie

# Fazit



- Die Zahlen dieser drei Untersuchungen legen nahe, dass eine, mittlerweile auch leitlinienkonforme intensive Art der Exposition, nur in sehr seltenen Fällen stattfindet.
- Gezielte Maßnahmen zur Verbreitung der Exposition im therapeutischen Alltag sind notwendig

# Einige Versuche, die Durchführung Expositionsbehandlung zu fördern



„Auswirkung einer Schulung auf die Überzeugungen zur Expositionstherapie bei erfahrenen Therapeuten“

- Van Malsen et al. (2023), Amsterdam, NL



„Durch Exposition zur Exposition: Ein Protokoll zur Nutzung von Expositionsprinzipien während des Trainings, um Hindernisse auf Therapeutenebene bei der Umsetzung der Exposition zu beseitigen“

- Kemp et al. (2023), Rhode Island, USA



„Der Name ist alles – Warum die Expositionstherapie von einem neuen Namen profitieren könnte“  
Supported Approach of Feared Experiences - CBT

- Becker-Haimes et al. (2023), Pennsylvania, USA



„Exposurepedia - Eine Pilotstudie eines Web-Tools zur Unterstützung der Umsetzung der Expositionstherapie bei angstbedingten Störungen“

- Schwartz et al. (2022), Pennsylvania, USA



1. Meine erste Expositionsbehandlung 1993 - Waschzwang
2. 1966 – Die erste Veröffentlichung zur Expositionsbehandlung
3. Was sind S3-Leitlinien und was sagen sie zur Behandlung der Zwangsstörung?
4. Die intensive Exposition als Blockbehandlung
5. **Initiativen der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ e.V.) zur Förderung der Expositionsbehandlung**

# Standpunkt der DGZ e.V.



Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.

- Als DGZ e.V. fühlen wir uns verpflichtet, die empirisch belegten Therapiestandards zu verbreiten und für die Zwangspatienten, für die wir uns einsetzen, zugänglich zu machen.

# Aktivitäten der DGZ zur Intensivierung der Exposition



Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.

- Gezielte Fortbildungen
  - Z-Expert
  - Curriculum Zwangsstörungen – 5 Seminartage
  - Vorträge und Workshops auf den Jahrestagungen
- Unterstützung der Entwicklung einer Leitlinienfassung für Patienten – seit Mai 2026 online!
- Initiative zur Durchführung der Expositionsbehandlung durch Co-Therapeuten
- Antrag an den G-BA zur Aufhebung der Begründungspflicht bei Durchführung von > 3 Sitzungen in einer Woche – Resultat: Erklärung des DPtV zur Durchführung von Expositionsbehandlungen im Juli 2025 (s.u.)
- Angebot des Online-Netzwerkes „Intensive Exposition bei Zwangsstörungen

# Erklärung der DPtV – 24.07.25



Bundesmitgliederbrief 2/2025

24.07.2025

## Wie viele Sitzungen darf eine Expositionsbehandlung umfassen?

Wir haben uns hier um eine Klarstellung bemüht, um Unsicherheiten im Praxisalltag in Bezug auf Expositionsbehandlungen in der Verhaltenstherapie auszuräumen. Insbesondere im Rahmen von Zwangs- und Angsterkrankungen kann zeitweise auch eine intensivere Expositionsbehandlung für den Behandlungserfolg notwendig sein.

Die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) schreibt für alle Verfahren in § 23 vor, „Psychotherapie ... auf maximal drei Behandlungsstunden in der Woche zu begrenzen, um eine ausreichende Therapiedauer im Rahmen der Kontingentierung zu gewährleisten.

*Eine durchgehend hochfrequente Psychotherapie kann im Rahmen dieser Richtlinie keine Anwendung finden.*

*Bei der Therapieplanung oder im Verlauf der Behandlung kann es sich jedoch als notwendig erweisen, gegebenenfalls einen Abschnitt der Psychotherapie in einer höheren Wochenfrequenz durchzuführen, um eine größere Effektivität der Therapie zu gewährleisten.*

*Der entsprechende Abschnitt darf nicht das gesamte Kontingent eines Bewilligungsschrittes umfassen.“*

Das bedeutet, dass im Regelfall maximal 3 Sitzungen in der Woche abgehalten werden dürfen.

Die PT-RL erlaubt dennoch in besonderen Fällen, – zum Beispiel bei Expositionsbehandlungen - abschnittsweise eine höhere Frequenz. Diese darf allerdings nicht das gesamte Kontingent eines Bewilligungsschrittes umfassen.

**Eine Begründung in der Dokumentation in der Patientenakte ist im Rahmen einer Kurzzeittherapie ausreichend.** Im Rahmen einer berichtspflichtigen Antragstellung kann diese Begründung dann im Bericht an den Gutachter angegeben werden kann.

**Im Rahmen einer Kurzzeittherapie, die in der Regel keinen Bericht an den Gutachter im Rahmen der Antragstellung benötigt, reicht die Begründung in der Dokumentation der Patientenakte.** In einer Vorversion des PTV2 konnte früher diese Begründung für Mehrfachsitzen bei Expositionsbehandlungen in ein dafür vorgesehenes Feld angegeben werden. Dieses Feld ist im aktuell gültigem PTV2 entfallen.

Zudem können die EBM-Gebührenordnungspositionen für die Verhaltenstherapie in bis zu viermaligem Ansatz an einem Tag durchgeführt und abgerechnet werden (d.h. bis zu 200 Minuten). Sie müssen hier keine Begründung im Rahmen der Quartalsabrechnung in Ihr Abrechnungsprogramm abgeben, die Begründung in Ihrer Patientendokumentation reicht aus.

# Das Netzwerk: „Intensive Exposition bei Zwangsstörungen“



Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.

- Initiator: Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ e.V.)
- Moderation: T.H.
- Gründung Dezember 2020
- Bislang 26 Online-Treffen via Zoom, kostenlos
- Aktuell 360 Teilnehmer: Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten, Psychiater
- Anmeldung erforderlich, um Zielgruppenspezifität zu gewährleisten
- Aktive Teilnehmer zu den Treffen: ca. 40 - 100 Personen
- Zitat einer Teilnehmerin: „Ohne Euer Angebot würde ich keine Expos durchführen.“

# Das Netzwerk „Ambulante, intensive Exposition bei Zwangsstörungen“ – Auswahl von Themen



Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.

- Intervision aktueller Behandlungen: Kollegialer Austausch zwischen erfahrenen und bislang weniger oder unerfahrenen Therapeuten
- Durchführung einer Exposition mit 3x3 Stunden in einer Woche bei einer Patientin mit Kontaminationsbefürchtungen und Waschzwang
- Die Hamburger Kompaktbehandlung
- Videogestützte Exposition
- Ambulante Gruppenbehandlung mit Exposition
- Exposition in sensu bei aggressiven und sexuellen und Zwangsgedanken
- Exposition bei „Hyperawareness-OCD“
- Organisatorische Fragen
- und vieles mehr!