

## **Anhang**

### **Übersicht**

<b>Tabelle A1: Meta-Analysen zu Studien mit unbehandelter Kontrollgruppe .....</b>	<b>S. A2</b>
<b>Tabelle A2: Meta-Analysen zu Studien ohne unbehandelter Kontrollgruppe .....</b>	<b>S. A9</b>
<b>Tabelle A3: Prognostische Faktoren in Meta-Analysen zu Studien mit unbehandelter Kontrollgruppe .....</b>	<b>S. A26</b>
<b>Tabelle A4: Prognostische Faktoren in Meta-Analysen zu Studien ohne unbehandelter Kontrollgruppe .....</b>	<b>S. A27</b>
<b>Referenzen .....</b>	<b>S. A45</b>

**Tabelle A1: Meta-Analysen zu Studien mit unbehandelter Kontrollgruppe**

Erstautor Jahr (Studienzahl)	Indikation/Behandlung	Zielkriterium (PRO, ORO., BIO in derselben Analyse)	Ergebnis	Placebo-response	Placebo-effekt (Zusatz-effekt über no treatment)	Rel. Anteil Placebo-effekt/Verumeffekt
SCHMERZEN						
De Groot 2011 <sup>82</sup> (119; Review von 8 Reviews)	Kopfschmerzerkrankungen/ medikamentös und nicht-medikamentös	A: Responder, alle Studien (meist ≥50% Verbesserung) B: Responder, Akutbehandlung (meist ≥50% Verbesserung) C: Responder, Akutbehandlung (schmerzfrei nach 2 h), D: Responder, Prophylaxe (meist ≥50% Verbesserung) E: Patienten mit Notfallmedikamenten F: Patienten mit NW	A: - alle Studien : 36% (95% CI, 35.0-36.4). - Pharmakologisches Placebo: 38.5% (95% CI, 37.8-39.3; n=78) - Pseudobehaviorales Placebo: 8.4% (95% CI, 6.3-10.5 ; n=13) - Aufmerksamkeitskontrolle: 18.3% (95% CI, 15.7-20.9 ; n=11) - Wartelistekontrolle: 17.9% (95% CI, 15.3-20.6 ; n=20); - Keine Behandlung : 6.4% (95% CI, 3.8-9.0; n=10) B : Pharmakologisches Placebo: 39,6%, (38,8-40,4; n=44); C : Pharmakologisches Placebo: 21.8% (95% CI, 21.3-22.4) D: Pharmakologisches Placebo: 32,8%, (30,9-34,6; n=34); E: Pharmakologisches Placebo: 33.2% (95% CI, 32.4-33.9) F: Pharmakologisches Placebo: 12.7% (95% CI, 12.4-13)	A: 36%	A: 20% (Warteliste), 32% (keine Beh.)	
Madsen 2009 <sup>83</sup> (13)	Chronische Schmerzen/ Akupunktur	A: Schmerzreduktion (verschiedene Kriterien)	A: Placebo vs. Nichtbehandlung, SMD -0,42 (-0,60 bis -0,23); Verum vs. Placebo, -0,17 (-0,26 bis -0,08);			A: 71%

<p>Doherty 2009<sup>84</sup>, Zhang 2008<sup>85</sup> (198; 184 mit Plc., 3 dreiarmig, 11 mit unbeh. Kontrollgruppe)</p>	<p>Osteoarthrosen (Knie, Hüfte, Hände)/ verschiedene</p>	<p>A: Schmerz B: Steifigkeit C: Funktion D: Globales Arzturteil E: Gehzeit/-distanz F: Quadrizepsstärke G: Gelenkspaltenbreite H: Knieumfang I: Bewegungsradius</p>	<p>A: alle Placebogruppen 0,51 (95%CI 0,46-0,55), alle unbeh. Kontrollgruppen 0,03 (94%CI -0,13- 0,18); nur 3-armige Studien 0,77 (95%CI 0,65-0,89) vs. -0,08 (-0,65- 0,48) B: SMD 0,43 (0,38 – 0,49); n=72 (sign. Verbesserung) C: SMD 0,49 (0,44 – 0,54); n=80 (sign. Verbesserung) D: SMD 0,66 (0,53 – 0,78); n=21 (sign. Verbesserung) E: SMD 0,22 (0,08 – 0,35); n=11 (sign. Verbesserung) F: SMD -0,24 (-0,72 – 0,23); n=2 G: SMD 0,32 (0,17 – 0,46); n=5 (sign. Verschlechterung) H: SMD 0,45 (-0,21 -1,10); n=2 I: SMD 0,04 (-0,36 – 0,43); n=3</p>			
PSYCHIATRISCH						
<p>Bélanger 2007<sup>86</sup> (34)</p>	<p>Schlaflosigkeit/medika mentös, psychologisch</p>	<p>A: Δ Einschlaflatenz SOL/subj. B: Δ Einschlaflatenz SOL/obj. C: Δ wake after sleep onset WASO/subj. D: Δ wake after sleep onset WASO/obj. E: Δ Anzahl Erwachen/subj. F: Δ Anzahl Erwachen/obj. G: Δ Schlafzeit TST/subj. H: Δ Schlafzeit TST/obj. I: Δ Schlafeffizienz/subj.</p>	<p>A: Plc Pille: d=-0,54; -19,55 min (95% CI, -25,64 bis -13,47); psych Plc: d=-0,12; -1,17 (-9,28 bis 6,95); Warteliste: d=-0,14; -2,43 (-5,66 bis 0,80). B: Plc Pille: d=-0,41; -7,54 min (- 13,56 bis 3,55); Warteliste: d=-0,22; -1,98 (-6,25 bis 2,29) C: Plc Pille: d=-0,09; -21,41 min (- 28,69 bis -14,13); Psych Plc: d=0,12;-10,64 (-27,73 bis 6,46); Warteliste: d=-0,14; -6,86 (-13,58</p>			

		<p>J: <math>\Delta</math> Schlafeffizienz/obj.  K: <math>\Delta</math> Schlafqualität/subj.</p>	<p>bis -0,14).  D: Plc Pille: d=0,14; -5,52 min (-14,59 bis 3,55);  Psych Plc: d=0,07; 3,29 (-17,68 bis 24,26);  Warteliste: d=-0,10; -3,7 (-20,96 bis 13,55).  E: Plc Pille: d=-0,09; -0,17 (-0,65 bis 0,32);  Psych Plc: d=0,16; 0,19 (-0,30 bis 0,69);  Warteliste: d=-0,35; -0,37 (-0,68 bis -0,07)  F: Plc Pille: d=0,29; 2,67 (-0,86 bis 6,21);  G: Plc Pille: d=0,41; 31,13 min (24,92 bis 37,33);  Psych Plc: d=0,30; 18,73 (-4,57 bis 42,03);  Warteliste: d=0,10; 7,30 (-7,02 bis 21,61)  H: Plc Pille: d=0,31; 18,27 min (7,81 bis 28,73);  Psych Plc: d=-0,25; -17,92 (-49,21 bis 13,38);  Warteliste: d=0,19; 10,34 (-20,83 bis 41,51)  I: Plc Pille: d=0,34; 4,99% (-0,43 bis 10,40);  Psych Plc: d=0,26; 3,46 (-2,60 bis 9,51);  Warteliste: d=0,25; 3,09 (0,86 bis 5,33) (sign.)</p>			
--	--	---	--	--	--	--

			<p>J: Plc Pille: d=0,12; 1,49 (-0,64 bis 3,61);  Psych Plc: d=0,07; 0,87 (-4,01 bis 5,76);  Warteliste: d=0,15; 1,57 (-2,98 bis 6,12)</p> <p>K: Plc Pille: d=0,42; 6,16% (1,03 bis 11,29);  Psych Plc: d=0,52; 6,07 (0,82 bis 11,31);  Warteliste: d=0,15; 1,87 (-2,00 bis 5,73).</p>			
Khan 2012 <sup>87</sup> (80 Verumarme, 57 Placebo, 12 waiting list)	Depression/ Verschiedene	A: Scorereduktion in %	FDA-Zulassungstudien: Placebo 32%, Verum 42% Verum, unbehandelte Kontrollgr. 12% Publizierte Studien Placebo 38%, Verum 51%, unbehandelte Kontrollgruppen 11%			FDA 76% Publizierte Studien 75%
Kirsch 1998 <sup>88</sup> (19 Verum und Placebo+19 separate no treatment)	Depression/ Medikamente + Psychotherapie für no treatment Vergleiche	A: Scorereduktion	SMD Placebo 1,16, Verum 1,57, 0,37 no treatment			74%
Furukuwa 2007 <sup>44</sup> (3)	Panikstörung (Medikamente als Add-on zu kognitiv-behavioraler Therapie)	A: Responder (verschiedene Kriterien) nach 12 Wochen B: Responder bei Follow-up C: Behandlungsakzeptanz (Anzahl Dropouts) D: Nebenwirkungen (Dropouts wegen AE)	A: RR, 1.26 (95%CI: 1.02 to 1.55); entspricht 26% Zusatzeffekt durch Placebo (95% CI, 2 bis 55%) B: RR, 1.22 (0.90 to 1.64): n.s.; entspricht 22% Zusatzeffekt durch Plc (-10% bis 64%) C: RR, 0.83 (0.40 to 1.72): n.s.; D: keine		A: 26% B: 22%	
KREBS, MS						
Chvetzoff 2003 <sup>89</sup>	Krebserkrankungen	Responder Daten:	A: gewichteter Mittelwert, Placebo:	A: 9%	A: 9%	A: 27%

(37)		<p>A: Schmerz</p> <p>B: Appetit</p> <p>C: Gewicht (biol.)</p> <p>D: Trainingsgrad (Arzt)</p> <p>E: Tumorantwort (biol.)</p>	<p>9% (Range, 0-19; n=6); Verum: 33% (Range, 7-55%); Best supportive care (n=2 separate studies): 0%</p> <p>B: Placebo: 20% (8-27; n=5); Verum: 35% (9-60%); Best supportive Care (n=1): 18%</p> <p>C: Placebo: 11% (7-17;n=5); Verum: 17% (6-28%)</p> <p>D: Placebo: 10% (6-14;n=2); Verum: 15% (12-18%);</p> <p>E: Placebo: 2,4% (0-7; n=10); Verum: 6,7% (2-37%); Best supportive care 0,5%</p>	<p>B: 20%</p> <p>C: 11%</p> <p>D: 10%</p> <p>E: 2%</p>	<p>B: 2%</p> <p>C: --</p> <p>D: --</p> <p>E: 1%</p>	<p>B: 57%</p> <p>C: 65%</p> <p>D: 67%</p> <p>E: 36%</p>
La Mantia 1996 <sup>90</sup> (15)	Multiple Sklerose	<p>A: Grad der Einschränkung</p> <p>B: Reduktion der Exazerbationshäufigkeit</p> <p>C: Nocebo responder (Patienten mit Verschlechterung der Einschränkung um &gt;1/&gt;0,5)</p>	<p>A: Schubförmig remittierende MS, Range 0,4-0,8 (2 Jahre) (Verschlechterung); Progressive MS, 0,1-0,5 (1 Jahr), 0,4-0,9 (2 Jahre), 0,4-0,6 (3 Jahre) (Verschlechterung)</p> <p>B: Schubförmig remittierende MS, Range 11-50% (2-3 Jahre), Tendenz abnehmend; progressive MS: von Jahr zu Jahr abnehmend (3 Jahre);</p> <p>C: Progressive MS: Placebo: Range 25%-50% (1 Jahr); 33-52% (2 Jahre); 30-46% (3 Jahre); Nichtbehandlung: Range 24-71% (1 Jahr); 35-46% (2 Jahre); 45-54% (3 Jahre)</p>			
ALLE ERKRANK.						
Hrobjartsson & Gotzsche 2010 <sup>91</sup> (156)	Alle	dichotome und kontinuierliche Zielkriterien	s. Text	Hrobjartsson & Gotzsche	Alle	dichotome und kontinuierli

				2010 (156)		che Zielkriterie n
Linde 2010 <sup>92</sup> (37)	Alle Erkrankungen/ Akupunktur	A: Kontinuierliche Zielparameter	A: <i>Alle Studien</i> : Placebo vs Nichtbehandlung, -0,45 (95% CI -0,57, -0,34); Verum vs Placebo: -0,37 (95% CI -0,55, -0,19); <i>Chron. Schmerzstudien</i> : Plc vs Nichtbeh, -0,53 (95% CI -0,67, - 0,39); Verum vs Plc -0,46 (95% CI - 0,72, -0,20); <i>Kurzzeitstudien</i> : Plc vs, Nichtbeh, - 0,23 (-0,50, 0,04); Verum vs, Plc - 0,34 (95% CI -0,79, 0,12); <i>Andere Studien</i> : Plc vs, Nichtbeh, - 0,42 (95% CI -0,66, -0,18); Verum vs, Plc -0,28 (-0,59, 0,03)			A: <i>Alle Studien</i> 55%; <i>Chron. Schmerzen</i> 54%; <i>Kurzzeit- studien</i> 40%; <i>Andere Studien</i> 60%
Meissner 2007 <sup>93</sup> (34+26*)	Alle Erkrankungen mit peripheren Zielparametern	Datensatz 1&2: A: Besserung aller peripheren Parameter B: Besserung peripherer physikalischer Parameter C: Besserung peripherer biochemischer Parameter	Datensatz 1 : A: Placebo: ES 0,21 (95% CI 0,12 bis 0,31); n=34 B: Placebo: ES 0,34 (95% CI 0,22 bis 0,46); n=14 C: Placebo: ES 0,03 (95% CI -0,04 bis 0,10); n=15 Datensatz 2: A: Placebo vs. Nichtbehandlung, 0,11 (95% CI -0,01 bis 0,24); n=26 B: Placebo vs. Nichtbehandlung, 0,22, (95% CI 0,07 bis 0,36); n=20 C: Placebo vs. Nichtbehandlung, - 0,17, (95% CI -0,31 bis -0,02); n=6			A: 26% B: 35% C: 5%
Wampold 2005 <sup>94*</sup>	Alle	Kontinuierliche und	Bei geeigneter Erkrankung und			

		dichtome Zielkriterien	Design Placeboeffekte SMD 0,29 (95%CI 0,06-0,52) kontinuierlich, sonst kleiner, Verumresponse und spezifische Effekte sehr variabel			
--	--	------------------------	---	--	--	--

\*Datensatz von Hrobjartsson & Gotzsche 2010



**Tabelle A2: Meta-Analysen zu Studien ohne unbehandelter Kontrollgruppe**

Erstautor Jahr (Studienzahl)	Indikation/Behandlung	Zielkriterium (PRO, ORO., BIO in derselben Analyse)	Ergebnis	Placeboresponderanteil	Rel. Anteil Plc/Ver
<b>MIGRÄNE</b>					
<b>PROPHYLAXE</b>					
Diener 2008 <sup>1</sup> (3 Studien, 3 Metaanalysen)	Migräne Prophylaxe/ überwiegend medikamentös	A: Responder (verschiedene Kriterien)	A: Range, 24-30%	A: 24-30%	
Macedo 2008 <sup>2</sup> (32)	Migräneprophylaxe/ Medikamente	A ≥ 50% Attackenreduktion B Red. Migräneattacken  C Patienten mit Nebenwirk.	A: Placebo: 21% (95%CI 13-28%; n = 17); Verum: 41% (33-49%) B: Placebo: 0,8 Attacken/Monat (95%CI 0,4-1,1; n = 15) entspr. 18%; Verum: 1,6 (1,3-1,9), entspr. 36% Reduktion C: Placebo: 30% (95% 17-43%, n unklar)	A. 21%	A: 40% B: 50%
Van der Kuy 2002 <sup>3</sup> (22)	Migräneprophylaxe/ Medikamente	A Responder (≥ 50% Attackenreduktion) B % Reduktion Migräneattacken	A Placebo: 23,5% (95%CI 18,3-28,8%; n = 9); Verum: 45,5% (37,4-53,6%) B Placebo: 16,8% (95%CI 16,8-22,6%; n = 18); Verum: 41,8% (36,9-46,6%)	A: 24%	A: 52% B: 40%
<b>MIGRÄNE AKUT</b>					
Bendtsen 2003 <sup>4</sup> (11)	Migräne akut/Medikamente	A: Responder (milde oder gar keine Kopfschmerzen nach 2h)	A: 30% (95% CI 23–36)	A: 30%	
Diener 2008 <sup>1</sup> (10 Studien, 4 Reviews)	Migräne akut/überwiegend medikamentös	A: Responder, (verschiedene Kriterien)	A: Range, 14-50%	A: 14-50%	
Fernandes 2008 <sup>5</sup> (13)	Migräne, akut bei Kindern und Jugendlichen/ Medikamente	A: Responder (Schmerzreduktion nach 2 Stunden) B: Responder (Schmerzfrei nach 2 Stunden) C: Gebrauch von Notfallmedikamenten	Risk difference estimate (95% CI) A: 46% (38-53; n=13) B: 21% (17-26; n=13) C: 38% (32-45; n=11)	A: 46% B: 21%	

		D: Pat. mit erneuten Kopfschmerzen E: Pat. mit Nebenwirkungen	D: 29% (13-46;n=9) E: 17% (8-25; n=12)		
Lewis 2005 <sup>6</sup> (13)	Migräne, Akutbehandlung bei Kindern und Jugendlichen/ Medikamente	A: Responder (Schmerzreduktion 2h) B: Responder (Schmerzfreiheit 2h)	A: Placebo, Range 28% - 65%; Verum, Range 32% - 76%; n=9 B: Placebo, Range 28%-64%; Verum, Range 36%-75%; n=5	A: 28%-65% B: 28%-64%	A: 50%-96% B: 47%-99%
Loder 2005 <sup>7</sup> (31+2)	Migräne, Akutbehandlung/ Medikamente	A: Responder (Schmerzreduktion 2 h) B: Responder (Schmerzfreiheit 2 h) C: Anteil Pat. mit Nebenwirkungen	A: 28,90% (SD 8.55; Range, 17-50%); Kinder und Jugendliche, 48,48% (n=2) B: 6,08 ± 4,83%. (Range, 5-17%); Kinder und Jugendliche, 25,45%; (n=2) C: 23,4 ± 14,05% (Range, 4,86%-74%); Kinder und Jugendliche, 32,35%; (n=2)	A: 29%/48% (Erwachsene/Kinder) B: 6%/32% (Erwachsene/Kinder) C: 23%/32% (Erwachsene/Kinder)	
CLUSTER KOPFSCH					
Nilsson Remahl 2003 <sup>8</sup> (6)	Cluster Kopfschmerz, Akutbehandlung/ Medikamente	A: Responder (milder oder gar kein Schmerz) B: Responder (schmerzfrei)	A+B, Range 7%-42%	A: 7%-42%	
Nilsson Remahl <sup>8</sup> 2003 (7)	Cluster Kopfschmerz, Prophylaxe/ Medikamente	C: Responder (unterschiedliche Kriterien)	A: Range, 0-43%	A: Range, 0-43%	
SCHMERZ					
Kamper 2008 <sup>9</sup> (44)	Schmerz/ Verschiedene Interventionen (H&G)	A: Schmerzreduktion (100-Punkt VAS)	A: (auf der Skala:) 3,2 (95% CI, 1,6-4,7)		
Quesy 2008 <sup>10</sup> (35)	Neuropathische Schmerzen/ Medikamente	A: Reduktion der Symptome B: Responder (≥ 50% Schmerzreduktion)	A: Median 28% (Range 4-44%) B: Median 24% (Range 8-36%)	B: 24%	
Cepeda 2012 <sup>11</sup> (141)	Neuropathische Schmerzsyndrome/ Medikamente	A: Reduktion der Schmerzintensität B: Responder (≥50%)	A: Mittelwert -1,2 (SD 1,0; n=94); -Phantomschmerzen: -2,35 -HIV-Assoziierte neuropathische Schmerzen:	B: 17%	

		Schmerzreduktion)	<p>-1,60          -Neuropathischer Schmerz bei Krebs. -1,51          -Schmerzen bei diabetischer (Poly-)Neuropathie: -1,42          -Postherpetische Neuralgie: -1,17          -Neuropathischer Schmerz: -0,79          -Zentraler Neuropathischer Schmerz: -0,50          -Posttraumatischer/postoperativer/CRPS Schmerz: -0,31          s. auch Fig. 2 (Forest plot) und Tab. 4</p> <p>B: Mittelwert 17% (Range, 0-43%; n=47);          -HIV-Assoziierte neuropathische Schmerzen: 43%          -Posttraumatischer/postoperativer/CRPS Schmerz: 23%          -Schmerz bei diabetischer (Poly-)Neuropathie: 21,1%          -Phantomschmerzen: 18%          -Neuropathischer Schmerz: 13,4%          -Postherpetische Neuralgie: 12,2%          -Zentraler neuropathischer Schmerz: 7,1%          -Neuropathischer Schmerz bei Krebs: ---          s. auch Figure 3 (Forest plot) und Tab. 4</p>		
Dworkin 2010 <sup>12</sup> (13)	Postherpetische Neuralgie/ Medikamente	A : Schmerzreduktion (VAS)	A: Mittelwert (SD), Placebo: 9,6 (7.68); Verum: 22,6 (8,01)		A: 42%
Irving 2011 <sup>13</sup> (19)	Postherpetische Neuralgie/ Medikamente	A: Responder (>=50% Schmerzreduktion)	A: Range, 6-20%		
Dworkin 2010 <sup>12</sup> (45)	Schmerzhafte diabetische periphere Polyneuropathie/	A :Schmerzreduktion (VAS)	A: Mittelwert (SD), Placebo: 15.0 (7.86); Verum: 24.3 (7.96)		A: 63%

	Medikamente				
Häuser 2011 <sup>14</sup> (72)	Fibromyalgie/ Medikamente	A: Schmerzreduktion (Score)	A: Placebo, SMD 7,69 (95% CI 6,10 bis 9,29); Verum, 13,96 (11,93 bis 15,99);		A: 45%
Häuser 2011 <sup>14</sup> (70)	Schmerzen bei peripherer diabetischer Neuropathie/ Medikamente	A: Schmerzreduktion (Score)	A: Placebo, SMD 17,11 (95% CI 16,41 bis 17,90); Verum, 22,54 (95% CI 20,49 to 24,58); placebo accounted for 62% of the response to active treatment;		A: 62%
Häuser 2011 <sup>15</sup> (30)	Fibromyalgie/ Medikamente	A: Responder (>=30%ige Schmerzreduktion) B: Responder (>=50%ige Schmerzreduktion)	A: Plc, 30,8% (95%-KI: 29,4–32,3%); Verum, 41,9% (95%-KI: 38,8–45,9%); RR, 1,38 (95%- KI: 1,27–1,49); B: Plc, 18,8% (95%-KI: 17,5–20,1%); Verum, 26,9% (95%-KI: 23,5–30,6%), RR, 1,57 (95%- KI: 1,38–1,61);	A: 31%  B: 19%	A: 74%  B: 70%
<b>EPILEPSIE</b>					
Bae 2011 <sup>16</sup> (3)	Epilepsie/rTMS	A: Prozentuale Änderung der Anfallsfrequenz (Median) B: Responder (≥ 50% Reduktion der Anfallshäufigkeit)	A: Placebo: 2% (2 Wochen), 0% (4 Wochen), 0% (8 Wochen) B: Placebo: 16% (2 Wochen), 16% (4 Wochen), 20% (8 Wochen)	B: 16%-20%	
Burneo 2002 <sup>17</sup> (31)	Epilepsie/Medikament e	A: >50% Reduktion der Anfallshäufigkeit	A: Placebo: Range, 9,3% - 16,6%; Verum: 16,8%-40,6%;	A: 9% - 17%	“20-50%”
Guekht 2010 <sup>18</sup> (27)	Epilepsie/ Medikamente	A: Responder (>=50% Reduktion der Anfallshäufigkeit)	A: Placebo: 12,5% (95% CI: 10,03-14,94%); Specific effect: OR 3,51 (95% CI: 2,99–4,11)	A: 13%	
Niklson <sup>19</sup> 2006 (3)	Epilepsie/ Medikamente	A: Responder (>=50% Reduktion der Anfallshäufigkeit) B: Responder (>=25% Reduktion der Anfallshäufigkeit)	A: 9,4% B: 26%	A: 9% B: 26%	

Rheims 2008 <sup>20</sup> (32)	Therapieresistente Epilepsie / Medikamente	A: Responder ( $\geq 50\%$ Anfallsreduktion) B: Responder (anfallsfrei)	A: Placebo 10% bei Erwachsenen und 19% bei Kindern, Verum 30% bzw. 37% B: Placebo 0,4% bei Erwachsenen und 0,6% bei Kindern, Verum 2,8% bzw. 4,5%	A: 10% Erwachsene, 19% Kinder	A: 33% Erwachsene, 51% Kinder
M. PARKINSON					
Ondo 2007 <sup>21</sup> (2)	M. Parkinson/ Medikamente	A: Reduktion der "Off"-Zeit (niedrigere Dosis) B: Reduktion der "Off"-Zeit (höhere Dosis)	A: Placebo, 6,3 min $\pm$ 11,8%; Verum, 10,2 $\pm$ 14,2%; B: Placebo, 6,9 min $\pm$ 13,2%; Verum, 12,4 $\pm$ 16,1%		A: 62% B: 56%
Shetty 1999 <sup>22</sup> (36)	M. Parkinson / Medikamente	A: Veränderung Symptome	A: Placebo Median 3% (Range -63 bis 23), Verum 16% (Range -39 bis 35)		
SCHLAFLOSIGKEIT					
McCall 2003 <sup>23</sup> (5)	Schlaflosigkeit/ Medikamente	A: Reduktion der subjektiven Einschlafzeit B: Reduktion der subjektiven Gesamtschlafdauer C: Reduktion der Einschlafzeit (EEG)	A: 13,1 min (SE 2,0; 95%CI 9,2, 17,0); n=5; ES=1,61 B: 13,5 min (SE 5,4; 95% CI 2,9, 24,0); n=4; ES=0,78 C: 2,5 min (SE 4,3; 95% CI -5,9, 10,9); n=4; ES=0,41		
Fulda 2008 <sup>24</sup> (60)	Restless-Legs-Syndrom/ Medikamente	A: Klinische Response (meist CGI) B: Symptomreduktion (IRLS) C: Symptomreduktion (RLS), Parallelgruppen Studien D: Symptomreduktion (RLS), Crossoverstudien E: Subjektive Schlafqualität F: Subjektive Schlafdauer G: Gesamtschlafdauer (EEG) H: Schlaffeffizienz (EEG)	A: Placebo, gepoolte Rate 40,09% (95% CI, 31,99-48,19); Verum, 68,32% (63,36–73,29) (n=24) B: Placebo, ES -1.48 (95% CI, -1.81 to -1.14; n=14); Verum, -2,62 (-2,97 bis -2,27) (n=14) C: Placebo, ES -0,78 (-1,26 to -0,30; n=8); Verum, -1,48 (-1,99 bis -0,98); n=3 D: Placebo, ES -0,25 (-0,49 bis -0,01; n=12); Verum, -1,57 (-2,21 bis -0,94); n=7 E: Placebo, ES 0,27 (CI: 0,18 bis 0,36); Verum, 0,84 (CI: 0,63 bis 1,04); n= 12 F: Placebo, ES 0,13 (CI: 0,03 bis 0,24); Verum, 0,35 (CI: 0,23 bis 0,47); n=7 G: Placebo, ES 0,24 (CI: 0,04 bis 0,44); Verum,	A: 40%	A: 59% B: 56% C: 53% D: 20% E: 32% F: 37% G: 65% H: 19% I: 13% J: 60% K: 57%

		I: Periodische Beinbewegungen (PLMS) J: Lebensqualität K: Tagesschläfrigkeit	0,37 (CI: 0,25 bis 0,49); n=5 H: Placebo, ES 0,07 (CI:-0,06 bis 0,19); Verum, 0,37 (CI: 0,26 bis 0,49); n=7 I: Placebo, ES -0,11 (CI: -0,20 bis -0,03); Verum, -0,88 (CI: -1,06 bis -0,71); n=14 J: Placebo, ES 0,50 (CI:0,32 bis 0,68); Verum, 0,83 (CI:0,58 bis 1,09); n=7 K: Placebo, ES -0,36 (CI: -0,48 bis -0,25); Verum, -0,63 (CI:-0,80 bis -0,46); n=13		
DEPRESSION					
Brunoni 2009 <sup>25</sup> (41)	Depression/Medikamente, TMS	A: Reduktion des Depressionsscores HDRS–Placebopille B : Reduktion des Depressionsscores MADRS– Placebo-TMS	A: Cohen’s d, 1,48 (95%CI 1,26 – 1,6) B: Cohen’s d, 0,82 (95%CI. 0,63 - 1)		
Cohen 2008 <sup>26</sup> , 2010 <sup>27</sup> (40)	Depression (major) bei Kindern und Jugendlichen/Medikamente	A: Responder (diverse Kriterien) B: Responder (only CGI-I)	A: Depression, major: 49,6% (17-90%) B:” similar results”; n=29	A: 50% B: “similar results”	
Freeman 2010 <sup>28</sup> (185)	Depression, major/ Medikamente und CAM	A: Responder, Medikamentenstudien (>=50% Reduktion im HDRS oder MADRS Score, oder CGI-I Score <3) B: Responder, CAM Studien (>=50% Reduktion im HDRS oder MADRS Score, oder CGI-I Score <3)	A: Placebo: 37,7%; Verum: 53,5% (n=172) B: Placebo: 31,7%; Verum, 51,3% (n=19)	A: 38% B: 32%	A: 70% B: 62%
Khan 2003 <sup>29</sup> (43)	Depression/ Medikamente	A: Reduktion HAMD	A: Placebo, 30,9%; Verum, 42,5%		73%
Khan 2008 <sup>30</sup> (8)	Depression/ Medikamente	A: Responder (Akutbehandlung;	A: Placebo 35%, Verum 51% B: Placebo, 79% (range, 71-100), Verum, 93%	A: 35%	A: 69% B: 85%

		verschiedene Kriterien) B: Responder (rückfallfrei während der Anschlussbehandlung; verschiedene Kriterien)	(range, 90-100)		
Nelson 2012 <sup>31</sup> (8)	Depression, Major/ Medikamente	A: Responder (Remission, HAMD <=7)	A: pooled, 27,7% (Range, 18,1 bis 36,1%)	A: 28%	
Papakostas 2009 <sup>32</sup> (157)	Depression/ Medikamente	A: Responder (>=50% Reduktion im HDRS oder MADRS Score, oder CGI-I Score <3) B: Responder, CAM Studien (>=50% Reduktion im HDRS oder MADRS Score, oder CGI-I Score <3)	A: Placebo 37%, Verum 54%	A: 37%	A: 69%
Rief 2009 <sup>33</sup> (96)	Depression/ Medikamente	A: Reduktion Symptomscore (Alle) B: Reduktion Symptomscore (Pat.) C: Reduktion Symptomscore (Arzt) D: Anxiety E: General Psychopathology F: Quality of Life	A: SMD Placebo 1,69 (95%CI 1,54-1,85), Verum 2,50 (2,30-2,69); (n=97) B: Placebo d=0,67; 95% CI=0,49-0,85; Verum, 1,12 (n=28) C: Placebo d=1,85, 95% CI=1,69-2,01; Verum, 2,89 (n=93) D: Placebo d=0,98 (95% CI 0,71-1,25); n=17 E: Placebo d=0,68 (95% CI 0,08-1,29); n=4 F: Placebo d=1,00 (95% CI 0,57-1,43); n=12		A: 68% B: 67% C: 67%
Rutherford 2009 <sup>34</sup> (48)	Depression/ Medikamente	A: Responder (Verbesserung) B: Responder (Remission)	A: Placebo Mittelwert 35% (SD 10%), Verum 52% (SD 10%) B: Placebo Mittelwert 25% (SD 8%), Verum 40% (SD 11%)	A: 35% B: 25%	A: 67% B: 63%
Stein 2006 <sup>35</sup> (12) (IPD Escitalopramstudien)	Majore Depression / Medikamente	A: Prozentualer Rückgang des Symptomenscores (MADRS)	A: Placebo, 38% für Major Depression (n = 5)		

Stolk 2003 <sup>36</sup> (24)	Depression/ Medikamente	A: Responder ( $\geq 50\%$ Reduktion HDRS oder MADRS)	Placebo 46% (95%CI 39-52%) in PP Analysen und 27 (23-31%) in ITT Analysen; Zusatzeffekt Verum 28% (23-33%) in PP und 19% (16-22%) in ITT Analysen	A: 46% (PP), 27% (ITT)	A: 62% (PP), 59% (ITT)
Storosum <sup>37</sup> 2004 (29)	Depression/ trizyklische Antidepressiva	A: Responder ( $\geq 50\%$ Reduktion HDRS)	Placebo 28%, Verum 39%	A: 28%	A: 72%
Trivedi 1994 <sup>38</sup> (95)	Depression/ Medikamente	Responder	Placebo Mittelwert 28% (SD 10%); Verum ca. 55% (SD ca. 5% - Angaben für 4 Subgruppen von Gutachtern gepoolt)	A: 28%	51%
Walsh 2002 <sup>39</sup> (75)	Majore Depression/ Medikamente	A: Responder (HRSD oder CGI)	A: Placebo 30% (95%CI 13-52%), Verum 50% (32-70%)	A: 30%	A: 60%
SONST. PSYCHIATR.					
Yildiz 2011 <sup>40</sup> (38)	Manie/ Medikamente	A: Reduktion auf Manie Rating-Skalen (observer) B: Klinische Response ( $\geq 50\%$ Reduktion MRS)	A: Änderung Placebo 6,92 (95%CI 6,02-7,82), Verum 12,7 (95%CI 12,0-13,4) B: Placebo 30,8% (95%CI 28,6-33,2), Verum 48,3 (46,2-50,4)	B: 31%	A: 54% B: 64%
Keck 2000 <sup>41</sup> (7)	Bipolare Störung/ Medikamente	A: Responder (Rückfallrate) (observer)	A: Placebo, Range, 38%-68%; Verum, Range 24%-36%; n=2 Odds ratio (20-24 Wochen): 4,1 (95% CI, 2,1 bis 7,7); n=3 Odds ratio (48-60 Wochen): 4,1 (2,0 bis 7,7); n=3		
Sysko 2007 <sup>42</sup> (20)	Bipolare Manie/ Medikamente	A: Responder (Young Mania Rating Scale) B: Responder (Mania Rating Scale) C: Response (Clinical Global Impression)	A: Placebo Mittelwert 32% (SD 13%), Verum 56% (SD 15%) B: Placebo Mittelwert 29% (SD 4%), Verum 47% (SD 3%) C: Placebo Mittelwert 33% (SD 14%), Verum 48% (SD 16%)	A: 32% B: 29% C: 33%	A: 57% B: 62% C: 69%
Cohen 2008 <sup>26</sup> , 2010 <sup>27</sup> (7)	Zwangserkrankung bei Kindern und Jugendlichen/Medikam ente	A: Responder (diverse Kriterien) B: Responder (nur CGI-I $\leq 2$ )	A: Zwangserkrankung: 31% (range, 4-41%) B: "similar results"	A: 31% B: "similar results"	



Huppert 2004 <sup>43</sup> (3)	Zwangsstörung/ Medikamente, Verhaltenstherapie	A: Responder (CGI Verbesserung 1 oder 2) B: Verbesserung auf störungsspezifischem Instrument	A: 10% B: ES 0,50;	A: 10%	B: 38% Med. 24% VT
Cohen 2008 <sup>26</sup> , 2010 <sup>27</sup> (10)	Angsterkrankung bei Kindern und Jugendlichen/Medikam ente	A: Responder (diverse Kriterien) B: Responder (nur CGI-I <=2)	A: Angsterkrankung: 39,6% (9-53) B: "similar results"	A: 40%	
Furukuwa 2007 <sup>44</sup> (3)	Panikstörung (Medikamente als Add- on zu kognitiv- behavioraler Therapie)	A: Responder (verschiedene Kriterien) B: Responder bei Follow- up C: Behandlungsakzeptanz (Anzahl Dropouts) D: Nebenwirkungen (Dropouts wegen AE)	A: RR, 1,26 (95%CI: 1,02 to 1,55); entspricht 26% (95% CI, 2 bis 55%) B: RR, 1,22 (0,90 to 1,64): n.s.; entspricht 22% (-10% bis 64%) C: RR, 0,83 (0,40 to 1,72): n.s.; D: keine	A: 26% B: 22%	
Hirschfeld 1996 <sup>45</sup> (7)	Panikstörung/ Medikamente	A: Responder (panikfrei)	A: Placebo, Range 14-50%; Verum, Range 36- 76%	A: 14-50%	
Huppert 2004 <sup>43</sup> (3)	Panikstörung/ Medikamente, Verhaltenstherapie	A: Responder (CGI Verbesserung 1 oder 2) B: Verbesserung auf störungsspezifischem Instrument	A: 64% B: 0,91;	A: 64%	B: 48% Med. 63% VT
Huppert 2004 <sup>43</sup> (3)	Soziale Phobie/Medikamente , Verhaltenstherapie	A: Responder (CGI Verbesserung 1 oder 2) B: Verbesserung auf störungsspezifischem Instrument	A: 39% B: 1,08;	A: 39%	B: 71% Med. 63% VT
Oosterbaan 2001 <sup>46</sup> (15)	Soziale Phobie/ Medikamente	A: Reduktion des 'Liebowitz social anxiety scale' (Patient) B: Responder (CGI; Arzt)	A: ES: Placebo 0,46 (SD = 0,21, Range 0,15- 0,72), Verum 1,26 (SD 1,03, Range 0,31- 3,81); Absolute Änderungen: Placebo 11,2 (SD = 4,7, Range 4,5-19,9); Verum, 26,8 (SD =	B: 24%	A: 37% B: 44%

			12,8, Range 7,4–54,5) B: Placebo, 23,5% (n = 13, SD = 7,9, range 8–33%); Verum 53,5% (SD = 19,2, Range 18–78%).		
Stein 2006 <sup>35</sup> (12) (IPD Escitalopramstudien	Angststörungen/ Medikamente	A: Prozentualer Rückgang des Symptomenscores	A: Placebo, 37% für generalisierte Angststörungen (n = 4), 12% Panikstörung (n = 1), 33% für soziale Angststörung		
Oliveira 2009 <sup>47</sup> (7)	Schizophrenie und schizoaffektive Störungen/ Medikamente	A: Responder (>=20% Verbesserung auf PANSS oder PBRs)	A: Placebo: 21,3%; Verum, 38,9%	A: 21%	A: 55%
Wedge 2003 <sup>48</sup> (35)	Schizophrenia/ Medikamente	A: Brief Psychiatric Rating Scale	Placebo SMD 0,13 entspr. 1,84 Scorepunkten, Verum 0,63 entspr. 8,08		A: 21%
Moore 2002 <sup>49</sup> (28)	Suchterkrankungen/ Medikamente und behaviorale Interventionen	A: Abstinenzrate (objektiv erfasst)	A: Placebo (einfache Mittelwerte): Nikotin 8% (Range, 3-14%; n=10), Alkohol 18% (15-37%; n=3), Kokain 47% (27-53%; n=7), Opioide 44% (25-50%;n=5) Verum: Nikotin (Range, 8,2% bis 25%), Alkohol (Range, 23% bis 43%), Kokain (Range, 36,6% bis 85%), Opioide (Range, 42 bis 67%)	A: Nikotin 8% Alkohol 18% Kokain 47% Opioide 44%	
Newcorn 2009 <sup>50</sup> (10)	ADHS/ Medikamente	A: Responder (>=25% Reduktion auf ADHS- Ratingskala (Arzt) B: Responder (>=40% Reduktion auf ADHS- Ratingskala (Arzt)	A: 33,4% (Range, 24,6-40%) B: 21,1% (Range, 16,7 – 25,7%)	A: 33% B: 21%	
CHRONISCHES MÜDIGKEITS- SYNDROM					
Cho 2005 <sup>51</sup> (29)	Chronisches Müdigkeitssyndrom (21 medikamentös, 5 behavioral)	A: Responder (allgemeine oder physikalische Verbesserung)	A: 19,6% (95% CI, 15,4 –23,7)	A: 20%	

De la Cruz 2010 <sup>52</sup> (2)	Müdigkeit bei Krebserkrankungen/ Medikamente	A: Responder (Verbesserung FACIT-F $\geq$ 7) B: Noceboeffekt (Patienten mit $\geq$ 2 NW)	A: 56% B: 71%	A: 56%	
<b>GASTROENTEROL</b>					
Cremonini 2010 <sup>53</sup> (24)	Gastroösophageale Refluxerkrankung/Med ikamente	A: Responder (vollständiger Rückgang von Sodbrennen)	A: Placebo: 18,85% (SD, 12,72%; range, 2,94- 47,06%) Verum: 43,49% (SD, 13,80%; range 21,59- 70,22%).	A: 19%	A: 43%
Pace 1995 <sup>54</sup> (22)	Refluxösophagitis/ Medikamente	<b>A: Responder (endoskopische Abheilung)</b> B: Responder (Patient symptomfrei)	<b>A: Placebo 27% (SD 18%), Verum 47% (SD 18%)</b> B: Placebo 12%, Verum 32%	<b>A: 27%</b> B: 12%	<b>A: 57%</b> B: 38%
Dorn 2007 <sup>55</sup> (19)	Funktionelle Magen- Darmstörung/Komple mentärmed. Behandlungen	A: Responder (globale Verbesserung, Pat.)	A: Placebo, 42,6% (95% CI 38,0–46,5%); Verum, 64,1% (60,4–67,7%)	A: 43%	A: 67%
Enck 2009 <sup>56</sup> (1)	Funktionelle Dyspepsie/ Medikamente	A: Responder ( $\geq$ 40% Reduktion im GIS-Score) B: Responder (symptomfrei)	A: Placebo, 24%; Verum, 41%; B: Placebo, 53% of A; Verum, 62,4% of A	A: 24%	A: 59%
Musial 2007 <sup>57</sup> (45)	Funktionelle Dyspepsie/ Medikamente	A: Responder	A: Range 6-72%;		
Talley 2006 <sup>58</sup> (4)	Funktionelle Dyspepsie	A: Responder ( $\geq$ 50% der Woche zufriedenstellende Symptomreduktion) B: Responder (NDI HRQOL) C: Responder (SF-36, körperlicher Summenscore) D: Responder (SF-36, psychischer Summenscore)	A: 35% B: 43% C: 38% D: 31%	A: 35% B: 43% C: 38% D: 31%	

Dixon 1989 <sup>59</sup> (66)	Magenulkus/Medikamente	A: Heilungsrate (endoskopisch) nach 4 Wochen B: Heilungsrate (endoskopisch) nach 8 Wochen	A: Placebo 34%, Verum 63% B: Placebo 52%, Verum 86%	A: 34% (4 Wochen) B: 52% (8 Wochen)	A: 54% B: 60%
Capurso 2012 <sup>60</sup> (7)	Chronische Pankreatitis/ Medikamente	A: Schmerzremission	Placebo: 19,9% (95% CI, 9%-36%)	20%	
Ford 2010 <sup>61</sup> (73)	Funktionelle Darmbeschwerden/ meist Medikamente	A: Responder (globale IBS Symptome oder abdominale Schmerzen vergangen oder verbessert)	A: 37,5% (95% CI 34,4–40,6%)	A: 38%	
Musial 2007 <sup>57</sup> (50)	Funktionelle Darmbeschwerden /Medikamente	A: Responder	A: Range 3-84%; (ca. 40% bei längerer Behandlungsdauer und größeren Studien)	A: 40%	
Pitz 2005 <sup>62</sup> (84)	Reizdarmsyndrom/ meist medikamentös	A: Responder (Verbesserung global) B: Responder (Schmerzreduktion)	A: Placebo: 36% (SD 19%, n unklar) B: Placebo: 28% (SD 20%, n unklar)	A: 36% B: 28%	
Patel 2005 <sup>63</sup> (45)	Reizdarmsyndrom/ Medikamente/	A: Responder (Globale Response)	A: Placebo 40% (95%CI 36-44%), Verum 54% (49-60%)	A: 40%	A: 74%
Gallahan 2010 <sup>64</sup> (20)	Morbus Crohn (Medikamente)	A: Responder (Crohn's disease activity index, CDAI) – subj. B: Remission (CDAI) – subj.	A: Range, 7-56%; Odds ratio, 1,09 (95% CI 1,06–1,13) B: Range, 0-46%; Odds ratio, 1,16 (1,11–1,20)		
Pascua 2008 <sup>65</sup> (12)	M. Crohn/ Medikamente	A: Responder (anhaltende Remission)	A: Placebo 56% (95%CI 47-62%)	A: 56%	
Su 2004 (23)	Aktiver M. Crohn/ Medikamente	A: Remission B: Responder	A: Placebo 18% (95%CI 14-24%) B: Placebo 19% (95%CI 13-28%)	A: 18% B: 19%	
Garud 2008 <sup>66</sup> (110)	Colitis ulcerosa/ Medikamente	A: Responder (Verbesserung)	A: 32,1% (95%CI: 28,1–36,3%); n=62	A: 32%	

		B: Responder (Remission) C: Responder (anhaltende Remission) D: Remission (endoskopisch) E: Responder (Verbesserung, endoskopisch) F: Responder (Verbesserung, histologisch)	B: 23% (95%CI: 18,4–28%); n=45 C: 53,1 (43,8–62,2); n=24  D: 28,0 (9,8–51,0); n=16  E: 40,0 (30,7–49,5); n=22  F: 36,6 (27,9–45,7); n=18	B: 23% C: 53%  D: 28%  E: 40%  F: 37%	
Ilnyckyj 1997 <sup>67</sup> (38)	Colitis ulcerosa/ Medikamente	A: Responder (klinische Remission) (Pat.+biol. Marker) B: Responder (endoskopische Remission) C: Responder (histologische Remission) D: Responder (klinischer Nutzen) E: Responder (endoskopischer Nutzen) F: Responder (histologischer Nutzen)	A: 9,1% (CI, 6,6-11,6) B: 13,5% (CI, 10,0– 17,1) C: 8,6% (CI, 5,0–12,0) D: 26,7% (CI, 24,1-29,2) E: 30,3% (CI, 26,6–34,0) F: 25,2% (CI, 20,8–29,6)	A: 9% B: 14% C: 9% D: 27% E: 30% F: 25%	
Meyers 1989 <sup>68</sup> (19)	Colitis ulcerosa	A: Responder (klinische Verbesserung) B: Responder (sigmoidoskopische Verbesserung) C: Responder (Rückfallfrei)	A: 52% (15-42 days) B: 59% (15-42 days) C: 51% (6-12 months)	A: 52% B: 59% C: 51%	
Moerman <sup>69</sup> 2000 (117)	Colitis ulcerosa	A: Responder (gemischte Kriterien)	A: 35,3 % (Range, 0-100%)	A: 35%	
Su 2007 <sup>70</sup> (40)	Colitis ulcerosa/ unklar	A: Remission	A: Placebo 13% (95%CI 9-18%)	A: 13%	

		B: Responder	B: Placebo 28% (23-33%)	B: 28%	
UROGENTIAL					
Bradford 2010 <sup>71</sup> (1)	Sexuelle Dysfunktion bei Frauen/Medikamente	A: Reduktion des "Female Sexual Function Index" (FSFI) B: Responder (Reliable Verbesserung im FSFI) C : Responder (klinisch signifikante Änderung)	A: Effektstärke, 1,067 (95% CI 0,607-1,528)  B: 60,5% C: 34,9%	B: 61% C: 35%	
Boyle 2004 <sup>72</sup> (8)	Benigne Prostatahyperplasie/Medikamente	A: Qmax (Peak urinary flow rate) B: Nykturie C: IPSS (International Prostate Symptom Score)	A: Schätzwert (SEM): Placebo, 1,20 (0,49); Verum, additional 1,02 (0,50) B: Schätzwert (SEM): Placebo, -0,63 (0,14); Verum, additional -0,37 (0,07) C: Schätzwert (SEM): Placebo, -4,54 (0,64); Verum, additional -0,24 (-0,54)	A: 54% B: 63% C: 95%	
Lee 2009 <sup>73</sup> (36)	Reizblase/Medikamente	A: Reduktion der Inkontinenzepisoden/Tag B: Reduktion der Miktionshäufigkeit/Tag C: Harnvolumen	A: gewichtetes Mittel, -1,15 (95% CI, -1,34 bis -0,96) B: -1,27 (-1,51 bis -1,03) C: 12,4 (9,3, bis 15,5)		
Mangera 2011 <sup>74</sup> (62)	Reizblase/Medikamente	A: Reduktion der Inkontinenzepisoden/Tag B: Reduktion der Miktionshäufigkeit/Tag C: Urge-Inkontinenz-Episoden/Tag D: Zunahme des Harnvolumens (obj.) E: Zunahme der max. zystometrischen Kapazität (objektiv)	A: gewichtetes Mittel, -1,12 (SD 0,59); n=12 (sign.) B: gewichtetes Mittel, -1,04 (SD 0,8); n=11 (sign.) C: gewichtetes Mittel, -1,15 (SD 1,74); n=3 D: gewichtetes Mittel, 10,61 (SD 12,9); n=11 (sign.) E: gewichtetes Mittel, -16,87 ml (SD 9,99) n=6 (sign. Verschlechterung) "Maximum cystometric capacity was the only parameter that was an objective measure that does not carry the risk of patient-reporting error"		

van Leeuwen 2006 <sup>75</sup> (ca. 30)	Symptome des unteren Harntrakts LUTS/ Medikamente	A: Verbesserung Stressinkontinenz B: Verbesserung Inkontinenzepisoden C: Verbesserung Entleerungsvolumen D: Verbesserung Maximaler Fluss (Peak Flow) E: Verbesserung Symptomenscore F: Änderung Prostatavolumen	A: Placebo 33%, Verum 50% B: Placebo 32-64%, Verum 45-77% C: Placebo 5-6%, Verum 10-22% D: Placebo 2-9%, Verum 17-33% E: Placebo 9-34%, Verum 22-45% F: Placebo Zunahme 2-14%, Verum Abnahme 18-27%		A: 66%
HYPERTONIE					
Helman 2007 <sup>76</sup> (13)	Pulmonäre arterielle Hypertonie/ Medikamente	A: Placebo-Responder (Verbesserung, $\geq 1$ NYHA/WHO class) B: Nocebo-Responder (Verschlechterung $\geq 1$ point in NYHA/WHO class) C: Klinische Verschlechterung D: Tod E: 6-min Gehstrecke  F: Pulmonärer vaskulärer Widerstand G: Mittlerer pulmonärer arterieller Druck H: Kardialer Index  I: Gemischte venöse Sauerstoffsättigung	A: Placebo, 11,5%; Verum, 31,2%; pooled RR, 0,50 (0,33–0,76)  B: Placebo, 9,0%; Verum, 4,9%; pooled RR, 1,85 (0,97–3,55)  C: Placebo, 10,0%; Verum, 4,8%; pooled RR, 1,81 (1,30–2,53)  D: Placebo, 2,3%; Verum, 1,4%; pooled RR, 1,44 (0,80–2,60) E: Placebo, -8,4 m (95% CI -14,6 bis -2,2) (Verschlechterung); Verum Range, 10-70 m F: Placebo, 58,9 dyne*s*cm-5 (95% CI, 27,6 to 90,1) (Verschlechterung); Verum, Range - 103 bis -462 dyne*s*cm-5 G: Placebo, 0,8 mmHg (0,2 to 1,4)	A: 12%	A: 37%

		J: Borg Dyspnoe Score	(Verschlechterung); Verum, Range -1 bis -5 mmHg H: Placebo, -0,11 L/min/m2; (-0,21 to -0,01) (Verschlechterung); Verum, Range 0,1-0,5 L/min/m2 I: Placebo, -1,5 (-2,6 to -0,5) (Verschlechterung); Verum, Range 1,8-3,5%; J: Placebo, 0,2 (0,1 to 0,3) (Verschlechterung); Verum, Range 0-2		
Moerman 2000 <sup>69</sup> (32)	Hypertonie	A: Reduktion diastolischer Blutdruck B: Reduktion systolischer Blutdruck	A: Placebo, 3,5 mm Hg (Range -5 bis 9); Verum, 10,9 mm Hg (Range 7 bis 21) B: Placebo, 3,9 mm Hg (Range -6 bis 15); Verum, 15,9 mm Hg (Range 7 bis 28),		A: 32% B: 25%
<b>PULMONÄR</b>					
Eccles 2002 <sup>77</sup> (8)	Husten/ Medikamente	A: Hustenreduktion (prozentualer Anteil am Verumeffekt)	A: Mittelwert (Range): 85% (56-105%)		A: 85%
Joyce 2010 <sup>78</sup> (33)	Asthma/ Medikamente	A: FEV-1, absolute Änderung B: FEV-1, prozentuale Änderung C: PEF, absolute Änderung D: PEF, prozentuale Änderung E: Responder (>=10% Verbesserung von FEV-1)	A: Placebo, ES 0,11 (95% CI 0,00 to 0,22)*; Verum, ES 0,03 (-0,13 to 0,18) B: Placebo, 4,81 (0,3 to 9,3)*; Verum, 1,26 (-5,45 to 7,96) C: -2,24 (-9,58 to 5,19)*; Verum, 40,29 (17,79 to 62,79)* D: -4,21 (-6,01 to -2,14)*; Verum, 10,40 (4,71 to 16,08)* E: Placebo, 15%; Verum, 39%	E: 15%	A: 367% B: 382% C: 5% D: 29% E: 38%
<b>ALLERGIE</b>					
Boev 2011 <sup>79</sup> (10)	Saisonale allergische Rhinitis/Medikamente	A: Symptomreduktion, experimentelle Exposition B: Symptomreduktion, natürliche Exposition	A : adj. Mittelwert (SE): Placebo, -3,31 (0,3) ; Verum,-6,6 (0,26) B: adj. Mittelwert (SE): Placebo, -2,01 (0,19); Verum, -3,07 (0,19)		A: 50% B: 66%



Wang 2012 <sup>80</sup> (34)	Asthma/ Medikamente	A: FEV1	A: Maximaler Effekt 0,06 l (Analyse fokussiert auf Modell zum Zeitverlauf)		
HAUTERKR.					
Lamel 2012 <sup>81</sup> (31)	Psoriasis/ Medikamente	A: Responder ( $\geq 75\%$ Verbesserung der 'Psoriasis Area Severity')	A: Placebo, gepooltes Mittel 4,1% (Range, 0-18%); Verum, 48,4 % (23-81%); Odds Ratio, 23,94, (95 % CI 16,02–35,76)	A: 4%	A: 8%

**Tabelle A3 Prognostische Faktoren in Meta-Analysen zu Studien mit unbehandelter Kontrollgruppe**

Erstautor Jahr (Studienzahl)	Indikation/Behandlung	Zielkriterium (PRO, ORO., BIO in derselben Analyse)	Ergebnis	Ausgangssymptome/Erkrankungsschwere	Sonstige sign. Einflüsse
Linde 2010 (61)	All	A: continuous outcomes B: dichotomous outcomes	A, B: Art des Placebos (Sham acupuncture > andere physikalische Placebos)		A, B: Art des Placebos (Sham acupuncture)
Linde 2010 (37)	Alle Erkrankungen/Akupunktur	A: Kontinuierliche Zielparameter	A: weniger Ko-interventionen (auch bei multivariaten Analysen), keine Hautpenetration, kleinerer spezifischer Effekt		A: weniger Ko-interventionen, keine Hautpenetration, kleinerer spezifischer Effekt
Hrobjartsson & Gotzsche 2010 (156)	Alle	A: dichotome Zielkriterien B: kontinuierliche Zielkriterien	B: Art der Placebointervention (physikalisch > pharmakologisch, psychologisch), Patientenberichtete Zielgrößen oder objektive, die der Mitarbeit des Pat. Bedürfen, kleine Studien, Untersuchung des Placeboeffekts als Studienziel, eingeschränkter Informed Consent		B: Art der Placebointervention (physikalisch > pharmakologisch, psychologisch), Patientenberichtete Zielgrößen oder objektive, die der Mitarbeit des Pat. Bedürfen, kleine Studien, Untersuchung des Placeboeffekts als Studienziel, eingeschränkter Informed Consent
Wampold 2005 (Re-analyse von Hrobjartsson & Gotzsche 2001)	Alle	Kontinuierliche und dichotome Zielkriterien	A: geeignete Erkrankung (psychologische Beeinflussbarkeit), geeignetes Design (v.a.		A: geeignete Erkrankung, geeignetes Design

			Verblindung)		
--	--	--	--------------	--	--

**Tabelle A4: Prognostische Faktoren in Meta-Analysen zu Studien ohne unbehandelte Kontrollgruppe**

Erstautor Jahr (Studienzahl)	Indikation/Behandlung	Zielkriterium (PRO, ORO., BIO in derselben Analyse)	Ergebnis (Assoziation mit größerer Placebo-Response)	Initiale Erkrankungsschwere/ Vorbehandlung	Sonstige sign. Einflüsse
KOPFSCHMERZEN	VERSCHIEDENE				
De Groot 2011 <sup>82</sup> (119; Review von 8 Reviews)	Kopfschmerzerkrankungen/ medikamentös und nicht-medikamentös	A: Responder, alle Studien (meist ≥50% Verbesserung) B: Responder, Akutbehandlung (meist ≥50% Verbesserung) C: Responder, Akutbehandlung (schmerzfrei nach 2 h), D: Responder, Prophylaxe (meist ≥50% Verbesserung) E: Patienten mit Notfallmedikamenten F: Patienten mit NW	A: Pharmakologischen Studien an Kindern (45,1%) vs. Erwachsene (36,5%); pharmakologische Placebos vs. pseudobehaviorale Placebos und attention control Placebos F: häufiger Nebenwirkungen in pharmakologischen Studien an Kindern (18,9%, 95% CI 17,8-20,0) vs. Erwachsene (11,7% (11,4-12,0))		A: Alter (Kinder), Art des Placebos (pharm.)
MIRÄNGE PROPHYLAXE					
Macedo 2008 <sup>2</sup> (32)	Migräneprohylaxe/ Medikamente	A ≥ 50% Attackenreduktion B Red. Migräneattacken C Patienten mit Nebenwirk.	A: Parallel-Design (vs. cross-over), Europa (vs. Nordamerika) C: Nordamerika (vs. Europa)		A: Design (Parallel), Land (Europa)
MIGRÄNE AKUT					
Fernandes 2008 <sup>5</sup> (13)	Migräne, akut bei Kindern und Jugendlichen/ Medikamente	A: Responder (Schmerzreduktion nach 2 Stunden) B: Responder (Schmerzfrei nach 2 Stunden)	A, B: Parallelgruppendesign, Nordamerika A: Schmerzskala (4-point > 5-point);		A, B: Design (Parallel), Land (Nordamerika) A: Schmerzskala

		C: Gebrauch von Notfallmedikamenten D: Pat. mit erneuten Kopfschmerzen E: Pat. mit Nebenwirkungen	E: keine sign. Einflüsse		(größere Skalierung)
De Craen 2000 <sup>95</sup> (22)	Migräne, Akutbehandlung	A: Responder (Schmerzreduktion 2h)	A: Applikationsart: subkutan > oral (25,7% vs. 32,4%; sign.)		A: Applikationsart (subkutan)
Lewis 2005 <sup>6</sup> (13)	Migräne, Akutbehandlung bei Kindern und Jugendlichen/ Medikamente	A: Responder (Schmerzreduktion 2h) B: Responder (Schmerzfreiheit 2h)	A: Kinder > Jugendliche > Erwachsene (s. Figure)		A: Alter (Kinder, Jugendliche)
Loder 2005 <sup>7</sup> (31+2)	Migräne, Akutbehandlung/ Medikamente	A: Responder (Schmerzreduktion 2 h) B: Responder (Schmerzfreiheit 2 h) C: Anteil Pat. mit Nebenwirkungen	A-C: Zwei Studien mit Kindern und Jugendlichen vs. Erwachsene C: Studien in Nordamerika		A-C: Alter (Kinder/Jugendliche) C: Land (Nordamerika)
SCHMERZ					
Kamper 2008 <sup>9</sup> (44)	Schmerz/ Verschiedene Interventionen (H&G)	A: Schmerzreduktion (100-Punkt VAS)	A: keine Assoziation: Art der Schmerzen (akut, chronisch), Schmerzursache, Residualschmerzstärke, Art des Placebos (pharm., physikalisch, psychologisch), Grad der Placeboäquivalenz mit Verum, Notfallmedikation, Kointervention		
Cepeda 2012 <sup>11</sup>	Neuropathische	A: Reduktion der	A: Ätiologie (HIV-Schmerz ,	A, B: höhere	A, B:

(141)	Schmerzsyndrome/ Medikamente	Schmerzintensität B: Responder ( $\geq 50\%$ Schmerzreduktion)	Phantomschmerz, posttraumatischer/- operativer Schmerz > diabetische Neuropathie > postherpetische Neuralgie, zentraler Schmerz); Studien mit Antikonvulsiva (vs. NMDA); Kein Einfluss: Baseline Schmerzintensität, Alter, Geschlecht, Art des Placebos, Art der Placeboverabreichung, Jahr des Studienabschlusses B: Ätiologie (HIV pain > diabetische Neuropathie > postherpetische Neuralgie, zentraler Schmerz); Studien mit Antikonvulsiva (vs. NMDA), höheres Alter (mit jedem Jahr Anstieg von 0.81% (95% CI, 0.01% to 1.6%)); Kein Einfluss: Baseline Schmerzintensität, Jahr des Studienabschlusses	Schmerzintensität zu Beginn	Schmerzätiologie (v.a. HIV-Schmerz), Art des Verums (Antikonvulsiva) B: Alter (höher)
Irizarry 2009 <sup>96</sup> (3)	Neuropathischer Schmerz	A: Reduktion Schmerzintensität ((PI)- NRS scores)	A: Schmerzintensität zu Beginn, Studienorte mit höherer Rekrutierungsrate; Keine Assoziation: Alter, Geschlecht, Dauer der Erkrankung, früherer und aktueller Gebrauch von	A: höhere Schmerzintensität zu Beginn;  Kein Einfluss: Krankheitsdauer, Schmerzvariabilität zu	A: örtliche Rekrutierungsrate (höher)

			Gabapentin und TCA, Variabilität der täglichen Schmerzscores während der Baseline, Studienort/geographische Region, Gesamtrekrutierung, Gesamtrekrutierungsrate	Beginn	
Häuser 2011 <sup>14</sup> (70)	Schmerzen bei peripherer diabetischer Neuropathie/ Medikamente	A: Schmerzreduktion (Score)	A: Jahr des Studienbeginns, Baselineschmerz, Verumresponse; Keine Assoziation: Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit	A: Höhere Schmerzintensität zu Beginn	A: Studienjahr (neuer), Verumresponse
Häuser 2011 <sup>14,15</sup> (72)	Fibromyalgie/ Medikamente	A: Schmerzreduktion (Score) B: Responder ( $\geq 30\%$ ige Schmerzreduktion) (n=30) C: Responder ( $\geq 50\%$ ige Schmerzreduktion) (n=30)	A: Jahr des Studienbeginns, Baselineschmerz, Verumresponse; Keine Assoziation: Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit B, C: keine Assoziation mit Geschlecht, Ethnizität, Alter, Schmerzintensität bei der Ausgangsmessung	A: höhere Schmerzintensität zu Beginn B: kein Einfluss: Schmerzintensität zu Beginn	A: Studienjahr (neuer), Verumresponse
<b>EPILEPSIE</b>					
Guekht 2010 <sup>18</sup> (27)	Epilepsie/ Medikamente	A: Responder ( $\geq 50\%$ Reduktion der Anfallshäufigkeit)	A: Verumresponse Keine Assoziation: Anfallshäufigkeit zu Beginn, Publikationsjahr	A: Kein Einfluss: Anfallshäufigkeit zu Beginn	A: höhere Verumresponse
Niklson 2006 <sup>19</sup> (3)	Epilepsie/ Medikamente	A: Responder ( $\geq 50\%$ Reduktion der Anfallshäufigkeit) B: Responder ( $\geq 25\%$	A: kürzere Krankheitsdauer, höheres Alter bei Krankheitsbeginn, nur ein antiepileptisches Med. zu	A, B: Kürzere Krankheitsdauer, höheres Alter bei Krankheitsbeginn	

		Reduktion der Anfallshäufigkeit)	Beginn; B: kürzere Krankheitsdauer, höheres Alter bei Krankheitsbeginn; A und B: Kein Zusammenhang mit Anfallshäufigkeit zu Beginn	Kein Einfluss: Anfallshäufigkeit zu Beginn	
Rheims 2008 <sup>20</sup> (32)	Therapieresistente Epilepsie / Medikamente	A: Responder ( $\geq 50\%$ Anfallsreduktion) B: Responder (anfallsfrei)	Nur A: Kinder (vs. Erwachsene)		A: Kindesalter
DEPRESSION					
Brunoni 2009 <sup>25</sup> (41)	Depression/Medikamente, TMS	A: Reduktion des Depressionsscores HDRS–Placebopille B: Reduktion des Depressionsscores MADRS– Placebo-TMS	B: weniger behandlungsresistente Patienten, rTMS als Add-on Therapie, A, B: Verumresponse; Kein Einfluss: Alter, Geschlecht, Art des Placebos, Baseline Scores	B: Weniger behandlungsresistente Patienten  A, B: Kein Einfluss: Symptomenscore zu Beginn	A, B: höhere Verumresponse B: rTMS als Add-on Therapie
Cohen 2008 <sup>26</sup> , 2010 (40)	Depression (major) bei Kindern und Jugendlichen/Medikamente	A: Responder (diverse Kriterien) B: Responder (only CGI-I)	A: Art der Erkrankung (MDD > OCD, AD); A und B: kleinere Effekte: kaukasische Pat., längere Krankheitsdauer, signifikanter Medikamenteneffekt>Plc B: kleinere Effekte: Studie mit Washout- oder Screeningperiode A, B: Kein sign. Einfluss: Alter	A, B: Kürzere Krankheitsdauer	A: Art der Erkrankung (MDD) A, B: Ethnizität (Nicht-kaukasische Pat.), kleinere Verum-Plc-Differenz, keine Washout- oder Screeningperiode
Bridge 2009 (12)	Pädiatrische Depression/medikamente	A: Responder (CGI $\leq$ 2)	A: Anzahl Studiocenter, leichtere Symptome (bei	A: leichtere Symptome zu Beginn	A: höhere Anzahl Studiocenter,

	ntös		multipler Regressionsanalyse nur Anzahl Studiocenter signifikant); außerdem Kinder (vs. Adoleszente; allerdings nur bei Ausschluss 1 Studie); neueres Publikationsjahr (allerdings Hinweise auf Publikationsbias, da Studien ohne Resultat später publiziert werden);		Kindesalter (vs. Adoleszente), neueres Publikationsjahr
Freeman 2010 (185)	Depression, major/ Medikamente und CAM	A: Responder, Medikamentenstudien (>=50% Reduktion im HDRS oder MADRS Score, oder CGI-I Score <3) B: Responder, CAM Studien (>=50% Reduktion im HDRS oder MADRS Score, oder CGI-I Score <3)	A/ B: Art der Behandlung (Antidepressiva > CAM studies: 37,7% vs 31,7%; significant)		A/B: Art der Behandlung (pharmakologisch vs. CAM)
Hunter 2010 (1)	Depression, major/ Medikamente	A: Symptomreduktion (HAMD-17)	A: Patienten ohne Antidepressivaerfahrung keine Assoziation: Symptomenscore zu Beginn, Geschlecht	A: Patienten ohne Antidepressivaerfahrung  kein Effekt: Symptomenscore zu Beginn	
Iovieno 2011 (212)	Depression, major/ Medikamente	A: Response (>=50% Reduktion von HDRS oder MADRS, oder CGI<3)	A: Komorbidität mit Axis-III Krankheiten (41,2% vs. 37,7%)	A: Komorbidität mit Axis-III Krankheiten	
Iovieno 2012 (204)	Depression, major/	A: Response (>=50%	A: Verumresponse,		A: höhere



	Medikamente	Reduktion von HDRS oder MADRS, oder CGI<3)	Dosierungsschema (fixed vs. flexible; Richtung unklar)		Verumresponse, Dosierungsschema (fixed)
Nelson 2012 (8)	Depression, Major/ Medikamente	A: Responder (Remission, HAMD <=7)	A: weniger starke depressive Symptome zu Beginn (HAMD core symptoms), jüngeres Alter, weniger starke Ängstlichkeit (HAMD anxiety/somatization), kürzere Dauer der gegenwärtigen MDD Episode	A: geringere depressive Symptome zu Beginn, geringere Ängstlichkeit, kürzere Dauer der MDD Episode	A: jüngeres Alter
Papakostas 2009 (157)	Depression/ Medikamente	A: Responder (>=50% Reduktion im HDRS oder MADRS Score, oder CGI-I Score <3) B: Responder, CAM Studien (>=50% Reduktion im HDRS oder MADRS Score, oder CGI-I Score <3)	A: Geringere Wahrscheinlichkeit Placebo zu erhalten (Randomisierungsrate < 1:1), neueres Publikationsdatum, geringere Symptomschwere zu Beginn	A: geringere Symptome zu Beginn	A: kleinere Randomisierungsrate Plc:Verum, neueres Publikationsjahr
Posternaak 2007 (41)	Depression/ Medikamente	A: Reduktion Hamilton Score	A: höhere Frequenz der Arzttermine		
Rief 2009 (96)	Depression/ Medikamente	A: Reduktion Symptomscore (Alle) B: Reduktion Symptomscore (Pat.) C: Reduktion Symptomscore (Arzt) D: Anxiety E: General Psychopathology	A: Neuere Studien (nur bei Observerrating, nicht bei Patienten-Rating) Keine Assoziation: Baselinescore	A: Kein Einfluss: Symptomenscore zu Beginn	A: Neuere Studien mit Observerrating

		F: Quality of Life			
Rutherford 2009 (48)	Depression/ Medikamente	A: Responder (Verbesserung) B: Responder (Remission)	Nur untersucht, ob sich Responderaten in Verumgruppen bei Studien mit Placebo oder aktiver Kontrolle unterscheiden (größer bei aktiver Kontrolle)		
Stein 2006 (12) (IPD Escitalopramstudien	Majore Depression / Medikamente	A: Prozentualer Rückgang des Symptomenscores (MADRS)	A: Land (Europa), geringere Krankheitsschwere zu Beginn (only in US-specialist-treated patients) Kein Einfluss: Alter bei Krankheitsbeginn, Geschlecht, Dauer der Episode, Krankheitsdauer	A: geringere Krankheitsschwere zu Beginn  Kein Einfluss: Alter bei Krankheitsbeginn, Krankheitsdauer, Dauer der Episode,	A: Studienort Europa
Stolk 2003 (24)	Depression/ Medikamente	A: Responder (≥ 50% Reduktion HDRS oder MADRS)	A: jüngeres Publikationsjahr; Placebo; PP Analysen 46% (95%CI 39-52%) vs. ITT Analysen 27% (23-31%); Zusatzeffekt Verum 28% (23-33%) in PP und 19% (16-22%) in ITT Analysen		A: neueres Publikationsjahr, PP-Analyse
Trivedi 1994 (95)	Depression/ Medikamente	A: Responder	A: kein Einfluss von Placebo-run-in		
Walsh 2002 (75)	Majore Depression/ Medikamente	A: Responder (HRSD oder CGI)	A: Neueres Publikationsjahr Kein Einfluss: Baselinescore, Studiendauer	A: kein Einfluss: Baselinescore	A: Neueres Publikationsjahr
SONST. PSYCHIATR.					
Yildiz 2011 (38)	Manie/ Medikamente	A: Reduktion auf Manie Rating-Skalen (observer) B: Klinische Response	A: Größere Zahl Studienzentren, größere Fallzahl, weibliches	A: mehr Psychosezeichen	A: höhere Anzahl Studiocenter, weibl. Geschlecht, höheres

		(≥50% Reduktion MRS)	Geschlecht, höheres Alter, geringere Verum-Placebo-Differenz, neueres Publikationsjahr, mehr Psychosezeichen; Baseline-Symptome nicht einbezogen		Alter, geringere Verum-Plc-Diff, neueres Publikationsjahr
Moerman 2000 (37)	Generalisierte Angststörungen/ Medikamente	A: Symptomreduktion (Hamilton Anxiety Scale)	A: größere Verumresponse; Nationalität (kleinerer Effekt in Italien)		A: Verumresponse; Land (kleiner in Italien)
Stein 2006 (12) (IPD Escitalopramstudien	Angststörungen/ Medikamente	A: Prozentualer Rückgang des Symptomenscores	A: Land (Europa); Kein Einfluss: Alter bei Krankheitsbeginn, Geschlecht, Krankheitsdauer, Symptomenschwere zu Beginn	A: kein Einfluss: Symptomenschwere zu Beginn, Krankheitsdauer, Alter bei Krankheitsbeginn	A: Land (Europa);
Oosterbaan 2001 (15)	Soziale Phobie/ Medikamente	A: Reduktion des 'Liebowitz social anxiety scale' (Patient) B: Responder (CGI; Arzt)	A: große Multicenterstudien; A, B: Kein Einfluss: Studiendauer, Krankheitssymptome zu Beginn	A, B: Kein Einfluss: Krankheitssymptome zu Beginn	A: große Multicenterstudien;
Wedge 2003 (35)	Schizophrenie/ Medikamente	A: Brief Psychiatric Rating Scale	A: Kürzere Studiendauer Kein Einfluss: Symptomenschwere zu Beginn	A: Kein Einfluss: Symptomenschwere zu Beginn	A: Kürzere Studiendauer
Moore 2002 (28)	Suchterkrankungen/ Medikamente und behaviorale Interventionen	A: Abstinenzrate (objektiv erfasst)	A: kleinere Sample size; kürzere Studiendauer (6 vs. 12 Monate); Teilnehmer von Raucherentwöhnungsklinik		A: kleinere Fallzahl; kürzere Studiendauer; Setting (Raucherentwöhnun

			en; Teilnehmer mit sozialer Unterstützung in einem Gruppensetting;		gsklinik; Gruppensetting);
Newcorn 2009 (10)	ADHS/ Medikamente	A: Responder ( $\geq 25\%$ Reduktion auf ADHS-Ratingskala (Arzt) B: Responder ( $\geq 40\%$ Reduktion auf ADHS-Ratingskala (Arzt)	B: Subtyp ‚Inattentive‘, keine vorhergehende Stimulanzientherapie, Auftreten von Tics, nicht-weiße ethnische Zugehörigkeit	B: Vorthherapie (keine Stimulanzien), Komorbidität (Tics),	B: inattentiver Subtyp, ethnische Zugehörigkeit (kleiner bei Weißen)
Ogawa 2011 (1)	Schlaflosigkeit	A: subjektive Schlaflatenz (sSL) B: subjektive Gesamtschlafdauer (sTST)	A: größere Symptomvariation (SD sSL) und höhere Ausgangswerte während Lead-in B: größere Symptomvariation (SD sTST) und geringere Ausgangswerte während Lead-in	A, B: Schlechtere Ausgangswerte, größere Symptomvariation (SD) während Lead-in;	
Fulda 2008 (60)	Restless-Legs-Syndrom/ Medikamente	A: <b>Klinische Response (meist CGI)</b> B: Symptomreduktion (IRLS) C: Symptomreduktion (RLS), Parallelgruppen Studien D: Symptomreduktion (RLS), Crossoverstudien E: Subjektive Schlafqualität F: Subjektive Schlafdauer G: <b>Gesamtschlafdauer (EEG)</b> H: <b>Schlafeffizienz (EEG)</b>	K: längere Studiendauer		K: Studiendauer (länger)

		I: Periodische Beinbewegungen (PLMS) J: Lebensqualität K: Tagesschläfrigkeit			
GASTROENTEROL					
Cremonini 2010	Gastroösophagale Refluxerkrankung/Medikamente	A: Responder (vollständiger Rückgang von Sodbrennen)	A: H2-Rezeptor-Antagonisten vs. Protonenpumpenhemmer		A: Art der Medikation (H2-Rezeptor-Antagonisten)
Dorn 2007 (19)	Funktionelle Magen-Darmstörung/Komplementärmed. Behandlungen	A: Responder (globale Verbesserung, Pat.)	A: Behandlungsdauer, Anzahl der Arztbesuche; Kein Einfluss: Art der Behandlung (Pille/Kapsel/Tablette/Puder/Getränk/Flüssigkeit/Sonstige); Studiendauer; IBS Kriterien; Studienqualität;		A: Behandlungsdauer (länger), Anzahl der Arztbesuche (höher);
Enck (2009) (1)	Funktionelle Dyspepsie/Medikamente	A: Responder ( $\geq 40\%$ Reduktion im GIS-Score) B: Responder (symptomfrei)	A: Größerer Symptomenscore zu Beginn, größere Symptomverschlechterung während Run-in, Nichtraucher (3% vs. 40%) Kein Einfluss: Krankheitsdauer, FD-Symptome, positive Familienanamnese, Alkohol- und Kaffeekonsum, Geschlecht, Alter	A: Größerer Symptomenscore zu Beginn, größere Symptomverschlechterung während Run-in  Kein Einfluss: Krankheitsdauer	A: Nichtraucher
Talley 2006 (4)	Funktionelle Dyspepsie	A: Responder ( $\geq 50\%$ der	A: höherer BMI, weniger	A: weniger	A: höherer BMI

		Woche zufriedenstellende Symptomreduktion) B: Responder (NDI HRQOL) C: Responder (SF-36, körperlicher Summenscore) D: Responder (SF-36, psychischer Summenscore)	konsistentes Sympomenmuster B: höherer Ausgangsscore NDI; niedrigere Magenentleerung (1h) zu Beginn C: höherer Ausgangsscore NDI	konsistentes Sympomenmuster B: schlechtere Magenfunktion zu Beginn B, C: schlechtere Ausgangswerte (NDI)	
Dixon 1989 (66)	Magenulkus/Medikamente	A: Heilungsrate (endoskopisch) nach 4 Wochen B: Heilungsrate (endoskopisch) nach 8 Wochen	A, B: Land (Verumresponse kleiner in Japan als im Rest der Welt)		
De Craen 1999 (79)	Duodenal ulcer	A: Responder (Heilungsrate nach 4 Wochen)	A: Häufigkeit Placebogabe (2x/Tag 36,2%, 4x/Tag 44,2%)		A: häufigere Placebogabe
Ford 2010 (73)	Funktionelle Darmbeschwerden/ meist Medikamente	A: Responder (globale IBS Symptome oder abdominelle Schmerzen vergangen oder verbessert)	A: Studienort (Europa), Einschätzung des Behandlungserfolgs durch Arzt (vs. Patient), kürzere Studiendauer.		A: Studienort (Europa), Einschätzung des Behandlungserfolgs durch Arzt (vs. Patient), kürzere Studiendauer.
Pitz 2005 (84)	Reizdarmsyndrom/ meist medikamentös	A: Responder (Verbesserung global) B: Responder (Reduktion Bauchschmerzen)	A: häufigere Placebogabe, höhere Verumresponse, Parallelgruppen-Design B: häufigere Placebogabe, höhere Verumresponse		A, B: häufigere Placebogabe, höhere Verumresponse A: Parallelgruppendesign
Patel 2005 (45)	Reizdarmsyndrom/	A: Responder (Globale	A: geringere Frequenz der	A: keine Rom-	A: geringere

	Medikamente/	Response)	Arzttermine, keine Rom-Diagnosekriterien	Diagnosekriterien	Frequenz der Arzttermine
Gallahan 2010 (20)	Morbus Crohn (Medikamente)	A: Responder (Crohn's disease activity index, CDAI) – subj. B: Remission (CDAI) – subj.	A, B: Evaluationszeitpunkt (später), Publikationsjahr (bei Korrektur für Evaluationszeitpunkt nicht mehr sign. )		A, B: Evaluationszeitpunkt (später)
Pascua 2008 (12)	M. Crohn/ Medikamente	A: Responder (anhaltende Remission)	A: Vorherige Steroidtherapie, höhere Verumresponse	A: Vorherige Steroidtherapie,	A: Höhere Verumresponse
Su 2004 (23)	Aktiver M. Crohn/ Medikamente	A: Remission B: Responder	A, B: Längere Studiendauer (am stärksten), Zahl der Studienkontakte A: höhere Baselinescores B: höhere Baselinescores	A, B: höhere Baselinewerte	A, B: längere Studiendauer, höhere Zahl der Studienkontakte
Garud 2008 (110)	Colitis ulcerosa/ Medikamente	A: Responder (Verbesserung) B: Responder (Remission) C: Responder (anhaltende Remission) D: Remission (endoskopisch) E: Responder (Verbesserung, endoskopisch) F: Responder (Verbesserung, histologisch)	A, B: Studienort (Europa, in USA kleiner); D: Studiendauer (>4 Wochen) F: Studiengröße (>=40 Pat.)		A, B: Studienort (Europa, in USA kleiner); D: Studiendauer (>4 Wochen) F: Studiengröße (>=40 Pat.)
Ilnyckyj 1997 (38)	Colitis ulcerosa/ Medikamente	A: Responder (klinische Remission) (Pat.+biol. Marker) B: Responder (endoskopische Remission)	B-D: häufigere Arzttermine (>=3) B: Studien mit Patiententagebüchern (24% (CI, 16-31) vs. 10% (6-14));		B-D: häufigere Arzttermine (>=3) B: Studien mit Patiententagebüchern

		<p>C: Responder (histologische Remission)</p> <p>D: Responder (klinischer Nutzen)</p> <p>E: Responder (endoskopischer Nutzen)</p> <p>F: Responder (histologischer Nutzen)</p>	A-F, Kein Einfluss: Applikationsart (oral vs. rektal), Studiendekade, Behandlungsdauer, Art der Medikation.		
Meyers 1989 (19)	Colitis ulcerosa	<p>A: Responder (klinische Verbesserung)</p> <p>B: Responder (sigmoidoscopische Verbesserung)</p> <p>C: Responder (Rückfallfrei)</p>	C: Normale rektale Mucosa bei Sigmoidoskopie, beschränktes Ausmaß der Colitis, Remission kürzlich erreicht durch aktive Medikation oder Remission für mindestens ein Jahr vor Studieneintritt aufrechterhalten;	C: normale rektale Mucosa, beschränktes Ausmaß der Colitis, kürzlich erreichte oder aufrechterhaltene Remission	
Moerman 2000 (117)	Colitis ulcerosa	A: Responder (gemischte Kriterien)	A: Mehr Med.dosen pro Tag (4 vs. 2), größere Verumresponse; Nation (niedriger in Brasilien 7%, Dänemark und Niederlande 22%; höher in Deutschland 59%);		A: Mehr Med.dosen pro Tag (4 vs. 2), größere Verumresponse; Nation (Deutschland; niedriger in Brasilien, Dänemark und NL)
Su 2007 (40)	Colitis ulcerosa/ unklar	<p>A: Remission</p> <p>B: Responder</p>	<p>A: kaum interpretierbar, da Haupteinfluss Art des Remissions kriteriums</p> <p>B: neuere Studie, Ort Europa (vs. USA/CAN), geringerer Baselinescore</p>	B: geringerer Baselinescore	B: neuere Studie, Ort Europa
Capurso 2012 (7)	Chronische Pankreatitis/ Medikamente	A: Schmerzremission	A: Multicenter-Studien (36% vs 10%; P = 0.001), Run-in < 2 Wochen (30% vs	A: kein Einfluss: Alkoholische Genese	A: Multicenter-Studien, kürzeres Run-in, Crossover-



			10%; P = 0.02), , Crossover-Studien ohne Washout (35% vs 8%; P = 0.03); Kein Einfluss: alkoholische Genese, Verummedikation, Studienjahr, Studienort, Studiendauer, Studienqualität.		Studien ohne Washout
UROGENTIAL					
Bradford 2010 (1)	Sexuelle Dysfunktion bei Frauen/Medikamente	A: Reduktion des "Female Sexual Function Index" (FSFI) B: Responder (Reliable Verbesserung im FSFI) C : Responder (klinisch signifikante Änderung)	A: Häufigkeit der zufriedenen sexuellen Kontakte während der Behandlung; geringere sexuelle Zufriedenheit zu Beginn;	A: geringere sexuelle Zufriedenheit zu Beginn;	A: Häufigkeit der zufriedenen sexuellen Kontakte während der Behandlung;
Lee 2009 (36)	Reizblase/ Medikamente	A: Reduktion der Inkontinenzepisoden/Tag B: Reduktion der Miktionshäufigkeit/Tag C: Harnvolumen	A, B: Schlechtere Ausgangswerte; kleinere Studien A: Publikationsjahr	A, B: Schlechtere Ausgangswerte;	A, B: kleinere Studien A: Publikationsjahr
Mangera 2011 (62)	Reizblase/ Medikamente	A: Reduktion der Inkontinenzepisoden/Tag B: Reduktion der Miktionshäufigkeit/Tag C: Urge-Inkontinenz-Episoden/Tag D: Zunahme des Harnvolumens (obj.) E: Zunahme der max. zystometrischen Kapazität (objektiv)	A-D: kein Einfluss der Studiengröße		

ALLERGIE					
Boev 2011 (10)	Saisonale allergische Rhinitis/Medikamente	A: Symptomreduktion, experimentelle Exposition (EE) B: Symptomreduktion, natürliche Exposition (NE)	A: weibl. Geschlecht A, B: Baseline Symptom Score kein Einfluss: Asthma oder nicht	A, B: Baseline Symptom Score	A: weibl. Geschlecht
CHRONISCHES MÜDIGKEITS-SYNDROM					
De la Cruz 2010 (2)	Müdigkeit bei Krebserkrankungen/Medikamente	A: Responder (Verbesserung FACIT-F $\geq 7$ ) B: Noceboeffekt (Patienten mit $\geq 2$ NW)	A: schlechtere Ausgangswerte (FACIT-F physical well-being subscale) B: schlechtere Schlafscores zu Beginn	A: schlechtere Ausgangswerte	
PULMONÄR					
HYPERTONIE					
Moerman 2000 (32)	Hypertonie	A: Reduktion diastolischer Blutdruck B: Reduktion systolischer Blutdruck	A: Land (kleinerer Effekt in Deutschland; 0,25 mmHg)		A: Land (kleinerer Effekt in Deutschland)
HAUTERKR.					
Lamel 2012 (31)	Psoriasis/Medikamente	A: Responder ( $\geq 75\%$ Verbesserung der 'Psoriasis Area Severity')	A: PASI $\geq 12$ als Einschlusskriterium; keine psoriasisassoziierte Arthritis als Behandlungsindikation; Art der Applikation (IM vs. SC; Richtung unklar);  Kein Einfluss: Symptomstabilität als Einschlusskriterium, Studientyp (Phase III vs. II),	A: Mindestsymptomenschwere als Einschlusskriterium, psoriasisassoziierte Arthritis als Behandlungsindikation	A: Art der Applikation

			Randomisierungsrate, Studiendauer, Applikationsart (i.v. vs. s.c.)		
GELENK- ERKRANKUNGEN					
Zhang 2008 (198; 184 mit Plc., 3 drei- armig, 11 mit unbeh. Kontrollgruppe)	Osteoarthrosen (Knie, Hüfte, Hände)/ verschiedene	A: Schmerz B: Steifigkeit C: Funktion D: Globales Arzturnteil E: Gehzeit/-distanz F: Quadrizepsstärke G: Gelenkspaltenbreite H: Knieumfang I: Bewegungsradius	A: höhere Verumresponse, höhere Schmerz- Ausgangswerte, invasives Placebo, größere Fallzahl	A: höhere Schmerzausgangs- werte	A: höhere Verumresponse, invasives Placebo, größere Fallzahl
Doherty 2009 (198; 193 Placeboarme, 14 No Treatment Arme)	Osteoarthritis (medikamentös, nicht- medikamentös, invasiv)	A: Schmerzbesserung  B: Steifheit C: Funktion (Pat.) D: Globale Einschätzung (Arzt)	A: höhere Verumresponse, höhere Schmerz- Ausgangswerte, größere Fallzahl, invasiveres Placebo: <i>„RCTs involving repeated needling (acupuncture, intra-articular injection of hyaluronan) had the highest placebo effects (Fig. 2). Interestingly, the one steroid injection study that gave serial injections had a higher placebo ES than studies involving single injection. RCTs of topical NSAID also had higher than average placebo ES.“</i>	A: höhere Schmerzausgangs- werte	A: höhere Verumresponse, größere Fallzahl, invasiveres Placebo:
SONSTIGES					

Curtis 2011 (1, WHI)	HRT in women a prevention	A. Gesamtmortalität B: Hüftfraktur C: Herzinfarkt D: invasiver Brustkrebs E: krebsassoziiertes Tod	A-E: Größere Adherence assoziiert mit niedrigerer Eventrate für A-E („healthy adherer effect“)		A-E: Größere Adherence
Walach 2005 (141)	Alle (Studiendauer > 12 Wochen)	A: Alle	A: längere Studiendauer, multizentrische Studie, bessere Qualität, Präventiver Ansatz		A: längere Studiendauer, multizentrische Studie, bessere Qualität, Präventiver Ansatz

## Referenzen

1. Diener HC, Schorn CF, Bingel U, Dodick DW. The importance of placebo in headache research. *Cephalalgia*. Oct 2008;28(10):1003-1011.
2. Macedo A, Banos J-E, Farre M. Placebo response in the prophylaxis of migraine: a meta-analysis. *Eur J Pain*. Jan 2008;12(1):68-75.
3. van der Kuy PHM, Lohman JJHM. A quantification of the placebo response in migraine prophylaxis. *Cephalalgia*. May 2002;22(4):265-270.
4. Bendtsen L, Mattsson P, Zwart JA, Lipton RB. Placebo response in clinical randomized trials of analgesics in migraine. *Cephalalgia*. Sep 2003;23(7):487-490.
5. Fernandes R, Ferreira JJ, Sampaio C. The placebo response in studies of acute migraine. *J Pediatr*. 2008 Apr 2008;152(4):527-533.
6. Lewis DW, Winner P, Wasiewski W. The placebo responder rate in children and adolescents. *Headache*. Mar 2005;45(3):232-239.
7. Loder E, Goldstein R, Biondi D. Placebo effects in oral triptan trials: the scientific and ethical rationale for continued use of placebo controls. *Cephalalgia*. Feb 2005;25(2):124-131.
8. Nilsson Remahl AIM, Laudon Meyer E, Cordonnier C, Goadsby PJ. Placebo response in cluster headache trials: a review. *Cephalalgia*. Sep 2003;23(7):504-510.
9. Kamper SJ, Machado LAC, Herbert RD, Maher CG, McAuley JH. Trial methodology and patient characteristics did not influence the size of placebo effects on pain. *J Clin Epidemiol*. Mar 2008;61(3):256-260.
10. Quessy SN, Rowbotham MC. Placebo response in neuropathic pain trials. *Pain*. Sep 15 2008;138(3):479-483.
11. Cepeda MS, Berlin JA, Gao CY, Wiegand F, Wada DR. Placebo response changes depending on the neuropathic pain syndrome: results of a systematic review and meta-analysis. *Pain Med*. Apr 2012;13(4):575-595.
12. Dworkin RH, Turk DC, Peirce-Sandner S, et al. Placebo and treatment group responses in postherpetic neuralgia vs. painful diabetic peripheral neuropathy clinical trials in the REPORT database. *Pain*. Mar 2 2010.
13. Irving G. The placebo response: relationship to outcomes in trials of postherpetic neuralgia. *Clin Drug Invest*. 2010;30(11):739-748.
14. Hauser W, Bartram-Wunn E, Bartram C, Reinecke H, Tolle T. Systematic review: Placebo response in drug trials of fibromyalgia syndrome and painful peripheral diabetic neuropathy-magnitude and patient-related predictors. *Pain*. Aug 2011;152(8):1709-1717.
15. Hauser W, Bartram-Wunn E, Bartram C, Tolle TR. [Placebo responders in randomized controlled drug trials of fibromyalgia syndrome : Systematic review and meta-analysis]. *Schmerz*. Dec 2011;25(6):619-631.
16. Bae EH, Theodore WH, Fregni F, Cantello R, Pascual-Leone A, Rotenberg A. An estimate of placebo effect of repetitive transcranial magnetic stimulation in epilepsy. *Epilepsy Behav*. Jan 6 2011.
17. Burneo JG, Montori VM, Faught E. Magnitude of the placebo effect in randomized trials of antiepileptic agents. *Epilepsy Behav*. Dec 2002;3(6):532-534.
18. Guekht AB, Korczyn AD, Bondareva IB, Gusev EI. Placebo responses in randomized trials of antiepileptic drugs. *Epilepsy Behav*. Jan 2010;17(1):64-69.
19. Niklson I, Edrich P, Verdru P. Identifying baseline characteristics of placebo responders versus nonresponders in randomized double-blind trials of refractory partial-onset seizures. *Epileptic Disord*. Mar 2006;8(1):37-44.

20. Rheims S, Cucherat M, Arzimanoglou A, Ryvlin P. Greater response to placebo in children than in adults: a systematic review and meta-analysis in drug-resistant partial epilepsy. *PLoS Med.* Aug 12 2008;5(8):e166.
21. Ondo WG. Placebo response in Parkinson trials using patient diaries: sites do matter.[Erratum appears in *Clin Neuropharmacol.* 2008 Jan-Feb;31(1):61]. *Clin Neuropharmacol.* Sep-Oct 2007;30(5):301-304.
22. Shetty N, Friedman JH, Kieburtz K, Marshall FJ, Oakes D. The placebo response in Parkinson's disease. Parkinson Study Group. *Clin Neuropharmacol.* Jul-Aug 1999;22(4):207-212.
23. McCall WV, D'Agostino R, Jr., Dunn A. A meta-analysis of sleep changes associated with placebo in hypnotic clinical trials. *Sleep Med.* Jan 2003;4(1):57-62.
24. Fulda S, Wetter TC. Where dopamine meets opioids: a meta-analysis of the placebo effect in restless legs syndrome treatment studies. *Brain.* Apr 2008;131(Pt 4):902-917.
25. Brunoni AR, Lopes M, Kaptchuk TJ, Fregni F. Placebo response of non-pharmacological and pharmacological trials in major depression: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE.* 2009;4(3):e4824.
26. Cohen D, Deniau E, Maturana A, et al. Are child and adolescent responses to placebo higher in major depression than in anxiety disorders? A systematic review of placebo-controlled trials. *PLoS ONE.* 2008;3(7):e2632.
27. Cohen D, Consoli A, Bodeau N, et al. Predictors of placebo response in randomized controlled trials of psychotropic drugs for children and adolescents with internalizing disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* Feb 2010;20(1):39-47.
28. Freeman MP, Mischoulon D, Tedeschi E, et al. Complementary and alternative medicine for major depressive disorder: a meta-analysis of patient characteristics, placebo-response rates, and treatment outcomes relative to standard antidepressants. *J Clin Psychiatry.* Jun 2010;71(6):682-688.
29. Khan A, Detke M, Khan SRF, Mallinckrodt C. Placebo response and antidepressant clinical trial outcome. *J Nerv Ment Dis.* Apr 2003;191(4):211-218.
30. Khan A, Redding N, Brown WA. The persistence of the placebo response in antidepressant clinical trials. *J Psychiatr Res.* Aug 2008;42(10):791-796.
31. Nelson JC, Zhang Q, Deberdt W, Marangell LB, Karamustafalioglu O, Lipkovich IA. Predictors of remission with placebo using an integrated study database from patients with major depressive disorder. *Curr Med Res Opin.* Mar 2012;28(3):325-334.
32. Papakostas GI, Fava M. Does the probability of receiving placebo influence clinical trial outcome? A meta-regression of double-blind, randomized clinical trials in MDD. *Eur Neuropsychopharmacol.* Jan 2009;19(1):34-40.
33. Rief W, Nestoriuc Y, Weiss S, Welzel E, Barsky AJ, Hofmann SG. Meta-analysis of the placebo response in antidepressant trials. *J Affect Disord.* Nov 2009;118(1-3):1-8.
34. Rutherford BR, Sneed JR, Roose SP. Does study design influence outcome?. The effects of placebo control and treatment duration in antidepressant trials. *Psychother Psychosom.* 2009;78(3):172-181.
35. Stein DJ, Baldwin DS, Dolberg OT, Despiegel N, Bandelow B. Which factors predict placebo response in anxiety disorders and major depression? An analysis of placebo-controlled studies of escitalopram. *J Clin Psychiatry.* Nov 2006;67(11):1741-1746.
36. Stolk P, Ten Berg MJ, Hemels MEH, Einarson TR. Meta-analysis of placebo rates in major depressive disorder trials. *Ann Pharmacother.* Dec 2003;37(12):1891-1899.

37. Storosum JG, Elferink AJ, van Zwieten BJ, van den Brink W, Huyser J. Natural course and placebo response in short-term, placebo-controlled studies in major depression: a meta-analysis of published and non-published studies. *Pharmacopsychiatry*. Jan 2004;37(1):32-36.
38. Trivedi MH, Rush H. Does a placebo run-in or a placebo treatment cell affect the efficacy of antidepressant medications? *Neuropsychopharmacology*. Aug 1994;11(1):33-43.
39. Walsh BT, Seidman SN, Sysko R, Gould M. Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *Jama*. Apr 10 2002;287(14):1840-1847.
40. Yildiz A, Vieta E, Tohen M, Baldessarini RJ. Factors modifying drug and placebo responses in randomized trials for bipolar mania. *Int J Neuropsychopharmacol*. Aug 2011;14(7):863-875.
41. Keck PE, Jr., Welge JA, Strakowski SM, Arnold LM, McElroy SL. Placebo effect in randomized, controlled maintenance studies of patients with bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. Apr 15 2000;47(8):756-761.
42. Sysko R, Walsh BT. A systematic review of placebo response in studies of bipolar mania. *J Clin Psychiatry*. Aug 2007;68(8):1213-1217.
43. Huppert JD, Schultz LT, Foa EB, et al. Differential response to placebo among patients with social phobia, panic disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. Aug 2004;161(8):1485-1487.
44. Furukawa TA, Watanabe N, Omori IM, Churchill R. Can pill placebo augment cognitive-behavior therapy for panic disorder? *BMC Psychiatry*. 2007;7:73.
45. Hirschfeld RM. Placebo response in the treatment of panic disorder. *Bull Menninger Clin*. 1996;60(2 Suppl A):A76-86.
46. Oosterbaan DB, van Balkom AJ, Spinhoven P, van Dyck R. The placebo response in social phobia. *J Psychopharmacol*. Sep 2001;15(3):199-203.
47. Oliveira IRd, Nunes PM, Coutinho DM, Sena EPd. Review of the efficacy of placebo in comparative clinical trials between typical and atypical antipsychotics. *Rev Bras Psiquiatr*. Mar 2009;31(1):52-56.
48. Welge JA, Keck PE, Jr. Moderators of placebo response to antipsychotic treatment in patients with schizophrenia: a meta-regression. *Psychopharmacology (Berl)*. Feb 2003;166(1):1-10.
49. Moore RA, Aubin H-J. Do placebo response rates from cessation trials inform on strength of addictions? *Int J Environ Res Public Health*. Jan 2012;9(1):192-211.
50. Newcorn JH, Sutton VK, Zhang S, et al. Characteristics of placebo responders in pediatric clinical trials of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Dec 2009;48(12):1165-1172.
51. Cho HJ, Hotopf M, Wessely S. The placebo response in the treatment of chronic fatigue syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. Mar-Apr 2005;67(2):301-313.
52. de la Cruz M, Hui D, Parsons HA, Bruera E. Placebo and nocebo effects in randomized double-blind clinical trials of agents for the therapy for fatigue in patients with advanced cancer. *Cancer*. Nov 13 2009.
53. Cremonini F, Zogas DC, Chang HY, et al. Meta-analysis: the effects of placebo treatment on gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*. Jul 2010;32(1):29-42.
54. Pace F, Maconi G, Molteni P, Minguzzi M, Bianchi Porro G. Meta-analysis of the effect of placebo on the outcome of medically treated reflux esophagitis. *Scand J Gastroenterol*. Feb 1995;30(2):101-105.

55. Dorn SD, Kaptchuk TJ, Park JB, et al. A meta-analysis of the placebo response in complementary and alternative medicine trials of irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil.* Aug 2007;19(8):630-637.
56. Enck P, Vinson B, Malfertheiner P, Zipfel S, Klosterhalfen S. The placebo response in functional dyspepsia - reanalysis of trial data. *Neurogastroent Motil.* Apr 2009;21(4):370-377.
57. Musial F, Klosterhalfen S, Enck P. Placebo responses in patients with gastrointestinal disorders. *World J Gastroenterol.* Jul 7 2007;13(25):3425-3429.
58. Talley NJ, Locke GR, Lahr BD, et al. Predictors of the placebo response in functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther.* Apr 1 2006;23(7):923-936.
59. Dixon JS, Worthington PR, Mills JG, Wood JR. Geographical differences of gastric ulcer healing rate in patients treated with ranitidine or placebo. *Aliment Pharmacol Ther.* Aug 1989;3(4):353-365.
60. Capurso G, Cocomello L, Benedetto U, Camma C, Delle Fave G. Meta-analysis: the placebo rate of abdominal pain remission in clinical trials of chronic pancreatitis. *Pancreas.* Oct 2012;41(7):1125-1131.
61. Ford AC, Moayyedi P. Meta-analysis: factors affecting placebo response rate in the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* Jul 2010;32(2):144-158.
62. Pitz M, Cheang M, Bernstein CN. Defining the predictors of the placebo response in irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol.* Mar 2005;3(3):237-247.
63. Patel SM, Stason WB, Legedza A, et al. The placebo effect in irritable bowel syndrome trials: a meta-analysis. *Neurogastroenterol Motil.* Jun 2005;17(3):332-340.
64. Gallahan WC, Case D, Bloomfield RS. An analysis of the placebo effect in Crohn's disease over time. *Aliment Pharmacol Ther.* Jan 2010;31(1):102-107.
65. Pascua M, Su C, Lewis JD, Brensinger C, Lichtenstein GR. Meta-analysis: factors predicting post-operative recurrence with placebo therapy in patients with Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther.* Sep 1 2008;28(5):545-556.
66. Garud S, Brown A, Cheifetz A, Levitan EB, Kelly CP. Meta-analysis of the placebo response in ulcerative colitis. *Dig Dis Sci.* Apr 2008;53(4):875-891.
67. Ilnyckyj A, Shanahan F, Anton PA, Cheang M, Bernstein CN. Quantification of the placebo response in ulcerative colitis. *Gastroenterology.* Jun 1997;112(6):1854-1858.
68. Meyers S, Janowitz HD. The "natural history" of ulcerative colitis: an analysis of the placebo response. *J Clin Gastroenterol.* Feb 1989;11(1):33-37.
69. Moerman DE. Cultural variations in the placebo effect: ulcers, anxiety, and blood pressure. *Med Anthropol Q.* Mar 2000;14(1):51-72.
70. Su C, Lewis JD, Goldberg B, Brensinger C, Lichtenstein GR. A meta-analysis of the placebo rates of remission and response in clinical trials of active ulcerative colitis. *Gastroenterology.* Feb 2007;132(2):516-526.
71. Bradford A, Meston CM. Behavior and Symptom Change Among Women Treated with Placebo for Sexual Dysfunction. *J Sex Med.* Sep 16 2010.
72. Boyle P, Robertson C, Lowe F, Roehrborn C. Updated meta-analysis of clinical trials of Serenoa repens extract in the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia. *BJU Int.* Apr 2004;93(6):751-756.
73. Lee S, Malhotra B, Creanga D, Carlsson M, Glue P. A meta-analysis of the placebo response in antimuscarinic drug trials for overactive bladder. *BMC Med Res Methodol.* 2009;9:55.
74. Mangera A, Chapple CR, Kopp ZS, Plested M. The placebo effect in overactive bladder syndrome. *Nat Rev Urol.* Sep 2011;8(9):495-503.



75. van Leeuwen JHS, Castro R, Busse M, Bemelmans BLH. The placebo effect in the pharmacologic treatment of patients with lower urinary tract symptoms. *Eur Urol*. Sep 2006;50(3):440-452; discussion 453.
76. Helman DL, Jr., Brown AW, Jackson JL, Shorr AF. Analyzing the short-term effect of placebo therapy in pulmonary arterial hypertension: potential implications for the design of future clinical trials. *Chest*. Sep 2007;132(3):764-772.
77. Eccles R. The powerful placebo in cough studies? *Pulm Pharmacol Ther*. 2002;15(3):303-308.
78. Joyce DP, Jackevicius C, Chapman KR, McIvor RA, Kesten S. The placebo effect in asthma drug therapy trials: a meta-analysis. *J Asthma*. Jun 2000;37(4):303-318.
79. Boev R, Song D, Bedenbaugh A, Haeusler JM. Improving SAR symptoms with levocetirizine: evaluating active and placebo effects in pollen challenge vs. natural exposure studies. *Curr Med Res Opin*. Jan 2011;27(1):107-114.
80. Wang X, Shang D, Ribbing J, et al. Placebo effect model in asthma clinical studies: longitudinal meta-analysis of forced expiratory volume in 1 second. *Eur J Clin Pharmacol*. Aug 2012;68(8):1157-1166.
81. Lamel SA, Myer KA, Younes N, Zhou JA, Maibach H, Maibach HI. Placebo response in relation to clinical trial design: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials for determining biologic efficacy in psoriasis treatment. *Arch Dermatol Res*. Nov 2012;304(9):707-717.
82. de Groot FM, Voogt-Bode A, Passchier J, Berger MY, Koes BW, Verhagen AP. Headache: the placebo effects in the control groups in randomized clinical trials; an analysis of systematic reviews. *J Manipulative Physiol Ther*. Jun 2011;34(5):297-305.
83. Madsen MV, Gotzsche PC, Hrobjartsson A. Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomised clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups. *Bmj*. 2009;338:a3115.
84. Doherty M, Dieppe P. The "placebo" response in osteoarthritis and its implications for clinical practice. *Osteoarthritis Cartilage*. Oct 2009;17(10):1255-1262.
85. Zhang W, Robertson J, Jones AC, Dieppe PA, Doherty M. The placebo effect and its determinants in osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Rheum Dis*. Dec 2008;67(12):1716-1723.
86. Belanger L, Vallieres A, Ivers H, Moreau V, Lavigne G, Morin CM. Meta-analysis of sleep changes in control groups of insomnia treatment trials. *J Sleep Res*. Mar 2007;16(1):77-84.
87. Khan A, Faucett J, Lichtenberg P, Kirsch I, Brown WA. A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression. *PLoS ONE*. 2012;7(7):e41778.
88. Kirsch I, Sapirstein G. Listening to Prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medication. *Prevention & Treatment*. 1998.
89. Chvetzoff G, Tannock IF. Placebo effects in oncology. *J Natl Cancer Inst*. Jan 1 2003;95(1):19-29.
90. La Mantia L, Eoli M, Salmaggi A, Milanese C. Does a placebo-effect exist in clinical trials on multiple sclerosis? Review of the literature. *Ital J Neurol Sci*. Apr 1996;17(2):135-139.
91. Hrobjartsson A, Gotzsche PC. Placebo interventions for all clinical conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(1):CD003974.
92. Linde K, Niemann K, Schneider A, Meissner K. How large are the nonspecific effects of acupuncture? A meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Med*. Nov 23 2010;8(1):75.

93. Meissner K, Distel H, Mitzdorf U. Evidence for placebo effects on physical but not on biochemical outcome parameters: a review of clinical trials. *BMC Med.* 2007;5:3.
94. Wampold BE, Minami T, Tierney SC, Baskin TW, Bhati KS. The placebo is powerful: estimating placebo effects in medicine and psychotherapy from randomized clinical trials. *J Clin Psychol.* Jul 2005;61(7):835-854.
95. de Craen AJ. [Roaming through methodology. XVII. The placebo effect]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* Feb 12 2000;144(7):322-324.
96. Irizarry MC, Webb DJ, Ali Z, et al. Predictors of placebo response in pooled lamotrigine neuropathic pain clinical trials. *Clin J Pain.* Jul-Aug 2009;25(6):469-476.